Maastricht University

Publieksvoorlichting over borstkanker en borstzelfonderzoek

Citation for published version (APA):

Jonkers, R. (1986). *Publieksvoorlichting over borstkanker en borstzelfonderzoek*. [, Maastricht University]. Rijksuniversiteit Limburg. https://doi.org/10.26481/dis.19861128rj

Document status and date:
Published: 01/01/1986

DOI:
10.26481/dis.19861128rj

Document Version:
Publisher's PDF, also known as Version of record

Please check the document version of this publication:

• A submitted manuscript is the version of the article upon submission and before peer-review. There can be important differences between the submitted version and the official published version of record. People interested in the research are advised to contact the author for the final version of the publication, or visit the DOI to the publisher's website.
• The final author version and the galley proof are versions of the publication after peer review.
• The final published version features the final layout of the paper including the volume, issue and page numbers.

Link to publication

General rights
Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

• Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
• You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
• You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

If the publication is distributed under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the “Taverne” license above, please follow below link for the End User Agreement:

www.umlib.nl/taverne-license

Take down policy
If you believe that this document breaches copyright please contact us at:

repository@maastrichtuniversity.nl

providing details and we will investigate your claim.

Download date: 25 Apr. 2024

PUBLIEKSVOORLICHTING OVER BORSTKANKER EN BORSTZELFONDERZOEK

PROEFSCHRIFT

ter verkrijging van de graad van
doctor in de sociale wetenschappen
aan de Rijksuniversiteit Limburg te Maastricht,
op gezag van de Rector Magnificus,
Prof. Dr. F.I.M. Bonke,
volgens het besluit van het College van Dekanen,
in het openbaar te verdedigen
op vrijdag 28 november 1986 om 14.00 uur.

door

RUDOLF JONKERS

geboren te Overveen in 1950

PROMOTORES: Prof. Dr. G.J. Kok
Prof. Dr. S.K. Simonds, Univ. of Michigan, U.S.A.

REFERENTEN: Prof. Dr. H. Philipsen
Dr. J.F.A. Pruyn

Opgedragen aan: allen die de totstandkoming van dit proefschrift mogelijk gemaakt hebben.

Inhoudsopgave

Hoofdstuk 1
Inleiding en Probleemstelling 1
1.1. Aanleiding 1
1.2. Confrontatie met borstkanker 1
1.3. Een GVO-benadering 2
1.4. Specificering van de vraagstelling 2
1.5. Indeling van de studie 4

Hoofdstuk 2
Probleemanalyse: een verkenning van de literatuur 7
2.1. Inleiding 7
2.2. (Borst)kanker als medisch- en maatschappelijk probleem 7
2.3. Borstzelfonderzoek: huidige stand van zaken 10
2.4. Frequentie en kwaliteit van het doen van zelfonderzoek 12
2.5. Samenvatting en conclusies 13

Hoofdstuk 3
Determinanten van gedrag: theorie 15
3.1. Inleiding 15
3.2. Het theoretisch model der "beredeneerde aktie" 16
3.2.1. Persoonlijke en normatieve overtuigingen (beliefs) m.b.t. gedrag 17
3.2.2. Houdingen en sociale normen m.b.t. borstkanker 18
3.2.3. Subjectieve normen 19
3.2.4. Intentie tot gedrag en feitelijk gedrag 20
3.2.5. Externe variabelen 20
3.2.5.1. Kenmerken van vrouwen die borstzelfonderzoek doen 20
3.2.5.2. Health Locus of Control 21
3.2.5.3 Angst 23
3.3. Samenvatting en conclusies 24

Hoofdstuk 4
Methode van onderzoek: determinanten onderzoek en interventie onderzoek 26
4.1. Inleiding 26
4.2. Dataverzameling en populatiebeschrijving 26
4.2.1. Inleiding 26
4.2.2. Overwegingen bij de keuze van het onderzoeksgebied en het controlegebied 27
4.2.3 Wijze van steekproeftrekking 27
4.2.4. Onderzoeksdesign 27
4.3. Responsgegevens 29
4.4. Enkele kenmerken van de onderzoeksgroepen 30
4.5. Wijze van benaderen van respondenten 32
4.6. De inhoud van het interview en de vragenlijst 32
4.7. Werving en instructie van interviewsters 33
4.8. Deelstudies 34
4.9. Samenvatting en conclusies 35

Hoofdstuk 5
Determinanten van informatiezoekend gedrag en het doen van borstzelfonderzoek: resultaten 39
5.1. Inleiding 39
5.2. Beschrijving van de belangrijkste variabelen 39
5.2.1. Inleiding 39

5.2.2. Het doen van borstzelfonderzoek en de intentie tot het doen van borstzelfonderzoek 40
5.2.3. Houding ten aanzien van borstzelfonderzoek 41
5.2.4. Subjectieve normen m.b.t. het doen van borstzelf-onderzoek 43
5.2.5. Intentie tot informatiezoekend gedrag 43
5.2.6. Houding ten aanzien van voorlichting over borstkanker 44
5.2.7. Subjectieve norm t.a.v. voorlichting over borstkanker 45
5.2.8. Externe variabelen 46
5.2.8.1. Kennis over borstkanker 46
5.2.8.2. Ervaring met (borst)kanker 52
5.2.8.3. Health Locus of Control 52
5.2.8.4. Angst 52
5.3. Samenhangen tussen de hoofdvariabelen 53
5.3.1. (Intentie tot) het doen van borstzelfonderzoek 53
5.3.2. Intentie tot het inwinnen van informatie 55
5.4. Samenhangen tussen hoofdvariabelen en externe variabelen 56
5.4.1. De relatie kennis - houding - gedrag m.b.t. borstzelfonderzoek 56
5.4.2. De relatie kennis - houding - intentie tot het inwinnen van informatie 57
5.4.3. Leeftijd 58
5.4.4. Sociaal economische status 58
5.4.5. Sociale participatie 58
5.4.6. Vroegere ervaring m.b.t. borstkanker 59
5.4.7. De mate van interne vs. externe beheersing 59
5.4.8. Angst 60
5.5. Samenhangen tussen externe variabelen 60
5.5.1. De samenhang tussen "kennis" en overige externe variabelen 60
5.6 Samenvatting en conclusies 61

Hoofdstuk 6
Beinvloeding van de determinanten van gedrag met betrekking tot borstzelfonderzoek en het inwinnen van informatie over borstkanker 68
6.1. Inleiding 68
6.2. Beinvloeden van gedrag door voorlichting: problemen met betrekking tot vorm en inhoud 68
6.3. Pogingen om doen van borstzelfonderzoek te bevorderen 71
6.4. Een model van gedragsbeinvloeding door voorlichting 73
6.5. Uitgangspunten bij het geven van voorlichting en beschrijving van enkele voorbereidende activiteiten 75
6.6. Voorlichtingsactiviteiten 76
6.6.1. Aandacht 77
6.6.2. Begrip 79
6.6.3. Attitude 81
6.6.4. Intentie 83
6.6.5. Gedrag 84
6.6.6. Gedragsbehoud 84
6.7. Onderzoek bij wijkverpleegkundigen naar kennis en opvattingen over borstkanker 85
6.7.1. Inleiding 85
6.7.2. Onderzoekspopulatie en onderzoeksprocedure 86
6.7.3. Resultaten : houding en gedrag met betrekking tot het geven van voorlichting over borstkanker 87
6.7.4. Kennis over borstkanker 88

6.7.5. Samenvatting en discussie van het onderzoek onder wijkverpleegkundigen 90
6.8. Onderzoek in wachtkamers bij huisartsen 92
6.8.1. Inleiding 92
6.8.2. Voorbereiding 92
6.8.3. Resultaten en conclusies van het onderzoek in wachtkamers 93
6.9. Samenvatting en conclusie 94

Hoofdstuk 7
Effecten van voorlichtingsactiviteiten 97
7.1. Inleiding 97
7.2. Presentatie van de gegevens 98
7.3. Waarneming van de voorlichting : aandacht en begrip 98
7.3.1. Waarneming van posters, folders en krantenartikelen 99
7.3.2. Plaats van waargenomen voorlichting 100
7.3.3 Voorlichtingsbijeenkomsten 100
7.3.4. Voorlichting over borstkanker in het controle-gebied Dordrecht 102
7.4. Effecten van voorlichting op kennis over borstkanker en borstzelfonderzoek 102
7.4.1. Inleiding 102
7.4.2. Kennis over oorzaken van borstkanker 103
7.4.3. Kennis over symptomen van borstkanker 103
7.4.4. Kennis over borstzelfonderzoek 105
7.4.5. Kennisniveau vóór de voorlichtingscampagnes en het gelezen hebben van voorlichtingsmateriaal 105
7.5. Effecten van voorlichting op attituden 106
7.5.1. Inleiding 106
7.5.2. Opvattingen over borstzelfonderzoek 107
7.5.3. Opvattingen met betrekking tot voorlichting over borstzelfonderzoek 108
7.5.4. Opvattingen over het nut van voorlichting over borstkanker 109
7.5.5. Samenhangen tussen aspecten van de indirecte attitude ten aanzien van borstzelfonderzoek en voorlichting over borstkanker en het gelezen hebben van voorlichtings-materiaal 111
7.6. Intentie en gedrag m.b.t. inwinnen van informatie over borstkanker en het doen van borstzelfonderzoek 112
7.6.1. Inleiding 112
7.6.2. Invloed van significante anderen op subjectieve normen 112
7.6.3. Effecten van voorlichting op het doen van borstzelfonderzoek 114
7.6.4. Informatie-inwinnend gedrag 114
7.7. Samenhangen tussen externe variabelen en het waargenomen en gelezen hebben van voorlichtings-materiaal 116
7.8. Behoefte aan informatie over borstkanker latent? 117
7.9. Samenvatting en conclusies 118

Hoofdstuk 8
Discussie 122
8.1. Inleiding 122
8.2. Samenvatting van de resultaten 122
8.3. Theoretische kanttekeningen 124
8.4. Methodologische kanttekeningen 130

8.5. Aanbevelingen 132
8.5.1. Aanbevelingen voor verder onderzoek 132
8.5.2. Aanbevelingen met betrekking tot voorlichting 133

Bijlagen
Bijlage 5.1. Angst 137
Bijlage 5.2. Health Locus of Control 139
Bijlage 5.3. Kennis over borstzelfonderzoek 146
Bijlage 5.4. Constructie van variabelen : vroegere ervaringen met (borst)kanker en sociale participatie 147
Bijlage 7.1. Overzicht plaats, tijdstip en programma van voorlichtingsbijeenkomsten 149
Bijlage 7.2. Vragenlijsten en responsgegevens voorlichtingsbijeenkomsten 150
Bijlage 7.3. Kennis over borstkanker en borstzelfonderzoek 152
Bijlage 7.4. Borstklachtenregistratie 155

Summary 157

Literatuurverwijzingen 167

Curriculum vitae 180

HOOFDSTUK 1

INLEIDING EN PROBLEEMSTELLING

1.1. Aanleiding

De laatste jaren valt in Nederland, evenals in de overige westerse landen, een toename in het vóórkomen van borstkanker te constateren. In 1982 registreerde het CBS bijna 2900 sterfgevallen als gevolg van borstkanker onder Nederlandse vrouwen. Het aantal vrouwen dat voor het eerst in een ziekenhuis werd opgenomen wegens deze ziekte, bedroeg in 1980 bijna 6300.
Borstkanker maakt ongeveer 25% van alle kwaadaardige aandoeningen uit die bij vrouwen kunnen voorkomen (Sluyser, 1982) Nu ongeveer één op de dertien vrouwen vroeger of later in haar leven zelf met deze aandoening geconfronteerd zal worden, ondervinden veel vrouwen de ziekte als een bedreiging. In de eerste plaats is er het levensbedreigende karakter van de ziekte zelf: kanker wordt vaak gelijkgesteld aan doodgaan, ernstig lijden, iets waarover men liever niet spreekt of denkt (Van den Heuvel, 1977). In de tweede plaats is een borstamputatie, een bij borstkanker nog vaak uitgevoerde operatie, een verminkende ingreep. Sommige vrouwen verliezen daardoor veel van hun gevoel van "vrouw zijn", voelen zich minder aantrekkelijk en achten zich anders behandeld door hun omgeving (Pruyn e.a. 1984). De hoge incidentie, het bedreigende karakter van de ziekte en het vaak mutilerende karakter van de behandeling, maken borstkanker ook tot een belangrijk maatschappelijk probleem.
De Provinciale Kruisvereniging Zuid Holland en het toenmalige Studiecentrum Sociale Oncologie, onderdeel van de Stichting Koningin Wilhelmina Fonds besloten in 1979 gezamenlijk een drie-jarig GVO project te starten teneinde na te gaan hoe deze maatschappelijke problematiek rond borstkanker door middel van voorlichting zou kunnen worden verlicht.
Als algemene doelstelling van het project is geformuleerd: het vergroten van de weerbaarheid van vrouwen tegenover borstkanker. Onder weerbaar zijn tegenover borstkanker wordt verstaan: het zich bij een confrontatie met de ziekte zodanig gedragen dat dit gedrag de fysisch en psychisch ongewenste gevolgen van de confrontatie met de ziekte zoveel mogelijk zal voorkomen, respectievelijk reduceren of zo goed mogelijk verdraagbaar maken (1).

1.2. Confrontatie met borstkanker

De mate waarin vrouwen met borstkanker geconfronteerd worden kan erg verschillend zijn. Sommigen worden er in hun direkte omgeving nauw mee geconfronteerd, omdat bijvoorbeeld een familielid, een buurvrouw of vriendin borstkanker krijgt. Voor anderen bestaat de confrontatie met borstkanker uit het lezen van een artikel of het zien van een televisieprogramma. De meest direkte en ingrijpende confrontatie vindt plaats bij vrouwen die zelf borstkanker krijgen en een behandeling moeten ondergaan.
Onderscheid dient gemaakt te worden tussen het vergroten van weerbaarheid bij vrouwen die zelf bijvoorbeeld een borstamputatie (hebben) moeten ondergaan en het vergroten van weerbaarheid bij vrouwen bij wie dit niet het geval is. Het kunnen omgaan met problemen naar aanleiding van borstamputatie stelt andere eisen aan de mate van weerbaarheid bij vrouwen dan bijvoorbeeld het durven inwinnen van informatie over borstkanker.

Bij vrouwen die zelf een behandeling vanwege borstkanker hebben moeten ondergaan, doen zich specifieke problemen voor, zoals bijvoorbeeld de angst voor verdere uitzaaiing, voor verminking en voor neveneffekten ten gevolge van de bestraling. Teneinde een bijdrage te leveren aan het kunnen hanteren van deze problemen is gerichte voorlichting en begeleiding noodzakelijk binnen het kader van persoonlijke opvang door de eigen sociale omgeving, hulpverleners of lotgenoten.
Aktiviteiten die mogelijk ertoe bijdragen dat vrouwen in het algemeen beter leren omgaan met borstkanker, dragen een ander karakter. Zij richten zich veeleer op het doorbreken van het algemene taboe rond borstkanker en het vergroten van het inzicht in hetgeen het voor vrouwen betekent borstkanker te hebben.
(Voorlichtings)aktiviteiten in het uitgevoerde project zijn er vooral op gericht de weerbaarheid van vrouwen in het algemeen ten opzichte van borstkanker te vergroten. Dat wil zeggen dat de belangrijkste doelgroep in dit project gevormd wordt door "gezonde" volwassen vrouwen. Eén van de belangrijkste wijzen waarop getracht wordt deze weerbaarheid te vergroten is door het doen van borstzelfonderzoek te stimuleren.

1.3. Een GVO benadering

Een belangrijk uitgangspunt bij het hiervoor genoemde weerbaarheidsbegrip is dat de mens zelf een zekere verantwoordelijkheid draagt voor zijn lichaam en zijn leven. Verondersteld wordt dan ook, dat het vergroten van de mogelijkheden van mensen tot zelfbepaling en zelfwerkzaamheid ten opzichte van hun lichaam en gezondheid nastrevenswaardig is.
GVO wordt vanuit verschillende invalshoeken uitgevoerd en wordt op verschillende manieren gedefinieerd (Schuurman, 1983). Hier wordt, in navolging van de Haes (1983) en Schuurman (1983) GVO gezien als middel dat gericht is op gedragsbeïnvloeding in verband met gezondheid en ziekte met als uiteindelijk doel preventie en bestrijding van ziekten en bevordering van gezondheid. Daarbij is tevens van belang dat wordt nagegaan of de uitgevoerde aktie tot het gewenste effect heeft geleid.
Kok (1986b) komt tot een soortgelijke omschrijving van GVO. GVO aktiviteiten hebben z.i. een aantal kenmerken dat steeds terugkeert:

1. Het betreft een gezondheidsprobleem waarbij het gedrag van de betrokkenen belangrijk is.
2. Er wordt zorgvuldig gekeken naar de oorzaken en de determinanten van het gedrag.
3. Pogingen worden gedaan om het gedrag te beïnvloeden, met name door de betrokkenen te motiveren tot ander gedrag.
4. De effecten van die beïnvloedingspogingen worden zo goed mogelijk geëvalueerd zodat verbeteringen kunnen worden aangebracht.

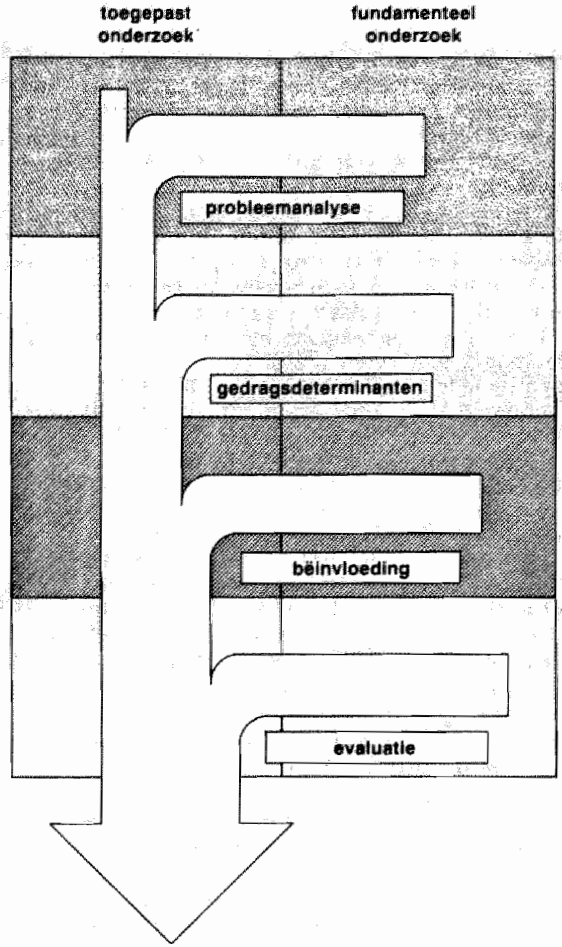
1.4. Specificering van de vraagstelling

Hoofddoelstelling in het hier beschreven project is vrouwen beter leren om te gaan met borstkanker, zodat zij een eventuele confrontatie met borstkanker beter aankunnen. Teneinde na te kunnen gaan of aktiviteiten die in dit project ondernomen worden het beoogde resultaat zullen hebben, dient "omgaan met borstkanker" eerst in operationele termen vertaald te worden.
In hoeverre mensen weerbaar zijn tegenover een confrontatie met borstkanker is vooral zichtbaar op het niveau van gedragsintenties en feitelijk gedrag: hetgeen mensen zich voornemen te doen en/of daadwerkelijk doen geeft het duidelijkste beeld van de wijze waarop zij met borstkanker omgaan.

Op grond van schattingen, soms met behulp van mathematische modellen, hebben sommigen de verwachting uitgesproken dat borstzelfonderzoek een substantiële reductie van de sterfte aan borstkanker zou kunnen bewerkstelligen (Meyboom-de Jong & Van Veen, 1984).
Borstkanker wordt in acht à negen van de tien gevallen door de vrouw zelf ontdekt (D.H.E.W., 1979). De veronderstelling ligt dan ook voor hand dat, wanneer vrouwen leren hun borsten regelmatig en goed te onderzoeken, borstkanker in een vroeger stadium zal worden ontdekt en dat de prognose daardoor zal verbeteren. Borstzelfonderzoek lijkt dan ook een ideale opsporingsmethode te zijn, waarmee grote groepen vrouwen betrekkelijk gemakkelijk zouden kunnen worden bereikt. De methode vergt geen apparatuur en kan thuis door de vrouw zelf worden toegepast op een moment dat het haar schikt (vergl. Meyboom-de Jong & van Veen, 1984).
Tenslotte zijn de behandelingsmogelijkheden van borstkanker de laatste jaren verbeterd, zeker in geval borstkanker in een vroeg stadium wordt opgespoord. Bij tumoren van beperkte grootte zijn er operatietechnieken ontwikkeld, waarbij de primaire tumor wordt verwijderd, terwijl de rest van de borst in tact blijft. Door een dergelijke borstsparende behandeling kan het functionele en esthetische verlies tot een minimum beperkt blijven.
Om voornoemde redenen is besloten als eerste indicator van een verhoogde weerbaarheid voor borstkanker een toename in het doen van borstzelfonderzoek onder de vrouwelijke bevolking te kiezen. Het doen van borstzelfonderzoek is in dit project gezien als een belangrijke indicator van weerbaarheid rond borstkanker. Het bevorderen van borstzelfonderzoek past in de visie dat het vergroten van mogelijkheden tot zelfwerkzaamheid en zelfverantwoordelijkheid ten opzichte van eigen lichaam en gezondheid juist is.
Een tweede indicator van weerbaarheid meer in het algemeen gericht op borstkanker, is in dit project de mate waarin vrouwen bereid zijn informatie in te inwinnen over borstkanker en/of dit ook doen. Veronderstelling hierbij is dat het inwinnen van informatie over borstkanker en borstzelfonderzoek kennis kan doen toenemen en misvattingen rond kanker kan wegnemen. Misvattingen rond kanker zijn mede verantwoordelijk voor het in stand houden van het taboe dat vaak nog heerst rond de ziekte (Jonkers & Van den Heuvel, 1984). Misvattingen over kanker kunnen tot gevolg hebben dat patiënten zich "anders" behandeld gaan voelen door hun omgeving. Een extreem voorbeeld hiervan komt van een vrouw die een borstamputatie heeft ondergaan en zich met een hulpvraag richtte tot de Provinciale Kruisvereniging Zuid-Holland. Zij was er achter gekomen dat de kinderen van haar buren haar kinderen mijdden omdat borstkanker "wel eens besmettelijk zou kunnen zijn".
Gelet op de doelstelling van het project "omgaan met borstkanker" en gelet op de GVO uitgangspunten die daarbij geformuleerd zijn, luidt de vraagstelling van dit proefschrift:

1. Welke gedragsdeterminanten spelen een rol bij (de intentie tot) informatiezoekend gedrag rond borstkanker en (de intentie tot) het doen van borstzelfonderzoek bij "gezonde" volwassen vrouwen?
2. Wat is de invloed die GVO interventies op deze gedragingen en determinanten uitoefenen?

In wetenschappelijk GVO onderzoek dienen volgens Kok (1986b) tenminste een viertal stappen te worden genomen, welke in figuur 1.1. schematisch worden weergegeven:



Figuur 1.1.
GVO Matrix (Kok, 1986b)

De vier stappen luiden:
1. Wat is de relatie tussen het gezondheidsprobleem en menselijk gedrag? (probleemanalyse)
2. Wat zijn de determinanten van dat gedrag? (gedragsdeterminanten)
3. Hoe is dat gedrag te beïnvloeden? (gedragsbeïnvloeding)
4. Wat is het effect van die beïnvloeding? (evaluatie).

De verticale pijl geeft het toegepaste onderzoek aan, de horizontale pijlen het fundamentele onderzoek van een theoretisch probleem. De verschillende theorieën en modellen die vanuit de horizontale pijlen worden aangeleverd zijn ontleend aan diverse wetenschapsgebieden: epidemiologie, communicatiewetenschap, gezondheidswetenschappen, gedragswetenschappen en maatschappijwetenschappen (vgl. Rouwenhorst, 1977).

1.5. Indeling van de studie

De vier door Kok (1986) genoemde stappen vormen de rode draad die door dit proefschrift loopt.

In hoofdstuk 2 vindt een nadere oriëntatie plaats op (borst)kanker als individueel gezondheidsprobleem en als maatschappelijk probleem. Verder zal met name ook worden ingegaan op de waarde van borstzelfonderzoek als middel in de vroege opsporing van kanker.

Hoofdstuk 3 geeft een uiteenzetting van de theoretische uitgangspunten die gebruikt zijn om te achterhalen welke de determinanten zijn van gedrag (i.c. doen van borstzelfonderzoek en informatiezoekend gedrag). Het model der "beredeneerde aktie" van Fishbein en Ajzen (1975; Ajzen & Fishbein, 1980) is daarbij vertrekpunt. Naast de in het model genoemde determinanten: de gedragsintentie als directe, en attituden en subjectieve normen als indirecte determinanten, wordt in dit hoofdstuk een aantal extra variabelen beschreven, die in de onderzoeksliteratuur m.b.t. voorlichting over borstkanker vaak genoemd worden als mogelijke gedragsdeterminant.
Hoofdstuk 4 geeft een beschrijving van de opzet en de uitvoering van het onderzoek ter beantwoording van zowel de eerste als de tweede vraagstelling, waarna in hoofdstuk 5 de eerste vraagstelling zal worden uitgewerkt. Naast een beschrijving van de geselecteerde gedragsdeterminanten wordt ingegaan op samenhangen tussen deze variabelen en gerapporteerd gedrag (sintenties) aan de hand van de theoretische veronderstellingen van het model van Fishbein en Ajzen.
In hoofdstuk 6 wordt aangegeven welke voorlichtingsinterventies in het project "Omgaan met borstkanker" zijn ondernomen om gedrag m.b.t. borstkanker in de gewenste richting te beïnvloeden. Deze interventies zullen worden beschreven aan de hand van het "Model van gedragsbeïnvloeding door voorlichting" van Kok (1985). Tevens zal in dit hoofdstuk aandacht worden besteed aan in de literatuur beschreven pogingen om door middel van voorlichting het doen van borstzelfonderzoek te bevorderen.

Vervolgens wordt als laatste stap in de "GVO-Matrix" in hoofdstuk 7 beschreven wat het effect is geweest van de voorlichtingsaktiviteiten. In hoofdstuk 8 tenslotte volgen de samenvatting en de discussie en wordt een aantal aanbevelingen gedaan. Daarbij wordt zowel op praktische als theoretische consequenties van het onderzoek ingegaan.

Noot 1
Een nevendoelstelling van het project was om, in het proefgebied waar allerlei voorlichtingsaktiviteiten ontwikkeld zouden worden m.b.t. borstkanker, na te gaan of een mogelijke verandering van het percentage vrouwen dat borstzelfonderzoek doet tengevolge van deze voorlichtingsaktiviteiten ook invloed heeft op het aantal, de soort en de grootte van de in de proefregio gevonden borsttumoren.
In de loop van het project bleek de uitvoering van een daartoe in de proefregio en in een controleregio opgezette borstkankerregistratie niet zodanig uitgevoerd te kunnen worden dat dat betrouwbare gegevens opleverde. Van pogingen om deze doelstelling te realiseren is derhalve verder afgezien.

HOOFDSTUK 2

PROBLEEMANALYSE: EEN VERKENNING VAN DE LITERATUUR

2.1. Inleiding

In de probleemanalyse gaat het erom na te gaan of er sprake is van een gezondheidsprobleem en wat dat probleem te maken heeft met het gedrag van de betrokkenen (Kok, 1986). In dit hoofdstuk zal verslag worden gedaan van een nadere literatuurverkenning. Borstkanker en de functie van borstzelfonderzoek zal daarbij niet alleen bezien worden als medisch-, maar ook als maatschappelijk probleem. Veel van wat voor borstkanker geldt, geldt ook voor kanker in het algemeen. Daarom zal hieronder eerst ingegaan worden op de problematiek rond kanker in het algemeen. Vervolgens wordt aandacht besteed aan de waarde van borstzelfonderzoek als middel in de vroege opsporing van borstkanker.

2.2. (Borst)kanker als medisch- en maatschappelijk probleem (1)

Gedurende de laatste decennia is kanker een belangrijk maatschappelijk probleem geworden. Naast het feit dat kanker steeds meer voorkomt en verantwoordelijk is voor de op één na hoogste sterfte, treft het mede leeftijdsgroepen die maatschappelijk productief zijn. Kanker wordt in zijn huidige omvang wel eens beschouwd als een produkt van de welvaartsmaatschappij: een maatschappij die niet in staat is zijn produktieproces vrij te waren van een verscheidenheid aan kankerverwekkende stoffen in voedsel, lucht water en bodem. Kanker treedt zeker ook op de voorgrond doordat infectieziekten, die vroeger vooral verantwoordelijk waren voor hoge sterftecijfers, steeds meer uitgebannen kunnen worden.
Tot in de eerste helft van de 20e eeuw was de voornaamste doodsoorzaak gelegen in infectieziekten. Met verbeterde hygiënische omstandigheden, verbeterde medische zorg en de ontdekking van bestrijdingsmiddelen tegen bacterieën, veranderde dit beeld. Andere ziekten kregen een kans. Vooral ziekten die samenhingen met de verhoging van de welvaart en veroudering van de bevolking, zoals hart- en vaatziekten en kanker. Dat geldt ook voor borstkanker. De bruto-sterfte aan borstkanker is sterk gestegen in deze eeuw. Deze stijging is vooral het gevolg van de veroudering van de bevolking.
Niettemin, laten de voor leeftijd gestandaardiseerde sterftecijfers een duidelijke stijging zien en wel met 56% van 1920-24 tot 1965-69 (Van Veen, 1984).
In de periode 1950-1981 is de gestandaardiseerde sterfte onder vrouwen als gevolg van alle maligne nieuwvormingen gedaald; desalniettemin is de kankersterfte onder vrouwen in Nederland samen met landen als Schotland, België, West-Duitsland en Hongarije de hoogste van Europa (Vlaamse Adviescommissie voor Kankerpreventie, 1985). Ondanks een daling in sterfte onder vrouwen, aan alle vormen van kanker tezamen, is de gestandaardiseerde borstkankersterfte tussen 1950 en 1981 met 15% toegenomen.
In de inleiding van hoofdstuk 1 is reeds aangegeven dat naar schatting één op de dertien vrouwen ooit in haar leven zelf met borstkanker geconfronteerd zal worden. Dat betekent dat er per jaar meer dan 6000 nieuwe gevallen van borstkanker bijkomen (Sturmans & Verbeek, 1983). Borstkanker is de grootste doodsoorzaak bij vrouwen tussen de 39 en 49 jaar. Ondanks de vooruitgang in verschillende behandelingsmethoden is de overlevingsduur van borstkanker de laatste 40 jaar nagenoeg gelijk gebleven. Van Veen (1984) stelt dat waar de sterfte aan borstkanker nog steeds een lichte toename vertoont, de incidentie sterker stijgt. Hij concludeert derhalve dat vroege opsporing thans de enige weg

is die openstaat om te trachten de morbiditeit en mortaliteit van borstkanker te verminderen. Niet elke vrouw heeft evenveel kans op het krijgen van borstkanker. Er zijn duidelijke risikogroepen bekend (DHEW, 1979). Men kan zich echter de vraag stellen of niet elke vrouw, gezien de hoge incidentie, tot een risikogroep gerekend moet worden. Tegen deze achtergrond kan borstkanker als een belangrijk gezondheidsprobleem beschouwd worden. Hoewel er omtrent de oorzaken van borstkanker meer bekend wordt, is geen van de geïdentificeerde risikofactoren van dien aard dat primaire preventie realiseerbaar is. Vroege opsporing wordt daarom als middel gepropageerd om de sterfte aan borstkanker terug te dringen. Borstzelfonderzoek wordt vooralsnog als een middel beschouwd om borstkanker in een vroeg stadium op te sporen (vergl.: Sturmans & Verbeek, 1983).

Op kanker rust een taboe

"De gevreesde ziekte", "K", "Ca", zijn uitdrukkingen die veel mensen gebruiken als ze kanker bedoelen. Daarmee maken ze direct al duidelijk dat op kanker zo'n taboe rust, dat zelfs het woord maar liever niet gebruikt wordt. Meer dan andere ziekten wordt kanker geassocieerd met lijden, ontluistering, isolement en uiteindelijk doodgaan. Soms is deze associatie terecht, soms ook niet. Over kanker bestaan vele misvattingen, zowel bij het publiek als bij hulpverleners.

Opvattingen over (borst)kanker bij het publiek

Kanker wordt vaak als één ziekte gezien, terwijl er vele tientallen typen zijn, alle met verschillende behandelingsmogelijkheden, prognosen en genezingskansen. In onze samenleving wordt het woord kanker zelden in een positieve context gebruikt. In onderstaand literatuuroverzicht wordt, gezien het feit dat kanker vaak als één ziekte gezien wordt, naast opvattingen over borstkanker, ook over opvattingen t.a.v. kanker in het algemeen gesproken.
Houdingen ten aanzien van kanker in het algemeen worden vaak gekenmerkt door fatalisme en angst. Uit onderzoek komt naar voren, dat de meeste mensen kanker associëren met hevige pijn, nare behandelingen en uiteindelijk een zekere dood (Van den Heuvel, 1977). Men is meer bevreesd voor het krijgen van kanker dan bijvoorbeeld voor het krijgen van een hartverlamming (DHEW, 1979) of geestesziekte en zelfs doodgaan (Van den Heuvel, 1977). Ten aanzien van de houding tegenover borstkanker geven verschillende onderzoeken (o.a. Van den Heuvel, 1977; Van Brederode, 1978; Worden & Weisman, 1977) aan, dat bij borstkanker meestal niet op de eerste plaats de angst een borst te verliezen de grootste rol speelt, doch meer angst voor kanker en de angst niet meer te genezen na een mastectomie.
In die zin bestaan er overkomsten in opvattingen bij het publiek over kanker in het algemeen en meer specifiek over borstkanker. Anderzijds is het zeker ook zo dat angst voor verminking en angst voor verlies van vrouwelijkheid meer specifiek voor borstkanker gelden. Angst voor mutilatie is binnen de westerse cultuur niet vreemd. Borsten zijn een typisch kenmerk van vrouwelijkheid. Veel vrouwen geloven dat de grootte en de vorm van hun borsten hun sexuele aantrekkingskracht bepalen en van belang zijn voor de acceptatie als vrouw (Schain 1976; Buls, 1976; Jamison, Wellisch & Pasnau, 1978).
Uit Amerikaans onderzoek wordt duidelijk, dat vrouwen vaak verkeerde veronderstellingen hebben over het vóórkomen van borstkanker, over de oorzaken en risicofaktoren (DHEW, 1979). Ongeveer tweederde van de vrouwen denkt bijvoorbeeld, dat borstkanker veroorzaakt wordt door een stoot of verwonding.
Ook uit Nederlands onderzoek blijkt, dat vrouwen soms slecht geïnformeerd zijn over borstkanker. Zo vond Van den Heuvel (1977) dat 58% van de door hem onderzochte populatie geen juist beeld had van de risicofaktoren ten aanzien van borstkanker.

Onwetenheid ten aanzien van kanker gaat vaak samen met negatieve houdingen, vóóroordelen en onredelijke angst, die tezamen het taboe en de onbespreekbaarheid met betrekking tot kanker weer versterken. Kuttschreuter e.a. (1984) stellen dat angstgevoelens een rol spelen bij het beeld dat men van kanker heeft en bij de verwerving van informatie over kanker. Seydel e.a. (1985) vonden dat naarmate mensen meer kennis bezitten over kanker men ook meer geneigd is om gedrag t.a.v. kanker te stellen, zoals bijvoorbeeld het tot zich nemen van informatie of het bezoeken van medische instanties.

Opvattingen over kanker bij hulpverleners

"Kanker" vormt ook voor veel hulpverleners een taboe. Dit heeft een negatieve uitwerking waarop zij patiënten benaderen en op de voorlichting en begeleiding die zij moeten bieden. Uit verschillende onderzoekingen blijkt, dat bij verpleegkundigen en artsen soms dezelfde misvattingen over kanker bestaan als bij mensen uit het "gewone publiek" (Davison, 1965; Van den Heuvel, 1978) Negatieve beeldvorming rond kanker bestaat ook bij huisartsen (Van den Ent-Kantebeen, 1969; Van Burink-Withaar e.a. 1980; Duistermaat, 1981; Cuisinier e.a., 1984).
Een fatalistische houding van artsen met betrekking tot kanker kan ongewild bij patiënten een hevig pessimisme teweeg brengen, met twijfel aan de diagnose, behandelingsmogelijkheden en prognose. Juist van de zijde van de arts die veelal vertrouwen geniet van zijn patiënten en als geloofwaardige bron van informatie beschouwd wordt, is dat een ongewenste situatie.

In de literatuur wordt het recht op informatie benadrukt; het wordt van groot belang geacht, dat patiënten de waarheid verteld wordt, teneinde hun ziekte goed te verwerken. Uit onderzoek van Oken (1961) bleek, dat ruim 90% van de ondervraagde artsen zei hun patiënten niet mee te delen dat zij kanker hebben. Recenter onderzoek (Novack, 1979) wees uit, dat 90% van de ondervraagde artsen zeggen wel hun patiënten de diagnose mee te delen.
De mate waarin de mogelijkheden tot voorlichting en informatie aan de patiënt en het publiek in de eerste lijn gehanteerd worden, hangt sterk af van de bereidheid hiertoe van de hulpverlener in de eerste lijn. Drukke werkzaamheden, tijdgebrek, organisatie van de praktijk, onkunde van de patiënt worden genoemd als redenen, waarom men niet aan 'patient education' toekomt. Hoewel genoemde factoren ontegenzeggelijk een rol zullen spelen (Rhei, 1976) blijkt echter van groter belang de houding van de hulpverlener zelf ten aanzien van ziekte en in het bijzonder van kanker (zie o.a. Van den Ent-Kantebeen, 1969). Mak (1974) geeft aan dat de kennis van huisartsen over oncologie erg laag is. De opleiding in deze wordt door tweederde van de ondervraagden als onvoldoende ervaren. Tevens blijkt uit dit onderzoek dat de meerderheid van de huisartsen meer behoefte heeft aan voorlichtingsmateriaal én voor zichzelf én voor hun patiënten.
Uit een onderzoek van Van den Ent-Kantebeen e.a. (1969) komt naar voren dat meer dan de helft van de huisartsen kanker als onoplosbaar ziet, ongeveer de helft ziet nog wel genezing/herstel voor de patiënt met kanker. In een onderzoek van Van den Heuvel (1978) onder wijkverpleegkundigen komt naar voren dat een groot aantal van de ondervraagden respondenten niet gelooft in de mogelijkheden van preventie en/of vroege opsporing van kanker.
Met name deze hulpverleners in de eerste lijn zouden zelf goed voorgelicht moeten zijn over kanker, aangezien zij een cruciale rol kunnen spelen in de voorlichting aan het publiek en patiënten.

2.3. Borstzelfonderzoek: huidige stand van zaken

In deze paragraaf zal een overzicht worden gegeven van de (vooral) recente literatuur over borstzelfonderzoek. Eerst zal worden ingegaan op de discussie over de waarde van het zelfonderzoek als methode om borstkanker vroeg op te sporen. Vervolgens zal worden ingegaan op de frequentie en kwaliteit waarmee borstzelfonderzoek wordt toegepast, door wie het wordt gedaan en op effecten van voorlichtingscampagnes (vergelijk: Meyboom- De Jong & Van Veen, 1984).

Borstzelfonderzoek en vroege opsporing van borstkanker

Tot voor kort werd borstzelfonderzoek als methode tot vroege opsporing van borstkanker meer "aanbevolen" vanuit de veronderstelling dat het een goede methode is dan op basis van systematisch onderzoek. Nog steeds bestaat er in dit opzicht geen eenduidigheid over haar waarde. In haar zeer uitvoerige literatuuroverzicht stelt Howard (1982) dat tenminste vier retrospectieve studies aangeven dat borstzelfonderzoek tot vroegere opsporing leidt volgens klinische criteria, terwijl drie andere retrospectieve studies geen significante effecten op de vroege opsporing van borstkanker vertoonden.
In 1978 verschijnen in The New England Journal of Medicine twee artikelen (Greenwald et al., 1978 ; Foster et al., 1978) waarin de positieve effecten van borstzelfonderzoek aangetoond worden. Uit het onderzoek van Foster et al., (1978) blijkt dat frequenter doen van borstzelfonderzoek samenhangt met een gunstiger klinisch stadium waarin de tumor gevonden wordt en met minder metastasen naar de oksel bij histologisch onderzoek. Bij pathologisch anatomisch onderzoek blijkt de diameter van de tumor gemiddeld significant lager te zijn voor vrouwen die maandelijks borstzelfonderzoek doen in vergelijking met vrouwen die het incidenteler of helemaal niet doen.
Foster en Constanza (1984) concluderen op basis van een analyse op retrospectieve data van 1004 voor het eerst gediagnostiseerde borstkankerpatiënten dat de vijf-jaars overlevingskansen voor hen die regelmatig borstzelfonderzoek doen 75% bedraagt, tegen 57% voor hen die dat niet doen. Na 52 maanden blijkt er eveneens een signifikant verschil in sterfte tussencijfers tussen vrouwen die wel en niet regelmatig borstzelfonderzoek verrichten, respectievelijk 26% vs. 14% Deze verschillen blijven gehandhaafd nadat is gecorrigeerd voor leeftijd, vóórkomen van borstkanker in de familie en uitstel van behandeling).
Greenwald et al. (1978) schat op basis van zijn onderzoek dat de vroegtijdige sterfte aan borstkanker met 18,8% tot 24,4% door respectievelijk borstzelfonderzoek en regelmatige palpatie door een arts verminderd zou kunnen worden.
Frank & Mai (1985) en Kegeles (1984) stellen beiden dat de onderzoekers die pleiten vóór het doen van borstzelfonderzoek hun conclusies baseren op retrospectieve analyses, welke allerlei methodologische zwakheden vertonen. Frank & Mai (1985) concluderen daarom dat borstzelfonderzoek niet langer gestimuleerd moet worden : "It may do more harm than good" (p. 657). Kegeles (1984) stelt daarentegen: "I continue to take the position that...until a prospective study which compares well women who are known to do regular proficiant B.S.E.'s with those who do not is carried out, it seems premature and inappropriate to have BSE discouraged, as the (anti-BSE position) seems to do" (p. 1).
Ook Meyboom- de Jong & Van Veen (1984) wijzen op methodologische beperkingen van retrospectief onderzoek. Op grond van hun literatuurstudie komen ze tot de conclusie dat zolang er nog geen doorslaggevende wetenschappelijke argumenten zijn aan te voeren voor borstzelfonderzoek, het stimuleren van borstzelfonderzoek geen aanbeveling verdient.

Wil men de waarde van borstzelfonderzoek aantonen dan zal er prospectief onderzoek gedaan moeten worden in een gerandomiseerde gecontroleerde trial, alsdus Frank & Mai (1985). Sommigen uiten hier ethische bezwaren tegen, omdat mensen in een controlegroep in een dergelijke opzet van het doen van borstzelfonderzoek afgehouden zouden moeten worden. Del Greco en Spitzer (1984) delen die bezwaren niet, omdat zij menen dat zolang er geen bewijs is dat borstzelfonderzoek een effectief middel is er vrouwen in zo'n situatie ook niets waardevols onthouden wordt. Kegeles (1985) stelt dat het wellicht zinvoller is te onderzoeken wat de effecten zijn van borstzelfonderzoek op het stadium waarin borstkanker kan worden opgespoord dan de effectiviteit van de methode direct te relateren aan overlevingskansen. Dit omdat de overleving door verschillende factoren, die op zich niets met het stadium van de ziekte te maken hebben, beïnvloed kan worden. Bijvoorbeeld: onduidelijkheid over wat de meest effectieve behandelmethode is, patiënten die zich niet geheel houden aan de voorschriften m.b.t. medicijngebruik bij chemotherapie, terugkomen van kanker in dezelfde of in de andere borst, dood door andere oorzaak maar bijvoorbeeld wel verband houdend met het feit dat men door kanker verzwakt is. Voor al deze verstorende variabelen is mogelijk nog wel te controleren als de steekproef in het onderzoek groot genoeg is. Waar men veel moeilijker voor kan controleren in een prospectieve studie gericht op de effectiviteit van borstzelfonderzoek ten aanzien van vijfjaars overlevingskans, is voor de mogelijke contaminatie die optreedt in de controlegroep (geen voorlichting over en training in borstzelfonderzoek) door invloed vanuit de directe sociale omgeving of door andere voorlichtingsprogramma's die hen bereiken terwijl vijf jaar gewacht moet worden op de overlevingscijfers.

Overige controversiële kwesties rond borstzelfonderzoek

Naast de controverse over de effectiviteit van borstzelfonderzoek als methode voor vroege opsporing van borstkanker, zijn er volgens Kegeles (1984) tenminste nog drie kwesties die de afgelopen jaren hebben bijgedragen aan de discussie over de waarde van borstzelfonderzoek:

1. Leiden inspanningen gericht op het bevorderen van borstzelfonderzoek tot verhoogde angst voor kanker?
2. Gaan vrouwen borstzelfonderzoek zien als een vervanging voor andere opsporingstechnieken, zoals palpatie door een arts of mammografie?
3. Leidt het stimuleren van borstzelfonderzoek tot nodeloze bezoeken aan artsen en daarmee tot overbelasting van het professionele zorgsysteem?

Uit onderzoek, zo stelt Kegeles (1984), blijkt dat geen van de hierboven genoemde effecten optreedt.
Frank & Mai (1984) komen voor wat betreft het induceren van angst door borstzelfonderzoek tot een heel andere conclusie. Herhaaldelijk zoeken naar borstkanker, want daar komt borstzelfonderzoek toch op neer, induceert volgens hen aanzienlijke angst bij vrouwen. Overigens onderbouwen zij deze stelling niet met empirisch bewijsmateriaal. Zij tonen zich verder tegenstander van borstzelfonderzoek, met name door vrouwen tot 30-35 jaar omdat de incidentie van borstkanker onder deze groep heel laag is en het aantal fout positieven heel hoog. Als vrouwen maandelijks borstzelfonderzoek doen zal blijken dat, als ze iets vinden, ze in negen van de tien gevallen een benigne afwijking vinden. Daardoor worden ze vaak onnodig blootgesteld aan angst om borstkanker te hebben, worden onderworpen aan allerlei (soms ingrijpende) diagnostische handelingen en worden de kosten van gezondheidszorg onnodig opgeschroefd. Naast de eerder genoemde bezwaren zijn er volgens Frank & Mai (1985) ook nog potentiële risico's voor valse geruststelling. Dat betreft niet alleen de fout-negatieven, maar ook de gevallen waarin vrouwen al enkele keren eerder door borstzelfonderzoek benigne afwijkingen hebben opgespoord. Er is een risico dat de patiënt uitstelgedrag ten aanzien van het bezoek aan de (huis)arts zal gaan vertonen omdat ze bij een volgende afwijking die zij opspoort, op grond van vroegere

ervaringen eerder geneigd is te denken dat er weer "niets aan de hand" zal zijn. Anderen (Kegeles, 1984; Huguley, 1981) delen een dergelijke mening niet. Bij afwezigheid van massale screeningsprogramma's wordt de meerderheid van het aantal borstkankergevallen door vrouwen zelf ontdekt. Percentages van rond de 90% worden in de literatuur genoemd (DHEW, 1979). Huguley (1981) ziet borstzelfonderzoek daarom als een nuttige aanvulling op de mogelijkheden die er zijn om borstkanker vroeg op te sporen en vindt dat het zonder meer aan vrouwen geleerd moet worden. Zij hebben het voordeel dat ze interne sensaties kunnen waarnemen die duiden op veranderingen binnen de borst; iets wat een arts onmogelijk kan.
Andere voordelen die genoemd worden zijn (zie Meyboom- De Jong & Van Veen, 1984): borstzelfonderzoek is kosteloos, het kan onbeperkt worden herhaald, schaamtegevoelens vormen een minder grote belemmering, er komen geen röntgenstralen aan te pas, zoals bij mammografie en de methode doet recht aan het streven naar eigen verantwoordelijkheid.
Het soms naar voren gebrachte bezwaar dat het stimuleren van borstzelfonderzoek de "workload" van artsen aanmerkelijk zou verhogen wordt niet in de literatuur ondersteund. Sofer (1984) vindt in haar onderzoek waarin de extra werkbelasting in een primary care setting wordt gemeten, dat de extra werklast neerkomt op ca. 12 minuten per sessie van vier uur. In een door Wakefield (1976) gerapporteerde studie onder huisartsen in de omgeving van Manchester gaven 105 van de 108 ondervraagden aan geen overlast te ondervinden van voorlichting over borstzelfonderzoek. Ruim 75% gaf aan de indruk te hebben dat vrouwen bereid waren de dokter te raadplegen als zij met vragen zitten.

2.4. Frequentie en kwaliteit van het doen van zelfonderzoek

Van den Heuvel (1977) veronderstelt dat weinig kennis over borstkanker en een beeld van ongeneeslijkheid en pijn en angst, vrouwen niet zal stimuleren om zelf regelmatig nauwkeurig hun borsten te onderzoeken op mogelijke symptomen van borstkanker. Voor een deel is zijn veronderstelling juist. Het bewustzijn rond borstzelfonderzoek is de afgelopen jaren sterk toegenomen, dit heeft echter niet geleid tot een sterke toename van het doen van borstzelfonderzoek.
(Gallup)survey's wijzen uit dat in 1973 77% van de Amerikaanse bevolking van borstzelfonderzoek gehoord heeft en dat dat percentage in 1978 gestegen is tot 99% (Kegeles, 1984). Het percentage vrouwen dat zegt borstzelfonderzoek te doen of het ooit gedaan te hebben steeg van 8% in de 50er jaren tot 54% in 1973 en 83% in 1977. Het percentage vrouwen dat zegt maandelijks borstzelfonderzoek te doen is in 1977 ongeveer 18%. Dat cijfer is eigenlijk al vanaf 1973 tot nu vrij constant (vergl. Duer, 1984).
In het rapport over de Gallup-survey van 1974 (genoemd in Van den Heuvel, 1977) worden als belangrijkste redenen voor het niet regelmatig doen van borstzelfonderzoek genoemd:
- onbekendheid met het belang van regelmaat en wenselijke frequentie;
- angst (46% van de ondervraagde vrouwen was het gevoel toegedaan dat maandelijks borstzelfonderzoek hen maar onnodig zou verontrusten);
- gebrek aan kennis omtrent zelfonderzoek (p. 23).

Met name het eerste en het laatste punt bieden duidelijke aanknopingspunten bij voorlichting.
Verschillende studies gaan in op de kwaliteit van borstzelfonderzoek (Mamon, 1985; Leathar & Roberts , 1985; Holtzman, 1983; Sheley, 1983; Celentano, 1983; Duer, 1984).
Vrij eenduidig komen de onderzoekers tot de conclusie dat deze kwaliteit vrij slecht is. Leathar & Roberts (1985) onderzochten 136 vrouwen op de manier waarop zij borstzelfonderzoek verrichtten. Zij vonden dat borstzelfonderzoek zo slecht werd uitgevoerd dat betrokkenen er zeker van konden zijn zó geen afwijkingen te zullen vinden. Zij concluderen dat hoewel feitelijke kennis over borstzelfonderzoek zeker verbeterd kan worden het probleem blijft dat vrouwen

sterk de wens hebben niets abnormaals te willen vinden. Dat heeft weer gevolgen voor de kwaliteit waarmee ze het borstzelfonderzoek zullen verrichten. Veel vrouwen denken op de juiste wijze borstzelfonderzoek te doen (Celentano, 1983), in werkelijkheid blijkt dat vaak echter niet het geval. Sheley (1983) stelt dat men er in de voorlichting over borstzelfonderzoek te snel vanuit gaat dat informatie voldoende duidelijk is en ook zo overkomt.
Huguley & Brown (1981) hebben 2092 patiënten met borstkanker gevraagd aan een verpleegkundige te demonstreren hoe zij hun borsten onderzochten. Hierbij blijkt dat 65% van de vrouwen meent goed zelfonderzoek te doen terwijl de verpleegkundigen het onderzoek in slechts 57% van de gevallen als voldoende beoordelen.
Kegeles (1984) maakt in zijn artikel melding van de resultaten van een Gallup survey waaruit blijkt dat slechts 12% van de ondervraagde vrouwen zich realiseert dat borstzelfonderzoek maandelijks gedaan moet worden.
Meyboom- de Jong en Van Veen (1984) tenslotte stellen terecht dat bij het beoordelen van hetgeen in de literatuur wordt vermeld over de frequentie waarmee borstzelfonderzoek wordt uitgevoerd, men dient te bedenken dat het hierbij nooit gaat om objectieve metingen maar altijd om antwoorden op de door de onderzoekers gestelde vragen.

2.5. Samenvatting en conclusies

In dit hoofdstuk is een overzicht gegeven van achtergronds-problemen met betrekking tot voorlichting over kanker in het algemeen en over borstkanker en borstzelfonderzoek in het bijzonder. Gesteld is dat op kanker nog veelal een taboe rust: een ziekte waar men maar liever niet over spreekt, een ziekte die nog vaak geassocieerd wordt met doodgaan, ernstig lijden en ontluistering. Rond kanker bestaan nog vele misvattingen, niet alleen bij het publiek maar ook bijvoorbeeld bij huisartsen en wijkverpleegkundigen. Het zijn juist deze hulpverleners die een belangrijke rol kunnen spelen in de voorlichting over kanker aan het publiek.
De vraag of men door middel van voorlichting het doen van borstzelfonderzoek moet bevorderen hangt af van de waarde van de methode als middel tot vroege opsporing van borstkanker. De literatuur is verdeeld over dit onderwerp. Tenminste een viertal studies toont aan dat borstzelfonderzoek wel degelijk een effectieve methode is om borstkanker in een vroeg stadium op te sporen en zo de behandelingsmogelijkheden en de kans op overleven te vergroten. Er is tenminste eenzelfde aantal studies dat stelt dat een dergelijk verband helemaal niet bestaat. Al deze studies zijn retrospectief van aard. Om harde wetenschappelijke uitspraken te doen over de aard van borstzelfonderzoek als methode van vroege opsporing van borstkanker zouden prospectieve gerandomiseerde trials opgezet moeten worden. Men zou het standpunt kunnen innemen dat zolang er geen doorslaggevende wetenschappelijke argumenten zijn aan te voeren voor de effectiviteit van borstzelfonderzoek, de methode als middel borstkanker vroeg op te sporen ook geen aanbeveling verdient. In dit onderzoek wordt van het uitgangspunt uitgegaan dat het vooralsnog prematuur is vanwege het ontbreken van harde wetenschappelijke gefundeerde argumenten borstzelfonderzoek af te wijzen.
Dat het doen van borstzelfonderzoek negatieve gevolgen heeft, bijvoorbeeld in de zin dat het de angst voor kanker zou doen toenemen is evenmin duidelijk in de literatuur aangetoond. Vanuit GVO-optiek biedt de methode voordelen. Het is een instrument dat vrouwen zelf kunnen hanteren, het geeft ze de mogelijkheid zelf iets te doen en zodoende een stuk verantwoordelijkheid te dragen voor hun eigen gezondheid. Verder is het een methode die niets kost en is uit te voeren in een privé-omgeving. Op grond van bovenstaande overwegingen is besloten in de voorlichtingscampagne van dit project het doen van borstzelfonderzoek aan te bevelen als methode om borstkanker in een vroeg stadium op te sporen. Tot slot van dit hoofdstuk is kort ingegaan op de frequentie en kwaliteit waarmee borstzelfonderzoek wordt uitgevoerd, waaruit blijkt dat deze nogal te wensen overlaat.

Noot 1
Deze paragraaf is een bewerking van een deel van een eerder verschenen publikatie: R. Jonkers; W.J.A. Van den Heuvel. De sociale aspecten van kanker. In : O.G. Meyer, O.T. van Kampen - Kijk op kanker.
Van Gorcum, Assen, 1984.

HOOFDSTUK 3

DETERMINANTEN VAN GEDRAG : THEORIE

3.1. Inleiding

Als uiteindelijk doel van wat men met GVO nastreeft wordt door De Haes e.a. (1983) gezien: bereiken dat de bevolking zich anders, dat wil zeggen gezonder gaat gedragen, zodanig dat ziekten kunnen worden voorkomen of in een vroeg stadium kunnen worden genezen. Verder stellen zij dat als GVO pretendeert aan te sturen op gedragsveranderingen men in eerste instantie zal moeten weten waardoor gedrag in het algemeen wordt bepaald en hoe kan worden verklaard dat een bepaald specifiek gedrag optreedt in een bepaalde situatie. Men vraagt dan naar de gedragsdeterminanten.
Het wezenlijke van GVO is volgens Steuart (geciteerd in de Haes, 1983).

a. Wetenschappelijk onderzoek naar de rol van menselijk gedrag, zowel individueel als groepsgedrag met betrekking tot het ontstaan van ziekte, het natuurlijke beloop van ziekte, het genezingsproces en het behoud van gezondheid,
b. Welk onderzoek zich speciaal bezighoudt met de determinanten van verandering in dit gedrag,
c. Om op grond van onderzoeksbevindingen systematische gedragsbeïnvloedingspatronen te kunnen uitvoeren, die zijn gericht op behoud c.q. versterking van "gezond gedrag" of wijziging van "ongezond gedrag",
d. Deze gedragsbeïnvloeding moet een aantoonbaar effect op het behoud c.q. herstel van de gezondheid hebben.

In de beschrijving van Kok (1986) van de stappen te nemen in GVO onderzoek is deze vierdeling duidelijk herkenbaar.

In de afgelopen decennia zijn vele pogingen ondernomen om gedrag i.v.m. gezondheid te verklaren (zie Jonkers, 1978; Maes, 1986).
In hun pogingen verklaringen te vinden voor gezondheidsgedrag (1) hebben verscheidene gedragswetenschappers tot nu toe vooral de nadruk gelegd op wat men psychologische, individu-gerichte factoren zou kunnen noemen. In veel mindere mate is aandacht besteed aan de vraag binnen welke sociale netwerken mensen al of niet gezondheidsgedrag vertonen. Anderen legden óf eenzijdige nadruk op de invloed van "het sociale systeem" of op verklaringen ontleend uit de economie (2). Bij de bestudering van gezondheidsgedrag moet afstand worden gedaan van dergelijke eenzijdige verklaringen. Weliswaar hebben mensen "eigen" motieven; de betekenis die mensen aan hun gedrag geven wordt echter tevens beïnvloed door de relatie die zij met anderen hebben. In hun onderlinge relaties leggen mensen aan elkaar en aan zichzelf bepaalde standaarden op die richting geven aan hun handelen. Dat geldt ook voor gezondheidsgedrag. Dat lijkt een vanzelfsprekende toevoeging, doch Smits (1977) merkt op dat b.v. het gezin in de gezondheidszorg tot voor kort nog maar weinig aandacht heeft gekregen. Hij stelt "Het moet enige opschudding veroorzaakt hebben toen Richardson als huisarts in 1948 een boek op de markt bracht dat als titel had "Patients have families" (p. 9).
Het heeft tot in de jaren zestig geduurd, alvorens er een brede belangstelling aan het licht trad voor de betekenis van het gezin voor de werkers in de gezondheidszorg.

Naast het feit dat bestaande theoretische modellen ter verklaring van gezondheidsgedrag overwegend psychologische, individu-gerichte variabelen benadrukken, vertonen zij eveneens weinig differentiatie en specificiteit.

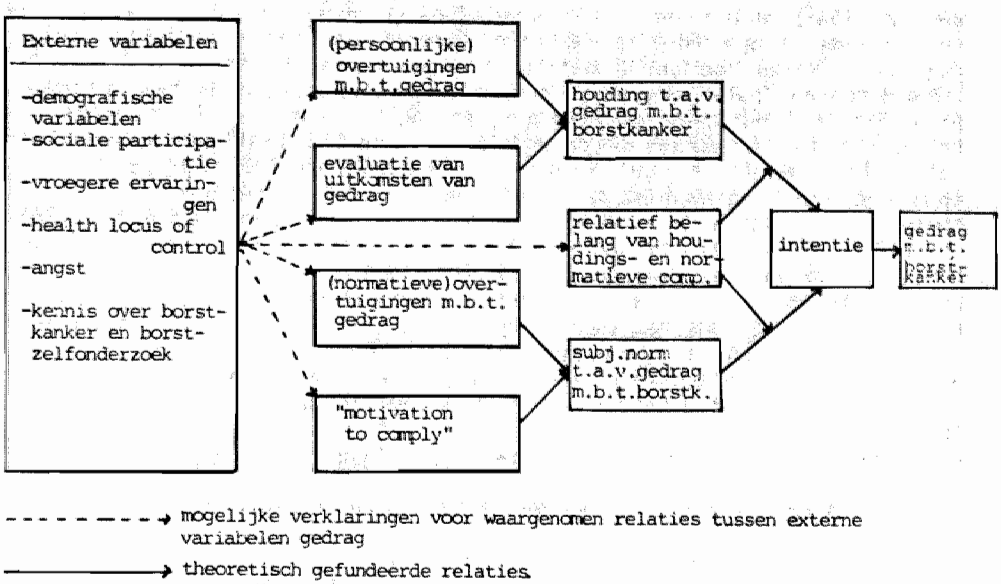
Een theoretisch model dat goeddeels aan deze bezwaren tegemoet komt is het model van Fishbein & Ajzen (1975; Ajzen & Fishbein, 1980). In dit hoofdstuk wordt dit model nader besproken. Na bespreking van de belangrijkste variabelen: "beliefs", attitude, subjectieve norm, intentie en gedrag, wordt ingegaan op de zogenaamde "externe" variabelen in het model. Deze externe variabelen hebben betrekking op de in de literatuur genoemde kenmerken van vrouwen die borstzelfonderzoek doen. Het hoofdstuk eindigt met een samenvatting en conclusies.

3.2. Het theoretisch model der "beredeneerde aktie"

De theorie van Fishbein en Ajzen is gebaseerd op de assumptie dat mensen gewoonlijk redenen hebben voor gedrag en op een systematische wijze een keuze maken uit informatie die hen ter beschikking staat. Het is een theorie van "beredeneerde aktie".
Het uiteindelijke doel van dit theoretische model is gedrag te verklaren en/of te voorspellen. De belangrijkste voorspeller van gedrag is de gedragsintentie. Laatste is weer een functie van twee determinanten: één meer persoonlijk van aard, attitude; de ander meer sociaal, subjectieve norm. Wat het relatieve gewicht is van beide variabelen hangt sterk af van het te verklaren of te voorspellen gedrag.
Fishbein & Ajzen (1975) geven een overzicht van onderzoekingen waarin het model met succes is toegepast bij het voorspellen van gedragsintenties m.b.t. onder andere pilgebruik en deelnemen aan een alcohol ontwenningskuur. In latere publikaties zijn succesvolle toepassingen gemeld, onder meer m.b.t. "vermageringsgedrag" (Ajzen & Fishbein, 1980); rookgedrag (Fishbein, 1982), en energiezuinig rijgedrag (Siero e.a., 1985).
Maes (1986) noemt o.a. als belangrijke voordelen van het model t.o.v. andere sociaal psychologische modellen:..... "er wordt terdege rekening gehouden met de sociale context, intentie hangt nauwer samen met gedrag dan attitudes, er wordt een rechtstreekse relatie gelegd tussen "belief" (overtuigingen) en attitudes, waardoor onduidelijke intermediërende variabelen worden geweerd. Het model is systematisch opgebouwd, wat het eenvoudiger maakt om er toetsbare voorspellingen van af te leiden" (p. 52).

Het theoretisch model van Fishbein & Ajzen (1975) dient als kader voor het beantwoorden van de in hoofdstuk 1 genoemde vraagstellingen. Daarnaast is in het onderhavige onderzoek een aantal wat Ajzen & Fishbein (1980) "external variables" noemen, betrokken. Deze variabelen worden in de literatuur genoemd als ook van belang zijnd in verband met gedragingen rond borstkanker. Ajzen en Fishbein (1980) merken over de rol van deze "externe variabelen" op:"..... In contrast to most other approaches, we have not attempted to explain behavior by referring to such things as personality traits, attitudes toward people or institutions, or demographic variables. Although we do not deny that "external variables" of this kind may sometimes be related to behavior, from our point of view they can affect behavior only indirectly. That is, external variables will be related to behavior only if they are related to one of more of the variables specified by our theory" (p. 82).
Alvorens op deze externe variabelen in te gaan, zal eerst het theoretisch model van Fishbein & Ajzen nader besproken worden.

De twee belangrijkste variabelen bij het verklaren van gedragsintenties in het theoretisch model van Fishbein & Ajzen, zijn houdingen die een individu inneemt ten aanzien van een object en de subjectieve normatieve invloed.
Een presentatie van het model Fishbein & Ajzen toegepast op de gedragingen die in deze studie centraal staan: doen van borstzelfonderzoek en inwinnen van informatie over borstkanker (in model gedrag m.b.t. borstkanker genoemd), wordt gegeven in figuur 3.1.



Figuur 3.1.
Het model van Fishbein & Ajzen

3.2.1. Persoonlijke en normatieve overtuigingen (beliefs) m.b.t. gedrag

Op basis van directe observatie, informatie vanuit externe bronnen of door middel van gevolgtrekkingen leert of vormt een individu zich een aantal overtuigingen rond een object. Dit "object" wordt geassocieerd met verschillende kenmerken. De sterkte van zo'n overtuiging kan gemeten worden door aan te geven hoe waarschijnlijk men zo'n koppeling acht.
Bijvoorbeeld: "Borstzelfonderzoek is een methode om borstkanker in een vroeg stadium op te sporen". "Borstzelfonderzoek" is in deze overtuiging of opvatting het object: "methode om in een vroeg stadium borstkanker op te sporen" het kenmerk.
In het model van Fishbein en Ajzen, worden twee typen overtuigingen genoemd: persoonlijke overtuigingen en normatieve overtuigingen.
Persoonlijke overtuigingen verwijzen naar de eigen opvattingen van een individu met betrekking tot een bepaald onderwerp. Persoonlijke overtuigingen van mensen ten aanzien van borstkanker kunnen gebaseerd zijn op juiste of onjuiste kennis en vormen een waardevolle basis bij het voorspellen van houdingen en uiteindelijk gedragingen. Zij verwijzen naar cognitieve aspecten van gedrag.
Hoewel iemand een groot aantal persoonlijke overtuigingen kan hebben ten aanzien van een bepaald object (in dit geval borstkanker) blijkt dat in een gegeven situatie slechts een relatief klein aantal overtuigingen als determinanten van houdingen dient. De houding ten aanzien van een object wordt volgens Fishbein en Ajzen meestal gevormd door vijf tot negen overtuigingen, de zogenaamde "saillante overtuigingen". Overtuigingen kunnen in de tijd aan houdingen en gedragingen (of gedragsintenties) vooraf gaan. Zij kunnen echter evenzeer gelden als een soort verklaring van vroegere gedragingen.
Normatieve overtuigingen hebben betrekking op percepties van het individu over de opvattingen in zijn sociale omgeving hoe de respondent zich zou moeten

gedragen (mijn familie vindt dat ik..., mijn buren vinden dat ik...).
Gezondheidsgedrag wordt niet uitsluitend bepaald door "eigen" gedachten, overtuigingen. Gedrag komt mede tot stand vanuit verwachtingen die anderen van iemand hebben. Invloed vanuit de sociale omgeving, groepsdruk, kan in sterke mate bepalend zijn voor motieven en gedragingen van mensen vanwege de beloningen of bestraffingen die de sociale omgeving op bepaald gedrag kan laten volgen. Festinger (1954) stelt dat mensen er behoefte aan hebben hun gedachten en ideeën in overeenstemming te brengen met die van hun omgeving.
Mensen laten zich in hun gedrag dan ook in sterke mate leiden door het observeren van gedragingen en reakties van anderen uit hun omgeving. Deze "sociale omgeving" wordt gevormd door gezin, vrienden, kennissen, referentiegroepen (dat wil zeggen die groepen met wie men zich vereenzelvigt, vergelijkt). In de directe omgeving van mensen bevinden zich personen die veel betekenis voor hen hebben en aan wiens goedkeuring of afkeuring veel waarde gehecht wordt. Het al dan niet in bepaalde mate conformeren aan de verwachtingen van anderen kan immers het behoud of het verlies van sociale contacten betekenen. Normatieve overtuigingen zeggen iets over de wijze waarop een individu opvattingen vanuit zijn omgeving over een bepaald gedrag percipieert.

3.2.2. Houdingen en sociale normen met betrekking tot borstkanker

Naast inzicht in "persoonlijke" en "normatieve" overtuigingen die mensen hebben met betrekking tot borstkanker, is het voor het bepalen van gedragsintenties en uiteindelijk gedrag van belang te weten op welke wijze deze overtuigingen geëvalueerd worden.

Houdingen

Een houding of een attitude kan men omschrijven als een geneigdheid om in positieve of negatieve zin te voelen, denken en te handelen. DiMatteo en DiNicola (1982) stellen dat uit vele onderzoekingen blijkt dat gedrag in verband met gezondheid steeds te maken heeft met dezelfde variabelen: overtuigingen en attituden. De meeste attitude-theorieën zijn het er over eens dat attituden uit drie componenten bestaan: een cognitieve of een kenniscomponent, een affectieve of gevoelscomponent en een gedragscomponent. In de theorie van Ajzen en Fishbein (1980) wordt gesteld dat de kenniscomponent (belief) vooraf gaat aan de affectieve (attitude) component en dat de gedragscomponent de resultante is van attitudes en subjectieve normen. Aan de gedragscomponent gaat vooraf de intentie tot gedrag.
Houdingen met betrekking tot borstzelfonderzoek geven inzicht in de wijze waarop persoonlijke overtuigingen van mensen over dit onderwerp geëvalueerd worden. Houdingen in deze zin zijn op twee manieren te meten:

- direct: b.v. "Het doen van borstzelfonderzoek vind ik nuttig".
  Het object (borstzelfonderzoek) wordt direct gewaardeerd (nuttig).
- indirect: b.v. "Door borstzelfonderzoek leer je je eigen lichaam beter kennen" en "Je eigen lichaam beter leren kennen acht ik een goede zaak".
  Aan het object (borstzelfonderzoek doen) wordt een kenmerk toegeschreven (je eigen lichaam beter leren kennen) dat in tweede instantie gewaardeerd wordt (is een goede zaak).

Een houding ten aanzien van een object wordt volgens Fishbein en Ajzen gevormd door de som van produkten van overtuigingen met betrekking tot een bepaald object en de wijze waarop toegeschreven kenmerken van dit object geëvalueerd worden.
In formule: $Ao = \sum bo.eo$, waarin Ao = attitude t.a.v. object
bo = overtuigingen t.a.v. object
eo = evaluaties van overtuigingen t.a.v. object.

Intermezzo: object versus gedrag

De wijze waarop attituden gemeten worden kan tot misverstanden leiden. In hun "standaardwerk" van 1975 spreken Fishbein & Ajzen zowel van attituden t.a.v. objecten als van attituden t.a.v. gedrag. In de formulering van "belief" uitspraken heeft dit consequenties. Een voorbeeld kan dat verduidelijken. "Door borstzelfonderzoek leer je je eigen lichaam beter kennen" verwijst naar een "object": borstzelfonderzoek, dat niet perse betrekking hoeft te hebben op eigen gedrag. In zijn algemeenheid kan men het eens zijn met deze uitspraak. Tegelijkertijd zou men het oneens kunnen zijn met de uitspraak "als ik borstzelfonderzoek doe, leer ik mijn lichaam beter kennen", omdat borstzelfonderzoek hier verwijst naar eigen gedrag.

In hun latere werk wordt alleen nog gesproken over attituden t.a.v. gedrag. In 1980 schrijven zij: "....the theory does refer to attitude toward a behaviour rather than attitude toward an object or target.." (p. 246).

De voorspellende kracht van attituden ten aanzien van een object is naar hun mening minder dan die van attituden ten aanzien van gedrag. In deze studie zijn beide type attitudemetingen verricht. Bij het analyseren van data ter bepaling van de mate waarin attituden een determinant van gedrag vormen kan dat problemen opleveren. Hierop wordt in hoofdstuk 5 en in hoofdstuk 8 teruggekomen.

3.2.3. Subjectieve normen

Naast het bepalen van houdingen van mensen met betrekking tot borstkanker is het volgens het model van Fishbein & Ajzen van belang na te gaan op welke wijze sociale normen ten aanzien van dit onderwerp door het individu gepercipieerd worden. Daartoe is het, naast kennis over de wijzen waarop het individu overtuigingen van anderen percipieert (normatieve overtuigingen), nodig te weten hoeveel iemand zich van anderen aantrekt. Deze gevoeligheid voor opvattingen vanuit de omgeving wordt door Fishbein en Ajzen "motivation to comply" genoemd. De som van de produkten van deze normatieve overtuigingen en "motivations to comply" wordt subjectieve norm met betrekking tot gedrag genoemd.

Een voorbeeld: "Mijn partner vindt dat ik borstzelfonderzoek moet doen" is een normatieve overtuiging. "De mening van mijn partner over borstzelfonderzoek vind ik geheel onbelangrijk" zegt iets over de gevoeligheid van het individu voor de mening van de partner.

Het meten van sociale normen in kwantificeerbare termen kan met behulp van de formule:

$SNo = \sum NBo \cdot Mo$, waarin

SNo = sociale norm t.a.v. object
NBo = normatieve overtuigingen t.a.v. object.
Mo = gevoeligheid voor opvattingen van anderen t.a.v. object.

Houdingen en subjectieve normen hangen met elkaar samen. Houdingen worden vaak voor een belangrijk deel gevormd en veranderd onder invloed van de sociale omgeving. Soms kunnen attituden evenwel verschillen met de verwachtingen uit de omgeving. Houdingen en subjectieve normen kunnen gedragsintenties in verschillende mate beïnvloeden. De invloed vanuit de omgeving op gedragsintenties is volgens Kok (1985) veel moeilijker te beïnvloeden dan de invloed van houdingen op gedragsintenties. Wel is het mogelijk de vanzelfsprekendheid van sociale normen tegen te gaan. Ook is het mogelijk mensen enigszins te wapenen tegen normatieve invloeden door ze erop voor te bereiden dat hun veranderde attitude zal botsen met de normatieve opvattingen van hun omgeving. Met het benaderen van mensen in groepen door bijvoorbeeld het geven van groepsgewijze voorlichting kan getracht worden sociale normen, of althans een deel daarvan, mee te veranderen.

3.2.4. Intentie tot gedrag en feitelijk gedrag

Gedragsintenties hoeven niet noodzakelijkerwijs in overeenstemming te zijn met feitelijk gedrag. Fishbein & Ajzen (1975) noemen verschillende redenen die kunnen verklaren waarom vanuit gedragsintenties niet tot accurate voorspellingen van feitelijk gedrag gekomen kan worden. Deze redenen hebben betrekking op:

- de tijdspanne tussen een intentie tot gedrag te hebben en het tonen van feitelijk gedrag. Naarmate deze tijd langer is kan het individu bijvoorbeeld nieuwe informatie krijgen of kunnen er andere dingen gebeuren die hem doen besluiten om niet conform de intentie te handelen;
- de complexiteit van de stappen die genomen moeten worden om tot een bepaald gedrag te komen. Naarmate de complexiteit van de te nemen stappen om van intentie tot gedrag te komen groter is neemt de kans dat intenties accurate voorspellers zijn van feitelijk gedrag af;
- afhankelijkheid van andere mensen om bepaald gedrag te vertonen. Er is een kans dat anderen verhinderen de intentie in gedrag om te zetten;
- allerlei andere barrières, zoals ontbreken van informatie, fysiek niet in staat zijn gedrag te vertonen, etc.

3.2.5. Externe variabelen

Niet bij alle vrouwen zal het mogelijk zijn veranderingen in feitelijk gedrag met betrekking tot borstkanker te bewerkstelligen. Om uiteindelijk gericht voorlichting te kunnen geven is het gewenst te komen tot een nadere precisering van de doelgroep "gezonde" vrouwen. Om tot deze precisering te komen, is het noodzakelijk een aantal zogenaamde "herkenningsvariabelen" op te nemen, die mogelijk antwoord geven op de vraag waarom bepaalde (groepen) vrouwen op een bepaalde wijze met borstkanker omgaan. F. Kok (1982) spreekt in dit kader van "doelgroepsegmentatie".
"Externe" variabelen die in dit onderzoek zijn meegenomen zijn gekozen op grond van het feit dat ze in eerdere in de literatuur beschreven studies relevant gebleken zijn. "Externe" variabelen zijn de door Ajzen en Fishbein (1980) genoemde variabelen, die alleen via attituden en subjectieve normen gedragsintenties en gedrag kunnen beïnvloeden.
Het zijn de variabelen: leeftijd, sociaal economische status, sociale participatie, vroegere ervaringen met borstkanker, kennis over borstkanker, de mate van interne, of externe beheersing (Health Locus of Control) en angst. Locus of Control en angst worden in dit hoofdstuk nader besproken. Eerst worden kort enkele literatuurgegevens gepresenteerd over kenmerken van vrouwen die borstzelfonderzoek doen.

3.2.5.1. Kenmerken van vrouwen die borstzelfonderzoek doen

In de literatuur worden talloze kenmerken beschreven van vrouwen die al of niet aan borstzelfonderzoek doen. Meyboom- de Jong & Van Veen (1984) stellen dat de gevonden verbanden zelden ondubbelzinnig zijn. Variabelen die volgens hen door verscheidene auteurs onderzocht zijn, zijn: leeftijd, opleiding en werkkring, samenlevingsverband, borstkanker in familie of omgeving, andere preventieve aktiviteiten, verhoogd eigen risico.
De gevonden verbanden verschillen vaak volstrekt van elkaar. In het overzicht van Meyboom- de Jong & Van Veen (1984) wordt in acht onderzoeken een negatief verband gevonden tussen het doen van onderzoek en de leeftijd van de vrouw: naarmate de vrouwen ouder zijn, is het percentage vrouwen dat borstzelfonderzoek doet kleiner. In vier onderzoeken wordt geen verband gevonden. Kegeles (1984) noemt in zijn overzicht vijf studies die aangeven dat er een positief verband is tussen doen van borstzelfonderzoek en leeftijd. Uit beide

overzichtstudies wordt overigens niet duidelijk hoe deze volstrekt elkaar tegensprekende bevindingen verklaard kunnen worden. Ze worden slechts geconstateerd als literatuurgegevens.
Ook de verbanden tussen het hebben van een partner en doen van borstzelfonderzoek zijn niet eenduidig. In zijn studie onder 344 vrouwen die deelnamen aan een bevolkingsonderzoek naar borstkanker vond Van den Heuvel (1977) geen verband. Een duidelijk positief verband wordt gevonden door Bennett et al., (1983) in de zin dat vrouwen die een partner hebben en daarmee samenleven meer geneigd zijn borstzelfonderzoek te doen dan vrouwen die alleen staan.
In het overzicht van Meyboom- de Jong & Van Veen (1984) wordt in acht publikaties geconstateerd dat beter opgeleide vrouwen vaker zeggen de eigen borsten te onderzoeken. In twee andere onderzoeken wordt geen verband gevonden: in geen enkele studie wordt een negatief verband gevonden. In hetzelfde overzicht worden zwak positieve verbanden gevonden tussen het doen van borstzelfonderzoek en andere medisch preventieve aktiviteiten. Overigens wordt in de studie van Calnan et al. (1984) een duidelijk positief verband gevonden.
Zowel uit de door Meyboom- de Jong & Van Veen (1984) onderzochte studies als uit de studie van Calnan (1984) blijkt dat vrouwen die iemand kennen met borstkanker of die een familielid hebben met borstkanker vaker borstzelfonderzoek doen. Andere positieve verbanden die nog genoemd worden in de literatuur zijn: ondersteuning vanuit sociale omgeving (Calnan, 1984), het praten over borstkanker en borstzelfonderzoek door "moeder en dochter" onderling (Gravell et al., 1985), en het gehad hebben van instructie (Bennet et al., 1983).
Twee studies (Hallal, 1982; Grady, 1983) geven aan dat vrouwen die borstzelfonderzoek doen, respectievelijk participeren in een trainingsprogramma m.b.t. borstzelfonderzoek gemiddeld hoger scoren op de "internal-sub-schaal" van de Health Locus of Control schaal dan vrouwen die geen borstzelfonderzoek doen respectievelijk niet participeren in een trainingsprogramma. Hallal (1982) vond verder dat vrouwen die borstzelfonderzoek doen in vergelijking met vrouwen die dat niet doen positieve "health beliefs" hebben. Hieronder wordt de "externe" variabele "Health Locus of Control" verder besproken.

3.2.5.2. Health Locus of Control

R.W. Rogers (1983) stelt dat mensen alleen dan het gewenste gedrag gaan vertonen wanneer ze ervan overtuigd raken dat dat gewenste gedrag voor henzelf effectief is om de gezondheidsbedreiging weg te nemen. Uit een onderzoek van Siero e.a. (1984) bleek onder meer dat naarmate vrouwen de effectiviteit van borstzelfonderzoek hoger inschatten zij meer geneigd waren borstzelfonderzoek te doen.
De mate waarin vrouwen het doen van borstzelfonderzoek inschatten als een effectieve methode om b.v. borstkanker in een vroeg stadium op te sporen, komt tot uitdrukking in de attitudemeting. In dit onderzoek wordt ook nagegaan in hoeverre vrouwen in het algemeen van mening zijn invloed uit te kunnen oefenen op hun gezondheid. De algemene mate van gepercipieerde interne of externe beheersing met betrekking tot gezondheid kan van invloed zijn op de "Locus of control" m.b.t borstzelfonderzoek en borstkanker. De "Locus of control theorie" van Rotter (1954) stelt dat mensen zich gedragen vanuit de verwachting die zij hebben dat dat gedrag tot een bepaalde uitkomst zal leiden. Nu kunnen mensen verschillende opvattingen hebben over de mate waarin zij die uitkomsten kunnen beïnvloeden. Zo kan iemand denken dat hijzelf in sterke mate controle heeft over een uitkomst. Bijvoorbeeld: "Als ik er voor zorg dat ik mijn bloeddruk onder controle houdt, krijg ik geen beroerte". Het kan ook zijn dat mensen denken dat zij helemaal geen invloed hebben op uitkomsten. Bijvoorbeeld: "Als ik een beroerte krijg, is dat een straf van God". Beide uitspraken zeggen iets over de mate van respectievelijk interne en externe controle.

Later is de theorie van Rotter aangepast en specifiek toepasbaar gemaakt op gezondheidsopvattingen. De meest bekende aanpassing is die van Wallston & Wallston (1978).
Verschillende studies hebben aangetoond wat de invloed is van de mate van interne of externe controle op gezondheids- en ziektegedrag. Zo zijn er studies die aantonen dat mensen die een sterke mate van "internal control" hebben, vaker "niet-rokers" zijn en meer geneigd zijn te stoppen met roken of hun rookgedrag te veranderen. Er zijn ook onderzoekingen gedaan ten aanzien van het gebruik van anticonceptiemiddelen, onderzoek met betrekking tot programma's gericht op gewichtsverlies, het gebruik van veiligheidsgordels en preventieve tandzorg e.d. (zie DiMatteo & DiNicola, 1982). In een revisie van de Health Locus of Controlschaal door Wallston & Wallston is de multi dimensionale HLC-schaal ontwikkeld (1978).
Hierin wordt een onderscheid gemaakt in drie dimensies:
- Internal Health Locus of Control;
- Powerful Others Health Locus of Control;
- Chance Health Locus of Control.

Het eerste begrip verwijst naar de mate waarin mensen er van overtuigd zijn dat zij zelf invloed kunnen uitoefenen op hun gezondheid; het tweede begrip verwijst naar de mate waarin zij veronderstellen dat het vooral anderen zijn die bepalen of zij gezond blijven of ziek worden; het derde begrip verwijst naar de mate waarin mensen geloven dat gezondheid een kwestie is van geluk, het lot.

Wallston & Wallston (1978) stellen, dat verschillende onderzoeken hebben aangetoond, dat "internals" eerder geneigd zijn gezondheidsgedrag te ondernemen dan "externals". "Internals" winnen over het algemeen ook meer informatie in over zaken die met gezondheid te maken hebben dan "externals".
Seeman & Evans (1962) en ook Nijhof (1976) stellen dat het verwerven van kennis zelfs irrelevant is voor diegenen die geloven dat het lot, geluk, toeval of externe krachten de loop der gebeurtenissen bepalen.
Er kan en koppeling gelegd worden tussen internal locus of control en de meer persooonsgerichte of "eigen" houdingen uit het model van Fishbein & Ajzen en de external locus of control met de subjectieve normen, waarbij grote invloed wordt toegeschreven aan "anderen".
Buckman Saltzer (1978) vindt deze koppeling inderdaad in haar onderzoek over "weight control". Dat wil zeggen dat zij enerzijds een duidelijke samenhang vindt tussen "Internal Health Locus of Control" met de attitude variabele en anderzijds een duidelijke samenhang tussen "External Health Locus of Control" en de subjectieve norm variabele.
De relatie met betrekking tot roken en het drinken van alcohol is volgens Halfens (1985) minder duidelijk. In zijn proefschrift gaat Halfens na in hoeverre er samenhang bestaat tussen de Fishbein variabelen en de Health Locus of Control variabelen m.b.t. roken en drinken van alcohol. Gebleken is dat voor beide gedragingen geldt dat de intentie het sterkst samenhangt met de attitude terwijl de relatie tussen de attitude en de intentie nauwelijks varieert naar gelang de beheersingsoriëntatie. Hoewel de subjectieve norm, naast de attitude, weinig bijdraagt in de verklaring van de intentie, is er wel een tendens dat de bijdrage van de subjectieve norm varieert naar de beheersingsoriëntatie. Bij artsgeoriënteerden bleek de subjectieve norm naast de attitude nog extra bij te dragen aan de verklaring van de intentie, hetgeen niet alleen veroorzaakt wordt doordat een van de relevante personen waarop de subjectieve norm gebaseerd is, de arts is.

3.2.5.3. Angst

Een in de literatuur veel genoemde variabele in verband met kennis, houdingen en gedrag t.a.v. kanker is angst.
Visser en de Haes (1986) onderscheiden vier functies aan de factor angst m.b.t. gezondheidsvoorlichting en -opvoeding:

a. Angst als kenmerk van de voorlichtingsboodschap: hoe angstaanjagend mag een folder over borstkanker zijn? Behoren alle ziekenhuispatiënten te horen hoe ernstig ziek ze zijn?
b. Angst als persoonlijkheidskenmerk van de voorgelichte: dienen angstige ziekenhuispatiënten anders benaderd te worden in de voorlichting over de operatie?
c. Vermindering van de angsttoestand als resultaat van de voorlichting: de voorlichting tijdens het bezoek aan de tandarts; de voorlichting die een huisarts geeft over de ernst van bepaalde ziektesymptomen.
d. De invloed van de angsttoestand op het gedrag van de voorgelichte: verzamelen mindere angstige diabeten meer informatie over hun ziekte-gedragsalternatieven? Leidt angst tot minder compliance t.a.v. voorlichtingsprogramma's?

In dit onderzoek is de variabele angst meegenomen in de omschrijving zoals onder punt b, punt c en punt d aangegeven. In de beantwoording van de eerste vraagstelling (zie hoofdstuk 5) wordt de onder b en d genoemde functie beschreven; in de beantwoording van de 2e vraagstelling van dit proefschrift de functie zoals onder c genoemd (zie hoofdstuk 7).

In de voorlichtingskunde is men het er over eens, dat de hoeveelheid angst in een voorlichtingsboodschap van grote invloed is op de wijze waarop een boodschap overgenomen wordt. Westmaas-Jes (1977) is van mening dat te veel angst in de boodschap de kans vergroot dat het voorgelichte publiek achterblijft in een spanningstoestand die bij onvoldoende geruststelling leidt tot ontkenning en minimalisering van de dreiging. Naast te veel angst kan echter ook sprake zijn van te weinig; er moet een zekere bezorgdheid bestaan wil er aktie komen. Uit de literatuur is niet altijd duidelijk of er, wanneer over angst gesproken wordt, sprake is van "toestands- of situatieangst" (angst die verband houdt met de situatie, bijvoorbeeld die waarin borstkanker ter sprake komt) of meer algemene angst ("trait-anxiety", angst als persoonskenmerk). Dit onderscheid is van belang te weten, omdat alleen de eerste door voorlichting te beïnvloeden is. Een instrument om voornoemde twee soorten angst te meten, wordt geboden door de door Van der Ploeg, Defares & Spielberger (1979) ontwikkelde zelfbeoordelingsvragenlijst.
Van der Ploeg (1980) definieert toestandsangst als een voorbijgaande emotionele situatie gebonden conditie van het individu, die gekenmerkt wordt door subjectieve bewust eraren gevoelens van spanning of gespannenheid, alsmede een verhoogde aktiviteit van het autonome zenuwstelsel. Toestandsangst varieert in intensiviteit en fluctueert in de tijd.
Angstdispositie (trait-anxiety) verwijst naar relatief stabiele individuele verschillen in angstgeneigdheid, dat wil zeggen naar verschillen tussen mensen in hun geneigdheid om op als bedreigend ervaren situaties te reageren met verhogingen in de intensiteit van de toestandsangst. Beide typen angst zullen in deze studie nader bezien worden in hun relatie met voorlichting rond borstkanker en borstzelfonderzoek.

3.3. Samenvatting en conclusies

In dit hoofdstuk is het theoretisch model der "beredeneerde aktie" van Fishbein en Ajzen (1975, 1980) besproken. Het model is gebruikt in het kader van de tweede stap van wat in de GVO-Matrix van Kok (1986) bepaling van "gedragsdeterminanten" wordt genoemd. In sociaal-psychologische modellen ter verklaring van gezondheidsgedrag wordt doorgaans sterke nadruk gelegd op individugerichte variabelen. Het model Ajzen en Fishbein voorziet in deze tekortkoming doordat het terdege rekening houdt met de sociale context waarin gedragingen zich afspelen. Andere voordelen die het model biedt boven andere sociaal psychologsiche modellen ter verklaring van gezondheidsgedrag zijn in dit hoofdstuk genoemd.
De hoofdvariabelen uit het model (attitude, subjectieve norm en (intentie tot) gedrag zijn in dit hoofdstuk besproken, alsmede de wijze waarop attituden en subjectieve normen "berekend" kunnen worden.
Verder is in dit hoofdstuk een aantal kenmerken genoemd die in de literatuur in verband worden gebracht met het doen van borstzelfonderzoek. Op basis van deze literatuurgegevens is een aantal (mogelijke) gedragsdeterminanten geselecteerd die in hoofdstuk 5 worden betrokken in de analyses ter beantwoording van de eerste vraagstelling van deze studie. Een probleem bij het selecteren van deze variabelen is dat de in de literatuur gevonden verbanden met de afhankelijke (gedrags)variabelen zelden ondubbelzinnig zijn.
Vooral op grond van de frequentie waarmee de variabelen in de literatuur genoemd worden is tot een selectie gekomen.

Noot 1
Onder gezondheidsgedrag wordt verstaan: iedere aktiviteit die iemand onderneemt met als doel gezondheid te behouden en/of ziekte te voorkomen of op te sporen in een a-symptomatisch stadium (Jonkers, 1978).

Noot 2
Grossman (1972) en Dowie (1975) spreken over de "portefeuille theorie" van gezondheidsgedrag. De centrale propositie van deze theorie is dat gezondheid gezien kan worden als een duurzame kapitaalvoorraad die als opbrengst gezonde tijd levert. Ieder individu beschikt vanaf zijn geboorte over een basisvoorraad gezondheid, die overgeërfd wordt. Voor sommigen is die voorraad derhalve groter dan voor anderen. Naarmate men ouder wordt slinkt die voorraad en om uitputting te voorkomen moet men in gezondheid gaan investeren. Afhankelijk van deze investering kiezen mensen voor de lengte van hun leven (uiteraard binnen bepaalde grenzen).

HOOFDSTUK 4

METHODE VAN ONDERZOEK : DETERMINANTEN ONDERZOEK EN INTERVENTIE ONDERZOEK

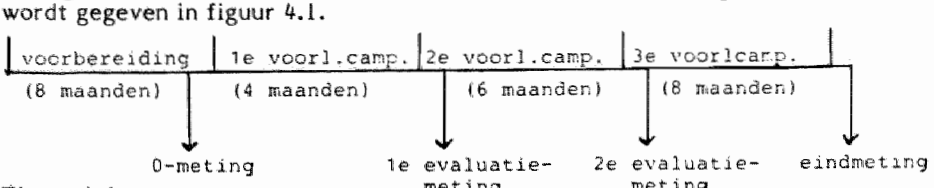
4.1. Inleiding

Alvorens over te gaan tot de bespreking van de resultaten in dit onderzoek naar gedragsdeterminanten m.b.t. doen van borstzelfonderzoek en het inwinnen van informatie over borstkanker, wordt eerst de methode van onderzoek besproken. Deze bespreking heeft zowel betrekking op het determinanten onderzoek, dat verder in hoofdstuk 5 besproken wordt, als op het interventie-onderzoek, waarvan de resultaten in hoofdstuk 7 besproken worden.
Tenslotte zal er in dit hoofdstuk worden ingegaan op een aantal deelonderzoeken die betrekking hebben op enkele subvraagstellingen in deze studie, naast de twee hoofdvraagstellingen die in hoofdstuk 1 genoemd zijn.
Eerst wordt in paragraaf 4.2. beschreven hoe t.b.v. het hoofdonderzoek de dataverzameling heeft plaatsgevonden en wordt de onderzoekspopulatie beschreven. Daarbij wordt ook vermeld welke overwegingen een rol speelden bij de keuze van de onderzoeksgebieden en hoe de steekproeftrekking plaatsvond. In paragraaf 4.2.4. wordt het onderzoeksdesign gepresenteerd. Vervolgens wordt in paragraaf 4.3. een overzicht gegeven van de responsgegevens en worden in 4.4. enkele kenmerken van de respondenten gegeven. Deze kenmerken dienen inzicht te verschaffen in de vergelijkbaarheid van de respondenten in de beide onderzoeksregio (Waterweg-Noord en Dordrecht). In paragraaf 4.5. wordt beschreven hoe de respondenten benaderd zijn en in 4.6. welke vragen aan hen voorgelegd zijn. In 4.7. wordt kort ingegaan op de selectie van de interviewsters en trainingen die zij in het kader van het onderzoek hebben gevolgd. In paragraaf 4.8. wordt een korte inleiding gegeven op in dit onderzoek verrichte deel-onderzoeken, gevolgd door de samenvatting en conclusies in paragraaf 4.9.

4.2. Dataverzameling en populatiebeschrijving

4.2.1. Inleiding

In de periode april-mei 1980 is een z.g. nulmeting gehouden bij een steekproef uit de volwassen vrouwelijke bevolking (21 jaar en ouder) in het onderzoeksgebied Waterweg-Noord (omvattende de steden: Vlaardingen, Schiedam en Maassluis) en in het controlegebied: Dordrecht. Dit gebeurde aan de hand van gestructureerde interviews, die gemiddeld 1½ uur duurden, afgenomen door 69 speciaal daarvoor getrainde interviewsters. In het project "omgaan met borstkanker" zijn drie voorlichtingscampagnes gehouden, waarbij tussentijds en na afloop evaluatiemetingen zijn uitgevoerd in de vorm van mondelinge interviews en schriftelijke enquêtes. Alle voorlichtingsaktiviteiten vonden plaats in het Waterweg-Noordgebied, onderzoeksaktiviteiten in Waterweg-Noord en in Dordrecht.
Een globaal overzicht van de onderzoeks- en voorlichtingsaktiviteiten wordt gegeven in figuur 4.1.



Figuur 4.1.
Globaal overzicht onderzoeks- en voorlichtingsaktiviteiten

4.2.2. Overwegingen bij de keuze van het onderzoeksgebied en het controlegebied

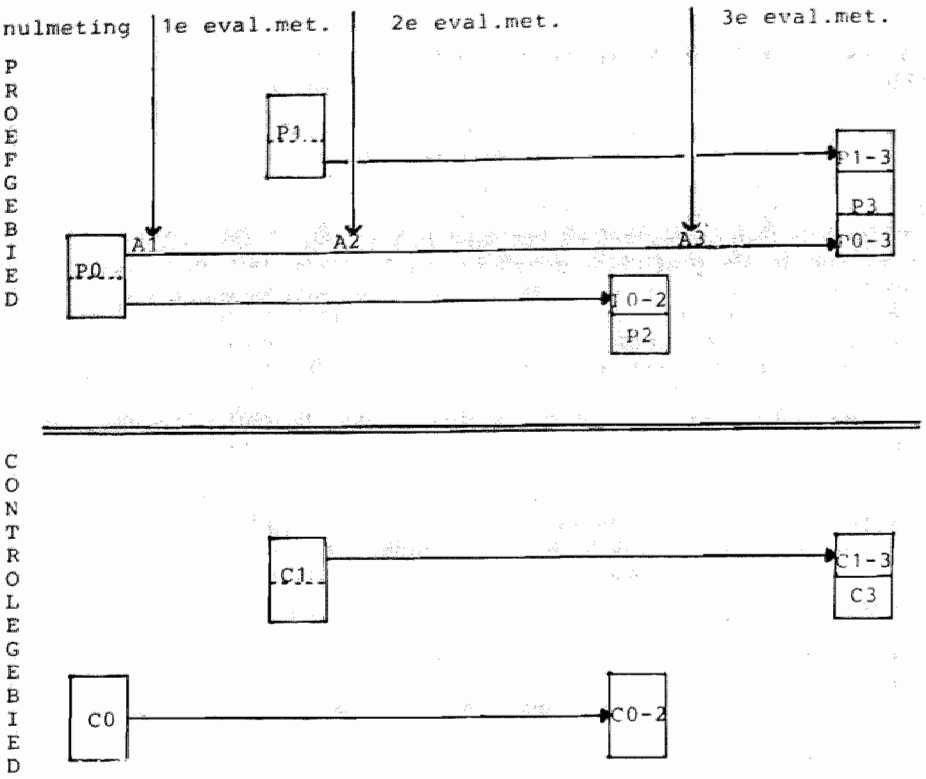
Naast de hoofddoelstelling van het project "omgaan met borstkanker": "verhogen van weerbaarheid tegenover borstkanker", kende het project een nevendoelstelling, nl. nagaan of een verandering van het percentage vrouwen dat borstzelfonderzoek doet ten gevolge van de ondernomen voorlichtingsaktiviteiten ook invloed heeft op het aantal, de soort en de grootte van de in de proefregio gevonden borsttumoren (zie noot 1, hoofdstuk 1).
Om deze registratie uit te voeren is een gebied nodig van ca. 100.000 inwoners wil men daarover uitspraken kunnen doen. Een bijzonder geschikt gebied vormde het Waterweg-Noord gebied omvattende de gemeenten Schiedam, Vlaardingen en Maassluis. Dit gebied telt ca. 200.000 inwoners en heeft verder als voordeel in dit verband dat alle pathologische preparaten van in de regio gevonden borsttumoren in één laboratorium worden onderzocht.
Verder is het van belang dat het gebied een regionaal netwerk heeft van gezondheidszorgvoorzieningen, hetgeen een evenwichtige planning van voorlichtings- en begeleidingsaktiviteiten mogelijk maakt. Ook aan deze voorwaarde werd door het Waterweg-Noordgebied voldaan (zie verder hoofdstuk 6).
Aan dezelfde voorwaarden voldeed de gemeente Dordrecht (ca. 100.000 inwoners), zodat een vergelijking tussen beide gebieden goed mogelijk leek. Een voordeel bij het kiezen van Dordrecht als controlegebied was tenslotte dat hoewel het geografisch gezien niet ver afligt van het proefgebied Waterweg-Noord, het toch een vrij afgegrensd gebied vormt en voor gezondheidszorgvoorzieningen goeddeels op de eigen gemeente is aangewezen.

4.2.3. Wijze van steekproeftrekking

Zowel in de proefregio als in het controlegebied werd, in samenwerking met de afdeling bevolking van de betreffende gemeenten, op a-selecte wijze een steekproef getrokken uit het bevolkingsregister. De totale steekproefomvang bedroeg: Waterweg-Noord:1650 en Dordrecht: 1400.
Bij het vaststellen van de steekproeven die gebruikt zijn bij de verschillende metingen is rekening gehouden met een non-respons van ongeveer 30 procent.

4.2.4. Onderzoeksdesign

Na de beginmeting in april-mei 1980 zijn, zoals gezegd, op een drie-tal tijdstippen enquêtes gehouden in het proefgebied en in het controlegebied.
Bij deze onderzoeken is gekozen voor zowel vergelijking van enquêteresultaten verzameld bij steeds nieuwe van elkaar onafhankelijke steekproeven als herhaalde meting van dezelfde groep (panel-study).
Een belangrijk voordeel van deze combinatie is, dat op deze wijze voor de effecten van het meten (interviewen) gecontroleerd kan worden.
Met een dergelijk effect moet zeker op korte termijn rekening gehouden worden omdat een interview over borstkanker waarschijnlijk een intensieve confrontatie van de respondente met de ziekte geeft. Immers gedurende ca. anderhalf uur wordt direct of indirect over borstkanker en borstzelfonderzoek gesproken. Een ander voordeel van panel-onderzoek is dat nagegaan kan worden of en hoe een bepaalde groep in tijd verandert. In dit geval kan op nauwkeuriger wijze worden nagegaan wat de effecten zijn van de voorlichting over borstkanker.



A1,2,3 = 1e, 2e en 3e voorlichtingscampagne
P= respondenten uit het proefgebied
C= respondenten uit het controlegebied

Opm.: de grootte van ☐ zegt niets over de aantallen respondenten per steekproef.

Figuur 4.2. Onderzoeksdesign

Toelichting: Na de beginmeting in het proefgebied (PO) en het controlegebied (CO) vindt de eerste voorlichtingscampagne plaats in het proefgebied (A1). Na de eerste voorlichtingscampagne, die vier maanden duurt wordt zowel in het proefgebied (P1) als in het controlegebied (C1) een eerste evaluatiemeting verricht. Er is gekozen voor een nieuwe steekproef omdat verwacht wordt dat een panel-studie met een periode van vier maanden tussen de metingen tot relatief te grote intervieweffecten zou leiden. Zoals hiervoor al verondersteld is zal het afnemen van een interview over borstkanker belangrijke (voorlichtings)effecten kunnen hebben. Indien de intervieweffecten groot zijn, dienen ingrijpende transformaties op het panel materiaal te worden uitgevoerd om de voor de intervieweffecten gecorrigeerde data te verkrijgen. De betrouwbaarheid van de dan ter beschikking staande data kan zodanig zijn aangetast, dat interpretatie niet goed mogelijk is. Weliswaar speelt ook na langere tijdsintervallen tussen twee metingen de invloed van het interviewen, verwacht wordt echter dat dat relatief kleiner zal zijn dan bij een korte tussenpoze tussen twee interviews. Na de eerste evaluatiemeting start de tweede voorlichtingscampagne (A2) in het proefgebied. Na afloop van deze campagne (6 maanden) vindt de tweede evaluatiemeting plaats in het proefgebied bij een

nieuwe steekproef (P2) en een panelgroep (PO-2). Laatste groep vrouwen bestaat uit de helft van de daarvoor bij de nulmeting (PO) geïnterviewde vrouwen. Door vergelijking van (PO-2) en (P2) kan gecontroleerd worden op intervieweffecten, dat geldt ook voor de vergelijking (PO-2) --- (P2) ten opzichte van (CO-2). Laatste groep is ook een panelgroep en bestaat uit de gehele groep vrouwen die tien maanden daarvoor al geïnterviewd is (CO). Zij hebben niet aan de voorlichtingsaktiviteiten vanuit het project "omgaan met borstkanker" blootgestaan. Na de 2e evaluatiemeting start de 3e en laatste voorlichtingscampagne (A3) die wordt gevolgd door de slotmeting. In deze meting kan in het proefgebied nagegaan worden of interviewеffecten van vrouwen die dertien maanden daarvoor geïnterviewd zijn (P1-3) verschillen van vrouwen die zeventien maanden daarvoor geïnterviewd zijn. (PO-3) (De PO-3 groep bestaat uit de helft van de PO groep die niet bij PO-2 zijn geïnterviewd).
Daarnaast kan door vergelijking met een nieuwe steekproef (P3) bezien worden in hoeverre er sprake is van een voorlichtings- of een interviewеffect. Gecontroleerd wordt daarbij voor (C1-3) panel-groep en (C3) nieuwe steekproef. In hoofdstuk 7 worden deze effecten nader besproken.

4.3. Responsegegevens

In tabel 4.1. wordt een overzicht gegeven van de responsegegevens voor alle metingen die in het design (figuur 2) vermeld staan.

Tabel 4.1
Respons percentages metingen Waterweg-Noord en Dordrecht

Populatie	Aangeschreven	Response	Respons %	Gecorr.resp.%
P0	559	415	74,2	79,8
P1	300	223	74,3	83,5
P0-2	208	166	79,8	86,5
P2	200	127	63,5	71,3
P1-3	105	84	80,0	86,4*
P3	130	96	73,8	80,7
P0-3	118	93	78,8	86,0*
C0	596	386	64,8	76,1
C1	300	196	65,3	79,4
C0-2	386	306	79,3	85,2
C1-3	130	106	81,5	89,1
C3	130	95	73,8	86,5

* geschatte response percentages. Redenen van non-respons zijn alleen beschikbaar over de panelgroepen tezamen.

In tabel 4.1. is naast het respons-percentage eveneens een gecorrigeerd respons-percentage opgenomen (1). Respons-percentages worden weergegeven om te bezien in hoeverre uitspraken uit onderzoek als representatief kunnen worden beschouwd voor de onderzochte populatie. De invloed van non-respons op de uitkomsten van een enquête hangt volgens Bethlehem en Kersten (1982) niet alleen af van het percentage non-respons maar met name van de verschillen die er bestaan tussen de respondenten en de nonrespondenten voor wat betreft het te onderzoeken verschijnsel. Verder bestaat er niet altijd overstemming over wat tot non-respons gerekend dient te worden en wat niet. Swanborn (1981) stelt dat bij non-respons een onderscheid gemaakt dient te worden tussen non-respondenten die niet kunnen meedoen aan een onderzoek en die niet willen meedoen. Onder degenen die niet kunnen meedoen, vormen degenen die niet thuis zijn de grootste categorie. Verder kunnen mensen doordat ze ziek zijn, invalide, geestelijk gestoord zijn, overleden zijn enz. niet aan onderzoek deelnemen.

De vraag is of mensen die tot de non-responsgroep horen verschillen van degenen die wel meedoen. Een dergelijk vergelijking was op basis van de nul-meting niet mogelijk, omdat geen gegevens (behalve leeftijd) van non-respondenten beschikbaar waren. Een vergelijking had eventueel plaats kunnen vinden op de variabele leeftijd. Swanborn (1980) stelt echter dat ook wanneer op een dergelijke variabele geen verschil wordt gevonden tussen beide groepen de conclusie dat er dan ook geen verschil is op andere variabelen een "gok" blijft.
Het hierboven genoemde gecorrigeerde respons-percentage, corrigeert voor wat o.i., gezien het te onderzoeken verschijnsel (houdingen, gedragingen ten aanzien van borstkanker) niet tot werkelijke non-respons gerekend mag worden. Deze "correcties" worden in de volgende tabel toegelicht, door aan te geven wat onder werkelijke non-respons verstaan wordt.

Tabel 4.2
Redenen van non-respons

Non-respons : weigeringen	P0	P1	P0-2	P2	P0-3 P1-3	P3	C0	C1	C0-2	C1-3	C3
. weigert zonder reden	35	17	5	19	5	4	31	20	20	2	7
. geen zin/tijd/interesse	11	10	10	13	14	7	32	13	23	8	3
. ziekte/sterfgeval	11	2	-	6	2	2	10	4	-	1	-
. heeft zelf kanker	6	-	2	1	-	-	2	1	1	-	-
. mag niet van partner	1	-	1	-	-	-	6	-	-	-	-
. principe/godsdienst	1	-	-	1	-	-	1	-	-	-	-
. (ernstig) ziek	8	2	2	4	3	2	8	-	4	1	1
. vindt zich te oud	10	4	1	3	1	1	7	2	1	-	-
. geëmotioneerd/bang	17	7	2	1	1	2	11	4	3	-	4
. inbreuk op privacy/kwaad	2	-	-	-	-	4	5	-	-	-	-
. onderwerp onbelangrijk	1	-	-	-	-	-	3	-	-	-	-
. niet thuis na afspraak	2	3	2	-	1	1	-	4	-	-	-
totalen	105	44	26	51	28	23	121	51	53	13	15
percentages (1)	20,2	16,5	14,5	28,7	13,6	19,3	23,9	20,6	14,8	10,9	13,5

De overige non-respons die verwerkt is in de gecorrigeerde respons percentages werd in alle onderzoeksgroepen vooral veroorzaakt doordat men nooit thuis was of doordat men verhuisd was. Verder zijn niet tot "werkelijke" non-respons gerekend: respondent overleden, geestelijk gestoord/dement, in buitenland, doof, spreekt geen Nederlands, ligt in ziekenhuis, adres klopt niet.

4.4. Enkele kenmerken van de onderzoeksgroepen

Ten behoeve van de beschrijving van de onderzoeksgroepen worden in onderstaande de percentuele verdelingen gegeven van alle "nieuwe" steekproeven (P0; P1; P2; P3 en C0, C1, C3) op enkele achtergrondsvariabelen. Het betreft de variabelen leeftijd, sociaal-economische status (2) en burgerlijke staat. Met name deze variabelen worden van belang geacht bij de beoordeling van de vergelijkbaarheid van de onderzoeksgroepen. Waar de totaal aantallen van de onderzoeksgroepen niet corresponderen met de in tabel 4.1. genoemde responsaantallen is er sprake van een "geen antwoord" categorie.

Tabel 4.3
Leeftijd, Sociaal economische status en burgelijke staat van de "nieuwe" onderzoeksgroepen (in percentages*).

	0-meting		1e evaluatie		2e evaluatie		eindmeting	
Leeftijd	WWN	DORDT	WWN	DORDT	WWN	DORDT	WWN	DORDT
20-29	21,8	25,4	17,4	28,5	25,9		22,1	22,6
30-39	25,5	23,8	30,0	23,2	21,2	alleen	25,3	25,8
40-49	21,2	18,4	20,2	20,9	18,0	panel	16,8	22,6
50-59	15,5	13,8	19,2	10,8	15,7	groep	13,7	8,6
60-69	11,1	11,4	9,4	11,3	13,4		12,6	11,9
70-	4,9	7,0	3,8	5,4	5,5		9,5	8,6
	n=412	n=385	n=213	n=196	n=127		n=95	n=93
SES	WWN	DORDT	WWN	DORDT	WWN	DORDT	WWN	DORDT
1 laag	32,4	32,2	32,7	32,3	36,2		36,5	41,1
2	21,8	16,2	20,6	16,7	17,3	alleen	12,5	10,5
3	23,5	24,3	24,3	29,7	24,4	panel	30,2	28,4
4	12,7	14,4	15,0	13,0	8,7		15,7	12,6
5 hoog	9,6	12,8	7,5	8,3	13,4	groep	5,2	7,4
	n=408	n=382	n=214	n=142	n=127		n=96	n=95
Burgerl.staat	WWN	DORDT	WWN	DORDT	WWN	DORDT	WWN	DORDT
gehuwd/samenw.	81,8	76,6	84,6	76,0	76,4		80,2	71,6
weduwe	5,8	8,6	4,2	8,7	10,2	alleen	12,5	11,6
gescheiden	3,9	5,2	3,3	5,6	3,9	panel	2,1	7,4
ongeh./n.samenw.	10,5	9,6	7,9	9,7	9,4		5,2	9,4
	n=411	n=385	n=214	n=196	n=127	groep	n=94	n=95

* waar de som van de percentages per onderzoeksgroep niet gelijk is aan 100% is dit toe te schrijven aan de afrondingsprocedure

Op basis van voorgaande tabel wordt de conclusie getrokken dat de onderzochte groepen op leeftijd, sociaal economische status en burgerlijke staat, in redelijke mate met elkaar te vergelijken zijn. Hoewel er per categorie binnen de genoemde variabelen soms wat verschillen optreden in percentages zijn de percentagepatronen per variabele bij de onderzoeksgroepen vrijwel gelijk.
Voor wat betreft de leeftijdsverdeling is een vergelijking gemaakt van de leeftijdsopbouw van de deelpopulaties uit de O-meting (PO en CO) met die van de totale vrouwelijke bevolking. Dit is van belang voor de generaliseerbaarheid van de onderzoeksresultaten naar volwassen vrouwen (ouder dan 20 jaar) in Nederland.
De Nederlandse cijfers zijn gebaseerd op de leeftijdsopbouw in 1980. (steekproef voor O-meting vond toen plaats). (CBS 1981)

Tabel 4.4
Leeftijdsopbouw steekproeven Waterweg-Noord en Dordrecht in vergelijking met die van de Nederlandse vrouwelijke bevolking in 1980 (CBS, 1981)

	0-meting WWN		0-meting DORDT		Nederland	
Leeftijd	%	cum.%	%	cum.%	%	cum.%
20-29	21,8	21,8	25,4	25,4	23,3	23,3
30-39	25,5	47,3	23,8	49,2	21,1	44,4
40-49	21,2	68,5	18,4	67,6	15,9	60,3
50-59	15,5	84,0	13,8	81,4	14,8	75,1
60-	16,0	100,0	18,4	99,8	24,8	99,9

In de vergelijking valt op dat de twee populaties in de onderzoeksgebieden redelijk gelijk zijn in leeftijdsopbouw. Ten opzichte van de Nederlandse cijfers zijn de oudere vrouwen (60 +) enigszins ondervertegenwoordigd in de steekproef. Hier dient bij het doen van algemene uitspraken rekening mee gehouden te worden.

4.5. Wijze van benaderen van respondenten

Direct na de steekproeftrekking uit de bevolkingsregisters (januari 1980) van de gemeenten Schiedam, Vlaardingen en Maassluis en Dordrecht zijn vrouwen aangeschreven met het verzoek deel te nemen aan een onderzoek waarin hen vragen gesteld zouden worden over opvattingen over gezondheid en ziekte in het algemeen en (borst)kanker in het bijzonder. Hen werd meegedeeld dat zij door het trekken van een steekproef uit het bevolkingsregister bij toeval waren geselecteerd om aan het onderzoek mee te doen. Dit is benadrukt omdat het krijgen van een uitnodigingsbrief met als briefhoofd "Omgaan met Borstkanker" met name ongerustheid zou kunnen bewerkstelligen bij diegenen die op dat moment of in het verleden op enigerlei wijze met kanker waren geconfronteerd.
Verder is de aangeschrevenen meegedeeld dat het interview ongeveer één à anderhalf uur in beslag zou nemen en dat ze daarvoor thuis benaderd zouden worden door een interviewster.
Aangeschreven vrouwen die meer informtie wensten of absoluut niet benaderd wensten te worden konden dat telefonisch kenbaar maken. Tijdens kantooruren was er op een speciaal daarvoor gecreëerd projectadres (in Vlaardingen) steeds iemand aanwezig. Op de mogelijkheid meer informatie te vragen en/of kenbaar te maken dat men kon bellen om "zich af te melden" is overigens in de brief niet gewezen.
Daarop zijn alle aangeschrevenen door de interviewsters thuis benaderd. Wanneer de respondent niet thuis getroffen werd, probeerden de interviewsters de respondent op een ander tijdstip nog eens te benaderen. De interviewsters zijn gevraagd dit indien nodig maximaal drie maal te proberen. Wanneer de respondenten afgelegen woonden en de respondent werd na één maal bezoeken niet thuis getroffen, mochten de interviewsters ook trachten telefonisch een afspraak te maken. Interviewsters zijn niet aangemoedigd de respondenten meteen al telefonisch te benaderen, omdat verondersteld is dat dat de kans op non-respons zou verhogen.

4.6. De inhoud van het interview en de vragenlijst

In alle metingen is voor het verzamelen van gegevens gekozen voor een combinatie van een mondeling interview en een schriftelijke vragenlijst. De redenen hiervoor waren op de eerste plaats tijdsbesparing (de vragenlijst in zijn geheel mondeling afnemen zou te tijdrovend zijn) en op de tweede plaats het zoveel mogelijk vermijden van sociaal wenselijke antwoorden. In het schriftelijke gedeelte van de vragenlijst zijn juist die vragen opgenomen die een hoge kans hebben sociaal wenselijk beantwoord te worden. De neiging tot het geven van sociaal wenselijke antwoorden zal kleiner zijn, zo wordt verondersteld, wanneer de vragen schriftelijk beantwoord kunnen worden. Het schriftelijke gedeelte is steeds ongeveer halverwege het interview, in het bijzijn van de interviewster, ingevuld. Tenslotte vormt het afnemen van een schriftelijk lijst een goede afwisseling in een vrij lang mondeling interview. Het interview en de vragenlijst zijn hoofdzakelijk gestructureerd van aard. In het interview werden slechts enkele "open" vragen gesteld, in de schriftelijke vragenlijst alleen gesloten vragen. In de eerste meting zijn in het interview (en de schriftelijke vragenlijst) vragen gesteld over (3):

1. Sociaal demografische kenmerken:
   - leeftijd
   - burgerlijke staat
   - het hebben van een beroep (full- of part-time)
   - beroep partner
   - opleidingsniveau van partner en respondent.

2. Sociale participatie
   - lidmaatschap van verenigingen
   - omgang met familie; vrienden/kennissen, buren en collega's (buiten werktijd).

3. Houding ten aanzien van voorlichting over borstkanker
   - op direkte wijze gemeten d.m.v. semantische differentiaal schalen
   - op indirekte wijze gemeten door te vragen naar "beliefs" en evaluatie van kenmerken van "beliefs".

4. Houding ten aanzien van borstzelfonderzoek
   - op direkte én indirekte wijze gemeten.

5. Houding ten aanzien van borstamputatie
   - op indirekte wijze gemeten.

6. Subjectieve norm m.b.t. voorlichting over borstkanker
7. Subjectieve norm m.b.t. doen van borstzelfonderzoek
8. Subjectieve norm t.a.v. tijdig raadplegen van de huisarts bij borstklachten
9. (Intenties tot) informatiezoekend gedrag i.v.m borstkanker
10. (Intenties tot) het doen van borstzelfonderzoek
11. (Intenties tot) het tijdig raadplegen van de huisarts bij borstklachten
12. Praten over gezondheid en ziekte
13. Kennis over borstkanker
14. Behoefte aan informatie over borstkanker
15. De mate van interne vs externe beheersing (Health Locus of Control)
16. Angst (toestandsangst en persoonsgebonden angst)
17. Vroegere ervaringen ten aanzien van (borst)kanker.

In vervolgmetingen in het proefgebied en het controlegebied is zowel bij het interview als in de schriftelijke vragenlijst een aantal vragen niet meer gesteld, bijgesteld, en/of toegevoegd. Zo zijn er in de evaluatiemetingen bijvoorbeeld vragen toegevoegd die in kaart moesten brengen waar en in welke mate het gedistribueerde voorlichtingsmateriaal is waargenomen.
Op grond van analyses (zie bijlage 5.1. en 5.2.) zijn de schalen die Health Locus of Control meten en angst (toestands- en persoonsgebonden angst) bijgesteld. In de tijdens het interview afgenomen schriftelijke vragenlijst zijn met name vragen gesteld zoals genoemd onder 4,7,10,13,16 en 17.

Voorafgaand aan de eerste meting is met de vragenlijst een zes-tal proefinterviews gehouden. De bedoeling hiervan was vooral na te gaan of de formuleringen van de vragen wel klopten en of de vragen begrepen werden. Naar aanleiding van de proefinterviews werd een aantal vragen geëlimineerd en werden andere bijgesteld.

4.7. Werving en instructie van de interviewsters

In totaal zijn 69 interviewsters geworven om de vragenlijsten af te nemen. (Waterweg-Noord 39; Dordrecht 30). In de regio Waterweg-Noord werden deze interviewsters gerecruteerd uit het ledenbestand van de plaatselijke

verenigingen van de Vereniging tot steun aan het Koningin Wilhelmina Fonds (KWF); in Dordrecht voornamelijk uit leden van de Vrouwenraad. Deze vrouwenraad is benaderd nadat het om onbekende redenen niet mogelijk bleek in Dordrecht vrouwelijke KWF-leden bereid te krijgen te gaan interviewen. Bij de selectie van interviewsters is voorkeur gegeven aan vrouwen met een middelbare school-opleiding en interviewervaring.
In de training is, met name bij de interviewsters uit het Waterweg-Noord gebied sterk benadrukt het feit dat ze lid zijn van de Vereniging tot steun aan het Koningin Wilhelmina Fonds bij het interviewen te vergeten. Dit om te voorkomen dat ze op enigerlei wijze het "belang van de kankerbestrijding" zouden gaan verkondigen aan respondenten. Sommigen van deze vrouwen zijn actief collectant van het KWF en wilden dan ook beslist geen vergoeding voor interviews die met subsidie van het KWF betaald wordt. Vrouwen die erop stonden niet betaald te worden zijn niet als interviewsters gerecruteerd. Het interviewen voor het onderzoek is door de onderzoeker als een puur zakelijke aangelegenheid opgevat. Wanneer een interviewster niet blijkt te voldoen moet de onderzoeker haar, op grond van het feit dat ze betaald wordt om de interviews te doen, voor haar diensten kunnen bedanken. Dat is moeilijker als het interviewen gebeurt "om niets".
Vóór de start van de nul-meting hebben beide groepen interviewsters een drie-daagse interviewtraining gevolgd. In deze training is:
- algemene informatie gegeven over het houden van mondelinge interviews;
- de vragenlijst uitvoerig besproken;
- rollenspel gedaan.

Deze trainingen zijn, in een kortere versie, vóór iedere nieuwe meting herhaald.
Deze bijeenkomsten zijn noodzakelijk om wijzigingen in de vragenlijst te bespreken, alsmede bepaalde problemen die zich bij het afnemen van de vorige interviews hebben voorgedaan. Tevens zijn op deze bijeenkomsten de adressen verdeeld.

Voor een goed verloop van de interviewrondes is de motivatie van de interviewsters uiteraard van doorslaggevend belang.
Teneinde de inzet van deze vrijwilligsters op peil te houden, zijn na afloop van de interviewrondes "napraatbijeenkomsten" gehouden. Er bleek een grote behoefte te bestaan aan het uitwisselen van interviewervaringen.
Het belastend effect van "probleem-verhalen" waarmee interviewsters juist bij een interview over een dergelijk onderwerp geconfronteerd worden, dient niet te worden onderschat.
Voorts boden deze "napraatbijeenkomsten" een goede gelegenheid de interviewsters op de hoogte te houden van de projectaktiviteiten.
Interviewsters hebben de respondenten slechts één maal geïnterviewd; in de panel-studies werd er voor gezorgd dat een interviewster een respondent niet voor een tweede keer bezocht. Dit om de kans op sociaal wenselijke antwoorden bij een tweede interview zo klein mogelijk te houden.

4.8. Deelstudies

Buiten de algemene evaluatiemetingen is er een aantal additionele metingen verricht waarbij is getracht na te gaan of de voorlichtingsaktiviteiten tot een toename leidde van de frequentie waarmee hulpverleners in de eerste lijn (huisartsen en wijkverpleegkundigen) geraadpleegd worden met borstklachten. Daartoe is een borstklachtenregistratie bij huisartsen en wijkverpleegkundigen in het proefgebied en in het controlegebied opgezet. De klachtenregistraties zijn mede opgezet om eventuele ongewenste gevolgen van de voorlichting tijdig te kunnen signaleren.

Verder is bij het telefoonbaken van het Integraal Kanker Centrum Rotterdam (een voorlichtingsvoorziening in het Waterweg-Noord gebied) een registratie opgezet. Die was erop gericht te achterhalen of en in hoeverre de bevolking van het Waterweg-Noordgebied het IKR benadert met vragen over borstkanker en borstzelfonderzoek naar aanleiding van de voorlichtingsaktiviteiten vanuit het project. In bijlage 7.4. wordt kort ingegaan op de resultaten van deze registratie.
Tenslotte is een tweetal deelonderzoeken uitgevoerd, één naar kennis en opvattingen m.b.t. borstkanker onder wijkverpleegkundigen en een experiment m.b.t. gebruik van voorlichtingsfolders in wachtkamers bij huisartsen. Beide deelonderzoeken kwamen voort uit zich tijdens het project voordoende vragen. Zij worden besproken in hoofdstuk 6.

4.9. Samenvatting en conclusies

In dit hoofdstuk is een verantwoording gegeven van de onderzoeksmethoden die gebruikt zijn bij de nulmetingen en de daaropvolgende evaluatiemetingen in het Waterweg-Noordgebied (proefregio) en Dordrecht (controlegebied). Doel van deze metingen is respectievelijk te achterhalen in hoeverre variabelen die voor dit onderzoek geselecteerd zijn met elkaar samenhangen en een verklaring kunnen geven voor gedrag m.b.t. borstkanker (nulmeting). Anderzijds is het doel van de metingen (nulmeting en evaluatiemetingen) te achterhalen wat de effecten zijn van voorlichtingsaktiviteiten op kennis houdingen en gedragingen m.b.t. inwinnen van informatie over borstkanker en het doen van borstzelfonderzoek.
De response percentages zijn voor sociaal wetenschappelijk onderzoek zeker gezien het onderwerp vrij goed te noemen. "Gecorrigeerde" responsepercentages schommelen voor de diverse metingen rond de 80%.
De onderzoeksgroepen zijn op een aantal sociaal-demografische variabelen met elkaar vergeleken en op grond daarvan redelijk vergelijkbaar bevonden. Op grond van hun onderlinge vergelijkbaarheid zijn de onderzoeksgegevens van de nulmeting in het proefgebied en het controlegebied samengenomen ter beantwoording van de eerste vraagstelling van dit proefschrift. In hoofdstuk 5 zal daar verder op worden ingegaan.
Naast een opsomming van onderwerpen die in de gebruikte vragenlijsten aan de orde zijn gekomen wordt kort ingegaan op de wijze waarop de metingen georganiseerd en uitgevoerd zijn.

noot 1
De gecorrigeerde respons is als volgt berekend:

Gecorrigeerde respons= $\frac{\text{respons}}{\text{aangeschreven- "oneigenlijke non-respons".}}$

noot 2
De variabele sociaal economische status is samengesteld uit de indicatoren: beroep van respondent, beroep van partner, opleiding van respondent en opleiding van partner.
Het beroep van de vrouwen en van de partner is gemeten naar de vereiste verstandelijke aanleg en het beroepsniveau volgens de "Beroepenklapper" van het Instituut voor Toegepaste Sociale te Nijmegen (1975). Hierin worden de volgende categorieën onderscheiden:

Vereiste verstandelijke aanleg	Beroepsniveau
1. zeer eenvoudige arbeid	1. ongeschoolde arbeid
2. eenvoudige arbeid	2. geschoolde arbeid
3. enigszins ingewikkelde arbeid	3. lagere employees
4. vrij ingewikkelde arbeid	4. kleine zelfstandigen
5. ingewikkelde arbeid	5. middelbare employees
6. zeer ingewikkelde arbeid	6. hogere beroepen
7. arbeid op wetenschappelijke grondslag.	

Hierop is een herindeling gevolgd:

Vereiste verstandelijke aanleg	Beroepsniveau
1,2 --- 1	1,2 --- 1
3,4 --- 2	3,4 --- 2
5,6,7 --- 3	5,6 --- 3

Vervolgens is besloten in verband met de gevonden samenhang tussen deze variabelen één variabele beroep voor de vrouw en één voor de partner samen te stellen:

Vereiste verstandelijke aanleg	Beroepsniveau	Beroep
1	1	2
2	1	3
1	2	3
3	1	4
2	2	4
1	3	4
3	2	5
2	3	5
3	3	6

Indien geen beroep werd uitgeoefend werd de waarde beroep=1 toegevoegd.

Opleiding
De opleiding van de vrouw en van de partner is als volgt ingedeeld:

1. lager onderwijs/voortgezet lager onderwijs (vglo)
2. lo/vglo + part-time opleiding
3. lager beroepsonderwijs/huishoudschool
4. lbo/huishoudschool + part-time opleiding
5. ulo/mavo/havo/paar jaar atheneum of hbs

6. ulo/mavo/havo/ paar jaar atheneum of hbs + part-time opleiding
7. atheneum/hbs/vwo/gymnasium/mbo
8. hoger beroepsonderwijs (hbo)
9. universiteit/hoge school.

Er is een herindeling gemaakt: 1 - 3 ----- 1
4 - 6 ----- 2
7 - 9 ----- 3

Sociaal economische status (S.E.S.)

In een kruistabel zijn de samenhangen tussen de twee beroeps- en de twee opleidingsvariabelen bestudeerd. Rekening houdend met geconstateerde samenhangen is een S.E.S. - variabele opgesteld met een vijftal schaalwaarden:

opleiding vrouw	opleiding partner	beroep vrouw	S.E.S.
1	1	1-4	1
2	1		2
1	1	5-6	2
1	2	1-4	2
3	1		3
2	2		3
1	2	5-6	3
1	3	1-4	3
3	2		4
2	3		4
1	3	5-6	4
3	3		5

Respondenten die op één of meer variabelen geen score toegewezen hebben gekregen, zijn te verdelen in de groepen:
1. bezitten geen partner en hebben geen beroep (10% van de respondenten)
2. bezitten geen partner en hebben een beroep (ongeveer 9%)
3. hebben een partner die een beroep heeft, maar hebben zelf geen beroep (ongeveer 34%)
4. hebben een partner die geen beroep heeft, maar hebben zelf een beroep (ongeveer 4%)
5. hebben een partner die geen beroep heeft, en hebben zelf ook geen beroep (ongeveer 8%).

Het beroep van de partner wordt niet in de S.E.S.-score verwerkt, waardoor groep 4 geen probleem vormt voor S.E.S.-bepaling.
De respondent in de groepen 3 en 5 worden op grond van opleiding vrouw en opleiding partner een S.E.S.-score toegewezen, zodanig dat indien de opleiding van de vrouw een score gelijk aan 1 heeft, de score overeenkomt met het gebied beroep vrouw scores 1-4.
Bij groep 2 wordt om S.E.S.-score-bepaling mogelijk te maken een vervangende score opleiding partner toegekend die gelijk is aan de score op de opleiding vrouw-variabele.
Bij groep 1 is alleen de opleiding van de vrouw bekend. Op dezelfde wijze als bij groep 2 is een vervangingsscore op opleiding partner bepaald. Indien de opleiding vrouw score=1 is, wordt een S.E.S.-waarde 1 toegekend. Het beroep van de vrouw als variabele is buiten beschouwing gelaten.

Noot 3
De formuleringen van de vragen in de diverse metingen d.m.v. interviews en schriftelijke vragenlijsten, alsmede de antwoordscores zijn opvraagbaar bij de onderzoeker.

HOOFDSTUK 5

DETERMINANTEN VAN INFORMATIEZOEKEND GEDRAG EN HET DOEN VAN BORSTZELFONDERZOEK : RESULTATEN

5.1. Inleiding

In dit hoofdstuk zal getracht worden een antwoord te formuleren op de in hoofdstuk 1 geformuleerde eerste vraagstelling van deze studie:

"Welke gedragsdeterminanten spelen een directe en/of indirecte rol bij het verklaren van informatiezoekend gedrag rond borstkanker en het doen van borstzelfonderzoek".

Bij de beschrijving van de onderzoeksdata die ter beantwoording van deze vraag gebruikt zijn, zal worden uitgegaan van het theoretisch model van Fishbein & Ajzen , zoals afgebeeld in figuur 3.1 van hoofdstuk 3. Dat wil zeggen dat relaties worden beschreven van de in dit model genoemde variabelen met de twee typen gedragingen zoals genoemd in de eerste vraagstelling. Deze relaties worden onderzocht op de data die verkregen zijn uit de nul-meting van het in deze studie beschreven evaluatie-onderzoek. De gegevens van de vragenlijsten van de respondenten uit het proefgebied (n=415) en uit het controlegebied (n=386) worden hiertoe samengevoegd zodat een totale onderzoekspopulatie van n=801 wordt verkregen. Uit de antwoorden op de in de interviews van de nul-meting gestelde vragen blijkt dat er geen belangrijke verschillen bestaan tussen de beide onderzoekspopulaties zodat deze goed met elkaar te vergelijken zijn. Deze vergelijkbaarheid is van belang in verband met de vereiste gelijke uitgangspositie teneinde het effect van de in hoofdstuk 6 te beschrijven voorlichtingsinterventies in het proefgebied te meten. De goede vergelijk-baarheid rechtvaardigt in dit hoofdstuk de presentatie van de resultaten over de twee onderzoekspopulaties tezamen genomen.

In paragraaf 5.2. zal eerst een beschrijving worden gegeven van de in de analyse betrokken variabelen. Daarna zal in paragraaf 5.3. aangegeven worden welke de gevonden verbanden zijn tussen de in het model van Fishbein en Ajzen genoemde "hoofdvariabelen" (attitude, subjectieve norm en gedragsintentie). Naast bi-variate correlatie-coëfficienten zal gebruik gemaakt worden van Multiple correlatie-coëfficienten teneinde aan te geven wat de gevonden relatieve waarde van de twee onafhankelijke variabelen (attitude en subjectieve norm) is bij het verklaren van gedrag(s intentie). In paragraaf 5.4. zal beschreven worden wat de gevonden samenhangen zijn tussen "hoofdvariabelen" als afhankelijke variabelen en de externe variabelen als onafhankelijke variabelen. Vervolgens worden enkele relevante onderlinge samenhangen tussen verschillende externe variabelen beschreven in paragraaf 5.5. In paragraaf 5.6. tenslotte wordt dit hoofdstuk samengevat en worden enkele conclusies getrokken.

5.2. Beschrijving van de belangrijkste variabelen (1)

5.2.1. Inleiding

In deze paragraaf worden de variabelen uit het onderzoek besproken die van belang worden geacht bij de beantwoording van de eerste vraagstelling. Bij de bespreking zal van rechts naar links in het model, gepresenteerd in figuur 3.1. (hoofdstuk 3), worden gewerkt.

Voor de operationalisering van de variabelen uit het model van Fishbein & Ajzen (1975) is gebruik gemaakt van literatuurgegevens en zijn een veertig-tal oriënterende gesprekken gevoerd met deskundigen op het gebied van onderzoek, behandeling, voorlichting en begeleiding met betrekking tot borstkanker. De oriëntatie is met name van belang geweest bij de selectie van saillant geachte beliefs ter bepaling van attituden en subjectieve

normen m.b.t. borstkanker. Bij de bespreking van de variabelen zal niet steeds weer worden aangegeven, hoe selectie van beliefs en andere indicatoren tot stand is gekomen.
De in dit hoofdstuk besproken houdingsvariabelen en de gedragsintentievariabele m.b.t. het inwinnen van informatie betreffen samengestelde variabelen die door sommering van items tot stand zijn gekomen. Alvorens te sommeren zijn over de samenstellende items alpha coëfficiënten ter bepaling van interne consistentie berekend. Voor de samengestelde variabelen geldt dat deze coëfficiënten tussen α = . 68 en α = . 82 liggen.

5.2.2. Het doen van borstzelfonderzoek en de intentie tot het doen borstzelfonderzoek

Aan de respondenten is de volgende vraag voorgelegd: Onderzoekt u wel eens uw borsten? De antwoordpercentages worden in tabel 5.1. weergegeven.

Tabel 5.1
Onderzoekt u wel eens uw borsten?

	%	
nooit	24,8	
1 x per jaar	8,9	
1 x per 2-3 maanden	25,7	
1 x per maand	22,7	
1 x per week	8,7	
elke dag	1,5	
anders*	7,6	
	100,0 n=797	(missing: 4)

* anders= b.v. "onder de douche", "af en toe" e.d.

Bijna 25% van de ondervraagden geeft aan nooit borstzelfonderzoek te doen. Verschillende studies hebben gegevens vermeld m.b.t. de mate waarin borstzelfonderzoek verricht wordt door vrouwen (Van den Heuvel, 1977; Stillman, 1977; Strax, 1974). Het percentage waarin vrouwen aangeven 1 x per maand borstzelfonderzoek te doen varieert steeds van 18-25%. Van den Heuvel (1977) uitte de twijfel of vrouwen die zeggen borstzelfonderzoek te doen dit wel op de juiste wijze verrichten; z.i. is het percentage vrouwen dat werkelijk (d.w.z. op de voorgeschreven wijze) borstzelfonderzoek verricht lager. In dit onderzoek is een aantal extra (controle) vragen over borstzelfonderzoek opgenomen om na te gaan of deze twijfel gegrond is.
Een eerste controlevraag betreft de frequentie waarmee het zelfonderzoek verricht wordt. Hoewel in het voorlichtingsproject gestimuleerd wordt 1 x per maand borstzelfonderzoek te doen, worden in dit kader de antwoordcategorieën 1 x per maand en 1 x per twee à drie maanden samengenomen. Door sommige huisartsen wordt aanbevolen 1 x per twee maanden zelfonderzoek te doen. Als controlevragen zijn voorts gesteld de vragen: "Hoeveel tijd besteedt u per keer ongeveer aan het zelfonderzoek?" (aantal minuten). Wanneer borstzelfonderzoek verricht wordt op de wijze waarop het in dit project gepropageerd wordt, dan kost dat miminaal 10 minuten. Verder zijn twee vragen opgenomen die enig inzicht kunnen geven in de vraag of het zelfonderzoek "volledig" wordt uitgevoerd. Deze vragen die

ook gebruikt zijn voor de bepaling van de variabele "kennis over borstzelfonderzoek" luiden: "bij borstzelfonderzoek moet je ook je borsten voor de spiegel bekijken" en "bij borstzelfonderzoek moet je ook je oksels onderzoeken".
Als gecontroleerd wordt voor frequentie waarmee borstzelfonderzoek verricht wordt (1 x per maand of 1 x per twee à drie maanden), kennis over borstzelfonderzoek en bestede tijd aan het onderzoek (tenminste 10 minuten) dan blijkt slechts 10,2 % van de ondervraagde vrouwen op juiste wijze borstzelfonderzoek te doen.
Dit correspondeert ongeveer met het percentage vrouwen dat aangeeft wel eens een instructie over borstzelfonderzoek te hebben gehad (13,3 % ; n=796).
Ruim 50% van de ondervraagde vrouwen geeft aan te denken dat ze precies weten hoe borstzelfonderzoek gedaan moet worden.

Aan degenen die vermelden nooit of vrijwel nooit borstzelfonderzoek te doen, is gevraagd of zij van plan zijn dit in de toekomst te gaan doen. Deze vraag is van belang om zicht te krijgen op het percentage vrouwen dat wellicht nog geen borstzelfonderzoek doet maar mogelijk met stimuli vanuit voorlichting aangezet kan worden tot het doen van borstzelfonderzoek.

Tabel 5.2
Intentie tot het doen van borstzelfonderzoek

	%
ja, zeker	8,8
ja, ik denk het wel	34,6
weet niet	24,3
nee, ik denk het niet	19,5
nee, zeker niet	12,9
	100,0 n=225

De tamelijk positieve antwoorden op deze vraag moeten met enige voorzichtigheid worden bekeken. "Sociale wenselijkheid" kan hier in de antwoorden een rol spelen. Immers, vrouwen die eerst nog zeiden "nooit" borstzelfonderzoek te doen, verklaren nu (8,8%) met grote stelligheid, zonder dat daar een directe aanleiding voor is "zeker" borstzelfonderzoek te gaan doen.

De bereidheid borstzelfonderzoek te doen zal in ieder geval moeten samengaan met de intentie een arts te raadplegen ingeval men borstklachten heeft of een afwijking in de borst zou vinden. Deze intentie blijkt inderdaad bij de respondenten aanwezig. Ruim 90% van de ondervraagden (n=798) zegt het waarschijnlijk tot zeer waarschijnlijk te vinden de huisarts te raadplegen in geval men een afwijking in de borst vindt en/of men borstklachten heeft; 7,4% weet niet wat men zou doen. Bijna 20 respondenten (2,2%) achten het onwaarschijnlijk tot zeer onwaarschijnlijk in een dergelijke situatie aktie te ondernemen door een professionele hulpverlener te raadplegen.

5.2.3. Houding ten aanzien van borstzelfonderzoek

Attituden m.b.t. het doen van borstzelfonderzoek zijn op directe en op indirecte wijze gemeten (2).
Met betrekking tot de attitudemeting op indirecte wijze zijn ten aanzien

van borstzelfonderzoek in de vragenlijst de volgende overtuigingen opgenomen: (3)

1. door borstzelfonderzoek kan ik borstkanker in een vroeg stadium opsporen;
2. door borstzelfonderzoek leer je je eigen lichaam beter kennen;
3. door borstzelfonderzoek draag ik zelf bij tot het instandhouden van mijn gezondheid;
4. borstzelfonderzoek stelt mij gerust.

Met de daarbij behorende evaluaties:

- borstkanker in een vroeg stadium opsporen is voor mij....
- je lichaam beter leren kennen is voor mij .....
- zelf een bijdrage leveren aan het instandhouden van mijn gezondheid is voor mij...
- dat iets mij geruststelt is voor mij.....

Na sommering van de b (beliefs) x e (evaluaties) produkten (4), kan de maximale positieve score + 84 en de minimale score -84 bedragen (zie voor berekening: noot 2).

Tabel 5.3
Indirect gemeten houding ten aanzien van borstzelfonderzoek

zeer positief	(57 tot 84)	40,6
vrij positief	(29 tot 56)	42,3
positief	(1 tot 28)	16,5
neutraal	(0)	0,1
negatief	(-28 tot -1)	0,5
vrij negatief	(-56 tot -29)	-
zeer negatief	(-84 tot -57)	-
	100,0	n=783 (missing: 18)

Bovenstaande geeft aan, dat de ondervraagde vrouwen in het algemeen positief tot zeer positief scoren. Slechts een half procent staat negatief tegenover borstzelfonderzoek. Ook bij directe attitudemeting wordt een dergelijke "scheve" verdeling gevonden.
Directe attitudemeting is verricht door respondenten te laten scoren op een zevenpuntschaal met de extremen: ik vind borstzelfonderzoek:
heel goed - heel slecht;
heel zinvol - heel zinloos;
heel waardevol - heel waardeloos;
heel verstandig - heel onverstandig;
heel belangrijk - heel onbelangrijk.
Deze Likert schalen lopen van + 3 maximale score naar - 3 minimale score: maximale gesommeerde score is + 15; minimale gesommeerde score is -15).

Tabel 5.4
Direct gemeten houding ten aanzien van borstzelfonderzoek

	score	%
zeer positief	(11 tot 15)	45,9
vrij positief	(6 tot 10)	34,6
positief	(1 tot 5)	13,4
neutraal	(0)	5,3
negatief	(-5 tot -1)	0,8
vrij negatief	(-10 tot -6)	-
zeer negatief	(-15 tot -11)	-
	100,0	n= 791 (missing: 10)

5.2.4. Subjectieve normen m.b.t. het doen van borstzelfonderzoek (5)

Ter bepaling van normatieve overtuigingen ten aanzien van borstzelfonderzoek is aan de respondenten een drietal uitspraken voorgelegd:
Mijn partner vindt dat ik borstzelfonderzoek moet doen, mijn huisarts vindt dat ik borstzelfonderzoek moet doen, mijn vrienden en kennissen vinden dat ik borstzelfonderzoek moet doen.
De "motivation to comply" is bepaald door respondenten te laten aangeven hoe belangrijk zij de mening van voornoemde drie belangrijke anderen achten (conform de evaluatieschalen).
Bij het meten van subjectieve normen ten aanzien van borstzelfonderzoek, doet zich een probleem voor. Subjectieve normen of "de invloed van signifikante anderen" is namelijk niet steeds op dezelfde wijze bepaald. De reden hiervan is, dat verschillende respondenten geen partner hebben. Derhalve is een vergelijking gemaakt tussen de scores die de produkten van "normatieve beliefs" x "motivation to comply" (nb x mc) aangeven voor drie (partner + huisarts + vrienden en kennissen) signifikante anderen en voor twee signifikante anderen (huisarts + vrienden en kennissen).
De maximale score van "nb x mc" voor drie signifikante anderen bedraagt: 3 x (7 x 3) = 63 ; de minimale score 3 x (7 x -3) = - 63.
Voor twee signifikante anderen bedragen de minimale en maximale scores resp. 41 en -41 (zie ook noot 4). De totale spreiding in scores op "drie signifikante anderen (2 x 63) en "twee signifikante anderen" (2 x 41) zijn verdeeld in zeven gelijke klassen, die lopen van zeer positief naar zeer negatief.

Tabel 5.5
Vergelijking van invloed van drie en twee signifikante anderen ten aanzien van borstzelfonderzoek (nb x mc).

	partner vrienden en kennissen (%)		partner vrienden kennissen en huisarts (%)		
zeer positieve invloed	13,4		7,8		
vrij positieve invloed	27,9		28,4		
positieve invloed	40,3		26,6		
neutraal	6,0		26,7		
negatieve invloed	11,0		8,4		
vrij negatieve invloed	1,1		1,4		
zeer negatieve invloed	0,3		0,7		
	100,0	n=629	100,0	n=779	(missing: 22)

Bovenstaande tabel heeft betrekking op de gehele populatie (n=779) en op een subpopulatie binnen deze groep (n=629) van respondenten die aangeven wel een partner te hebben.
Anders gezegd, 150 respondenten geven aan geen partner te hebben. De tabel maakt duidelijk dat de gepercipieerde invloed vanuit de omgeving op het doen van borstzelfonderzoek positief is. De invloed van de partner is duidelijk positief. Wanneer gepercipieerde invloeden "met partner" en "zonder partner" met elkaar vergeleken worden, dan treedt er een verschil in positieve richting ten aanzien van "met partner" op van bijna 19% (gepercipieerde positieve invloed vanuit omgeving incl. partner: 13,4% + 27,9% + 40,3% = 81,6%; excl. partner: 7,8% + 28,4% + 26,6% = 62,8%).

5.2.5. Intentie tot informatiezoekend gedrag

In dit verband wordt alleen de intentie, of beter nog, de gerapporteerde bereidheid, om informatie over borstkanker in te winnen weergegeven. Na de start van de voorlichtingsaktiviteiten wordt bezien in hoeverre vrouwen ook daadwerkelijk aktief zijn in het inwinnen van informatie.

De intentie tot het inwinnen van informatie is gemeten met behulp van de volgende drie indicatoren: (6)

1. Als er op de t.v. een programma is over borstkanker, kijkt u dan?
2. Als er een voorlichtingsbijeenkomst over borstkanker zou worden gegeven, zou u deze dan bezoeken?
3. Als u in de wachtkamer van uw huisarts een folder over borstkanker zou zien, zou u deze dan lezen?

De scores op deze uitspraken zijn gesommeerd in tabel 5.6.
Sommering vond plaats door de antwoordscores per vraag per respondent bij elkaar op te tellen en vervolgens te delen door drie (7).

Tabel 5.6
Gedragsintentie met betrekking tot informatie inwinnen over borstkanker

	%
ja, beslist	21,6
ja, waarschijnlijk wel	39,5
weet ik niet	27,7
nee, waarschijnlijk niet	8,5
nee, beslist niet	2,8
	100,0 n=798 (missing: 3)

Naast vragen m.b.t. de intentie informatie over borstkanker in te winnen zijn eveneens vragen gesteld over de bronnen die men dan zou raadplegen in geval men iets wil weten over borstkanker of zaken die daarmee te maken hebben. Ongeveer 56% van de respondenten noemt de huisarts als belangrijkste informatiebron, 37% de partner, 20% een encyclopedie en slechts 4% een wijkverpleegkundige.

5.2.6. Houding ten aanzien van voorlichting over borstkanker

Teneinde de houding (indirect gemeten) te aanzien van voorlichting over borstkanker te bepalen, zijn de volgende uitspraken aan de respondenten voorgelegd: (zie ook noot 2).

- voorlichting leidt tot meer kennis over borstkanker;
- door voorlichting kweek je meer begrip voor wat het betekent borstkanker te hebben;
- door voorlichting weet je wat er gebeurt als je borstkanker krijgt;
- voorlichting over borstkanker vermindert de angst voor de ziekte;

Bijbehorende evaluaties van de kenmerken in deze uitspraken:

- meer kennis over borstkanker is voor mij...
- meer begrip voor wat het betekent borstkanker te hebben is voor mij...
- weten wat er gebeurt als je borstkanker krijgt is voor mij.....
- angst voor borstkanker verminderen is voor mij.....

Analoog aan de wijze waarop dat bij de samengestelde variabele indirecte houding ten aanzien van borstzelfonderzoek is gedaan is ook de variabele "indirecte houding ten aanzien van voorlichting over borstkanker" geconstrueerd (8). Deze vertoont het volgende beeld:

Tabel 5.7
Indirect gemeten houding ten aanzien van voorlichting over borstkanker

	score	%
zeer positief	(84 tot 57)	36,7
vrij positief	(56 tot 29)	34,3
positief	(28 tot 1)	24,2
neutraal	(0)	0,9
negatief	(-1 tot -28)	3,3
vrij negatief	(-29 tot -56)	0,5
zeer negatief	(-57 tot -84)	-
	100,0	n=796 (missing: 5)

Bovenstaande tabel geeft aan, dat de houding ten aanzien van voorlichting over borstkanker in het algemeen positief tot zeer positief is.
Ook is de houding ten aanzien van voorlichting over borstkanker op directe wijze gemeten. Dit is op dezelfde wijze gebeurd als beschreven bij "directe houding ten aanzien van borstzelfonderzoek".
Hieruit komt naar voren, dat de houding ten aanzien van voorlichting over borstkanker op deze wijze gemeten nog positiever uitvalt dan de indirecte meting.

Tabel 5.8
Direct gemeten houding ten aanzien van voorlichting over borstkanker

	score	%
zeer positief	(11 tot 15)	69,9
vrij positief	(6 tot 10)	27,2
positief	(1 tot 5)	2,1
neutraal	(0)	0,8
negatief	(-5 tot -1)	-
vrij negatief	(-10 tot -6)	-
zeer negatief	(-15 tot -11)	-
	100,0	n=795 (missing: 6)

5.2.7. Subjectieve norm t.a.v. voorlichting over borstkanker

Ook hier wordt de subjectieve norm t.a.v. voorlichting over borstkanker samengesteld uit het produkt van gepercipieerde beliefs van signifikante anderen t.a.v. voorlichting over borstkanker en de mate waarin men zich iets van die signifikante anderen aantrekt.
Normatieve beliefs zijn met behulp van de volgende uitspraken gemeten:
Mijn partner, mijn vrienden en kennissen, mijn huisarts vindt/vinden
- dat ik een gesprek over borstkanker niet uit de weg moet gaan;
- dat ik op de hoogte moet zijn van zaken die met borstkanker te maken hebben.

De "motivation to comply" is dezelfde als bij subjectieve normen t.a.v. borstzelfonderzoek, nl.: de mening van mijn partner, resp. huisarts, vrienden en kennissen is voor mij: "heel belangrijk", "vrij belangrijk", "belangrijk", "weet niet", "onbelangrijk", "vrij onbelangrijk" en "heel onbelangrijk".
De maximale score die verwijst naar een sterke "normerende" invloed bedraagt + 126 de minimale score bedraagt - 126 (2 beliefs per "signifikante andere" en drie signifikante anderen : 3 x (7 + 7 x +3) = 126 (max. score) en 3 x (7 + 7 x -3) = - 126 (min. score).
Bij twee signifikante anderen (huisarts + vrienden en kennissen) bedragen deze scores respectievelijk 84 en -84.

Vervolgens zijn de gesommeerde b x e produkten in zeven klassen van gelijke klassegrootte ingedeeld.

Tabel 5.9
Gepercipieerde invloed van signifikante anderen ten aanzien van voorlichting over borstkanker

	partner+vrienden en kennissen+huisarts(%)	vrienden en kennissen + huisarts (%)
zeer positieve invloed	29,4	20,5
vrij positieve invloed	42,8	36,8
positieve invloed	22,9	31,4
neutraal	1,4	7,8
negatieve invloed	3,5	3,2
vrij negatieve invloed	-	0,3
zeer negatieve invloed	-	-
	100,0 n=630	100,0 n=779 (miss

Hoewel minder sterk dan bij de gepercipieerde invloed van de partner bij borstzelfonderzoek , speelt ook hier de partner een belangrijke rol.

5.2.8. "Externe" variabelen

Op grond van de in de literatuur, m.b.t. voorlichting over borstkanker en het doen van borstzelfonderzoek, gebleken relevantie van een aantal wat Ajzen & Fishbein (1980) "externe variabelen" noemen, is in dit onderzoek aandacht besteed aan de variabelen: leeftijd, sociaal economische status, sociale participatie, kennis over borstkanker en borstzelfonderzoek, vroegere ervaringen met borstkanker, angst en "Health Locus of Control". De variabelen leeftijd en sociaal economische status zijn reeds besproken in het vorige hoofdstuk (tabel 4.3, paragraaf 4.4. en noot 2). "Health Locus of Control" en "angst" zijn reeds aan de orde geweest in hoofdstuk 3. In de bijlagen 5.1. en 5.2. zal nader geëxpliciteerd worden hoe deze variabelen zijn geoperationaliseerd. Aangezien bij de operationalisering gebruik is gemaakt van bestaande schalen, zijn factor analyses uitgevoerd op de scores om te bezien of de erin veronderstelde factor structuur inderdaad ook gevonden is. In bijlage 5.4. zal aangegeven worden hoe de variabelen "vroegere ervaringen met borstkanker" en "sociale participatie" zijn samengesteld.
In dit hoofdstuk wordt van de genoemde variabelen kort aangegeven welke de bevindingen zijn vanuit de nul-meting.
De kennisvariabele neemt naast gedragsvariabelen in gvo-onderzoek meestal een centrale plaats in. Hoewel meer het inzicht bestaat dat kennis geen voldoende conditie is tot gedragsverandering wordt zij wel als noodzakelijke voorwaarde gezien. In onderstaande zal de operationalisering van deze "externe variabele" nader besproken worden.

5.2.8.1. Kennis over borstkanker

De variabele "kennis over borstkanker" is in dit onderzoek op een viertal wijzen geoperationaliseerd: kennis over symptomen, kennis over oorzaken, kennis over epidemiologische gegevens en kennis over borstzelfonderzoek.

Kennis over symptomen is geoperationaliseerd aan de hand van een daarvoor door Van den Heuvel (1977) vervaardigde lijst. De lijst die hieronder staat weergegeven bevat 14 items, waarop respondenten via een 7-puntschaal kunnen scoren van "zeer waarschijnlijk juist" tot "zeer waarschijnlijk onjuist").

Uit deze lijst van symptomen zijn 12 items geselekteerd voor verdere analyse. De items "zwellen van de bovenarmen" en "rimpelen van de huid van de borsten" (wel mogelijke symptomen) zijn uitgevallen. De eerste is enigszins misleidend, aangezien het een mogelijk gevolg is van een borstamputatie. Rimpelen van de huid van de borsten, dat ook een normaal ouderdomsverschijnsel is, is eveneens verwarrend en buiten de analyse gehouden.
Van de hieronder genoemde 12 symptomen zijn er 6 als werkelijk mogelijke symptomen van borstkanker aangekruist:
x knobbel in de borst
- duizeligheid
x vochtuitscheiding uit de tepel
- hoofdpijn
x kuiltjes in de huid van de borsten
x pijn op één plaats in de borsten
x verandering in grootte of vorm van de borsten
- misselijkheid en braken
- pijn bij het ademhalen
x huidverkleuring van de borsten
- uitslag rond de tepel
- voortdurend hoesten.

In tabel 5.10 wordt aangegeven welke symptoomvragen over de gehele onderzoekspopulatie goed en welke fout beantwoord worden. Voor de wijze waarop de dichotomisering van antwoorden in "goed" "fout" tot stand is gekomen, wordt verwezen naar bijlage 7.1.

Tabel 5.10
Kennis over symptomen van borstkanker in percentages (n=796; missing=5)

	goed beantwoord	fout beantwoord
x knobbel in de borst	98	2
x vochtuitscheiding uit de tepel	58	42
x kuiltjes in de huid van de borsten	44	56
x pijn op één plaats in de borsten	69	31
x verandering van grootte of vorm	59	41
x huidverkleuring van de borsten	42	58
- duizeligheid	42	58
- hoofdpijn	48	52
- misselijkheid en braken	44	56
- pijn bij het ademhalen	41	59
- uitslag rond de tepel	28	72
- voortdurend hoesten	51	49

x = juist
- = onjuist

Uit tabel 5.10 blijkt dat vrijwel alle respondenten weten dat een knobbel in de borst mogelijk een symptoom van borstkanker is. Opvallend is dat er in veel gevallen misvattingen bestaan over symptomen die mogelijk op borstkanker zouden duiden. In verband met de voorlichting gericht op zo vroeg mogelijke onderkenning van borstkanker is het interessant na te gaan in welke mate vrouwen op de hoogte zijn van "werkelijke" symptomen van borstkanker. Daartoe zijn de "werkelijke" symptomen die ook als zodanig zijn aangemerkt per respondent opgeteld en in onderstaande tabel voor alle respondenten weergegeven.

Tabel 5.11
De aantallen goed beantwoorde werkelijke symptomen van borstkanker

	%	cum %
0 goed	1,1	1.1
1 goed	10,8	11.9
2 goed	13,4	25.3
3 goed	17,8	43.1
4 goed	20,6	63.7
5 goed	19,7	83.4
6 goed	16,6	100
	100,0	n=790 (missing: 11)

Ruim 25% van de ondervraagde vrouwen kennen niet meer dan twee van de mogelijke zes werkelijke symptomen van borstkanker.
Het is interessant om na te gaan of er in het aangeven van "werkelijke" en "onjuiste" symptomen door respondenten mogelijke antwoordtendenzen bestaan. Is het bijvoorbeeld zo dat vrouwen die sommige symptomen als "werkelijk" of "juist" benoemen ook bepaalde andere "werkelijk" of "juist" aangeven? In onderstaande matrix wordt duidelijk dat dat inderdaad het geval is.

Tabel 5.12
Onderlinge samenhangen tussen symptomen items

		duiz.	hoofdp.	missel.	ademh.	uitsl.	hoest	vocht	kuil	pijn	gr
onjuiste symptomen	hoofdpijn	.66									
	misselijk		.62								
	ademhalen	.58	.56	.71							
	uitslag	.31	.31	.40	.38						
	hoest	.50	.54	.64	.66	.42					
werkelijke symptomen	vocht	-	-	-	-	-	-				
	kuiltje	-	-	-	-	-	-	.36			
	pijn	-	-	-	-	-	-	-	-		
	grootte	-	-	-	-	-	-	.32	.34	.25	
	huid	-	-	-	-	-	-	.32	.35	.21	-

(alleen Pearson correlatie coëfficiënten van > .20 en p < .001 zijn weergegeven)

Bovenstaande matrix toont een clustervorming aan van correlaties tussen "werkelijke" en "onjuiste" symptomen. In bovenstaande matrix is niet opgenomen het "werkelijke" symptoom "knobbel in de borst". Dit symptoom correleert in het geheel niet met de andere symptomen. De verklaring hiervoor is, dat de antwoorden op dit item geen enkele spreiding vertonen. Dat wil zeggen: ruim 97% van de ondervraagden noemt "een knobbel in de borst" een werkelijk symptoom van borstkanker.
Als de respondenten één juist symptoom weten te noemen (buiten een knobbel in de borst) dan is de kans groot, dat ze er ook twee of drie weten. Opvallend is, dat ook de antwoorden op de "onjuiste" symptomen clusteren. Dat wil zeggen dat vrouwen die één of twee "onjuiste" symptomen als "juist" benoemen, vaker ook de andere onjuiste symptomen als juist bestempelen dan vrouwen die dat niet doen. Een mogelijke verklaring kan zijn, dat als mensen geen enkel symptoom van borstkanker kennen (buiten een knobbel in de borst) zij symptomen aangeven die in algemenere zin met

ziekte te maken hebben. Alle "onjuiste" symptomen op één na (uitslag rond de tepel) hebben geen betrekking op borstklachten, maar op algemenere ziekteverschijnselen.
Op dezelfde wijze als bij de symptoomvragen is aan de respondenten een lijst met mogelijke oorzaken ter beoordeling voorgelegd. Ook deze lijst is eerder door Van den Heuvel (1977) gebruikt.

Deze "mogelijke oorzaken" luidden: (+ = juiste antwoord)
- verkeerde voeding
- besmetting via anderen
- een losbandig leven
- koude en vochtige omgeving
- erfelijkheidsfactoren
+ nog onbekende factoren
- stoot tegen de borst
- anticonceptie pil
- antitranspiratie spray
- zorgen en piekeren
- langdurige borstvoeding

In tabel 5.13 wordt aangegeven welk patroon de antwoordscores hebben op deze oorzakenvragen. Daartoe zijn evenals bij de symptoomvragen, de antwoordcategorieën gedichotomiseerd naar "antwoord goed" en "antwoord fout". Voor de wijze waarop dat gedaan is, wordt verwezen naar bijlage 7.1.

Tabel 5.13
Kennis over oorzaken van borstkanker in percentages (n=796; missing =5)
(+ = juiste antwoord)

	antwoord goed	antwoord fout
besmetting via anderen	80	20
een losbandig leven	73	27
koude en vochtige omgeving	72	28
+ nog onbekende factoren	56	44
stoot tegen de borst	47	53
anticonceptie pil	36	64
antitranspiratiespray	59	41
zorgen en piekeren	66	34
langdurige borstvoeding	66	34

Uit bovenstaande tabel blijkt dat er nogal wat misvattingen bestaan over de oorzaken van borstkanker.
Niet in de tabel zijn opgenomen de items "verkeerde voeding"; "erfelijkheidsfactoren", aangezien van deze items niet te zeggen is dat het "onjuiste" oorzaken zijn.
Van de resterende items wordt alleen het item "nog onbekende factoren" als juist antwoord gerekend.
In tabel 5.14 wordt aangegeven hoeveel respondenten 0-9 vragen goed beantwoordden. Daartoe zijn per respondent scores berekend, welke vervolgens gesommeerd zijn in de volgende tabel.

Tabel 5.14
Kennis over oorzaken van borstkanker

	%	cum %
0 goed	9,4	9.4
1 goed	6,3	15.7
2 goed	3,3	19.0
3 goed	5,9	24.9
4 goed	7,0	31.9
5 goed	9,1	41.0
6 goed	11,5	52.5
7 goed	13,4	65.9
8 goed	18,2	84.1
9 goed	15,9	100 %
	100,0	n= 791 (missing: 10)

Bijna 32% heeft minder dan de helft van de vragen juist beantwoord.
Ter operationalisering van "epidemiologische kennis over borstkanker" zijn de volgende vragen aan de respondenten voorgelegd:

- Ongeveer één op de 17 mannen krijgt longkanker.
  Hoe groot schat u de kans van een vrouw borstkanker te krijgen?

- Stel: er zijn 10 vrouwen met borstkanker.
  Hoeveel denkt u dat er van deze 10 van hun ziekte zullen genezen?

- Welke van de volgende 2 groepen vrouwen heeft een grotere kans op het krijgen van borstkanker?
  vrouwen van 20-40 jaar
  vrouwen van 40-60 jaar.

Na dichotomisering van de antwoord categorieën tot "fout" en "goed" werden de volgende scores gevonden (voor berekening : zie bijlage 7.1).

Tabel 5.15
Epidemiologische kennis over borstkanker

	kans op borstkanker* (%)	genezing** (%)	risicogroep*** (%)	
fout	46,6	62,7	22,2	
goed	53,4	37,3	77,8	
	100,0 n=800	100,0 n=801	100,0 n=784	(*missing: 1) (***missing:7)

* Als "goed" is gerekend : 1 op de 10-20 vrouwen.
** Als "goed" is gerekend : 4 tot 5 van de 10.
*** Als "goed" is gerekend : vrouwen van 40-60 jaar.

Een redelijk hoog percentage (53,4%) van de ondervraagde vrouwen weet een vrij precieze schatting te maken van het vóórkomen van borstkanker. Ter vergelijking is de respondenten gevraagd een schatting te maken van het vóórkomen van baarmoederhalskanker. Hoewel deze ziekte aanzienlijk minder vaak voorkomt (1 op de 85), schatten de ondervraagde vrouwen de kans op het krijgen van baarmoederhalskanker even hoog als de kans op het krijgen van borstkanker. Dit is een mogelijk gevolg van de grote maatschappelijke aandacht die het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhals-

kanker heeft. Een andere mogelijke verklaring is, dat de kansschatting met betrekking tot het vóórkomen van baarmoederhalskanker beïnvloed is door het antwoord op de vraag naar het vóórkomen van borstkanker. Beide vragen zijn achter elkaar gesteld.
De meeste respondenten zijn in hun schatting van de overlevingscijfers té optimistisch of té pessimistisch. Ongeveer 37% doet een juiste schatting. Gesommeerd leveren de antwoorden op de voornoemde drie vragen het volgende beeld op:

Tabel 5.16
Kennis over epidemiologie van borstkanker aan de hand van drie indicatoren

	%	cum %
geen van de drie goed	5,5	5.5
één van de drie goed	35,8	41.3
twee van de drie goed	43,0	84.3
alle drie goed	15,7	100.0
	100,0	n=783 (missing:18)

Om een idee te krijgen of de respondenten de kans borstkanker te krijgen voor henzelf hoog schatten is de vraag gesteld "hoe hoog schat u de kans dat u zelf borstkanker krijgt?". Ongeveer 5% van de ondervraagden acht die kans hoog tot heel hoog, ruim 10% eerder hoog dan laag, 12% eerder laag dan hoog en ongeveer 15% laag tot zeer laag. De meeste respondenten (57%) antwoorden "weet ik niet".

Een laatste vraag die betrekking heeft op epidemiologische kennis, is de vraag vijf doodsoorzaken (waaronder borstkanker) te rangschikken naar de mate waarin zij het meest voorkomen.
De vraag is, evenals het vragen naar vóórkomen van borstkanker en sterfte aan borstkanker, bedoeld een indruk te krijgen hoe groot men het borstkankerprobleem in vergelijking met andere ziekten inschat. Hieronder staan de vijf ziekten in juiste volgorde (sterfte onder vrouwen):

Tabel 5.17
Belangrijkste oorzaken van sterfte onder vrouwen (C.B.S., 1977)

1. Hart- en vaatziekten	ca. 21.000
2. Borstkanker	2.488
3. Suikerziekte	956
4. Verkeersongevallen	730
5. Rheuma	165

Ruim 26% van de ondervraagde vrouwen noemt borstkanker als doodsoorzaak nummer 1. De meesten noemen hart- en vaatziekten als eerste sterfte-oorzaken bij vrouwen (37 %), ruim 29% noemt verkeersongevallen als eerste, ruim 4% denkt suikerziekte en ruim 2% rheuma.
Slechts 16% van de ondervraagden plaatst hart- en vaatziekten als doodsoorzaak nummer 1 én borstkanker als 2.

De vierde operationalisering van de variabele kennis over borstkanker is kennis over borstzelfonderzoek. In paragraaf 5.2.2. is kennis over borstzelfonderzoek al in verband gebracht met het "juist doen van borstzelfonderzoek". In bijlage 5.3. wordt deze relatie nader gespecificeerd. Naast vragen over aanwezige kennis is de respondenten ook gevraagd een oordeel te

geven over hun eigen kennis over borstkanker. ("Vindt u dat u voldoende of onvoldoende van borstkanker afweet?) en aan te geven of zij behoefte hebben aan meer informatie over borstkanker ("zoudt u meer informatie over borstkanker willen hebben?" "zo ja, over welke onderwerpen?").
Bijna 58% van de ondervraagden geeft aan "onvoldoende" tot "ruim onvoldoende" van borstkanker af te weten, ruim 35% vindt dat zij "voldoende" tot "ruim voldoende" van borstkanker afweten, de overigen twijfelen. Ongeveer 75% van de ondervraagden zegt behoefte te hebben aan meer informatie. De onderwerpen die aangegeven worden zijn:

Tabel 5.18
Behoefte aan informatie over borstkanker

	%	
mogelijke oorzaken van borstkanker	64	
genezingskansen van borstkanker	58	
behandelingsmogelijkheden van borstkanker	53	
vroege opsporing van borstkanker	73	
symptomen van borstkanker	67	n=601

5.2.8.2. Ervaring met (borst)kanker

Bijna 60 % van de ondervraagde vrouwen zegt iemand in haar naaste omgeving te kennen met borstkanker; 88% van de ondervraagden zegt iemand te kennen met kanker. Opvallend aan dit laatste gegeven is dat blijkbaar 12% van de ondervraagde vrouwen niemand kent (of gekend heeft) met kanker.

5.2.8.3. Health Locus of Control

Onderstaande tabel laat zien dat de mate waarin de ondervraagde vrouwen aangeven "interne vs externe vs "powerful others" beheersing te vertonen regelmatig verdeeld is.

Tabel 5.19
Health Locus of Control

	internal	%	external	%	powerf.oth.	%
laag	1	19,2	1	25,5	1	30,6
	2	27,9	2	32,1	2	29,4
	3	33,7	3	26,5	3	23,1
hoog	4	19,2	4	15,9	4	16,9
		100,0 (n=780) (missing: 21)		100,0 (n=776) (missing: 25)		100,0 (n=780) (missing: 21)

Een lage score duidt op een lage mate van resp. "internal", "external", "powerful other locus of control".
Na factoranalyse zijn per groep twee items afgevallen (zie bijlage 5.2.) vanwege te lage faktorladingen. Daardoor kan men de "powerful other locus of control" ook opvatten als "artsen" locus of control.

5.2.8.4. Angst

Zowel van de items m.b.t. situatie-angst als die met betrekking tot persoonsangst uit de door van der Ploeg e.a. (1979) bewerkte State-Trait Anxiety Inventory (STAI) van Spielberger zijn somscores berekend (voor een uitvoerige bespreking van de samenstelling van deze variabelen zie bijlage 5.1.). Deze geven het volgende beeld:

Tabel 5.20
Toestand- en persoonsangst

		toestandsangst		persoonsangst
laag	1	18.3	1	20.3
	2	21.9	2	32.5
	3	28.6	3	31.1
hoog	4	31.2	4	16.1
		100.0 n=699		100.0 n=720
		(missing: 102)		(missing: 81)

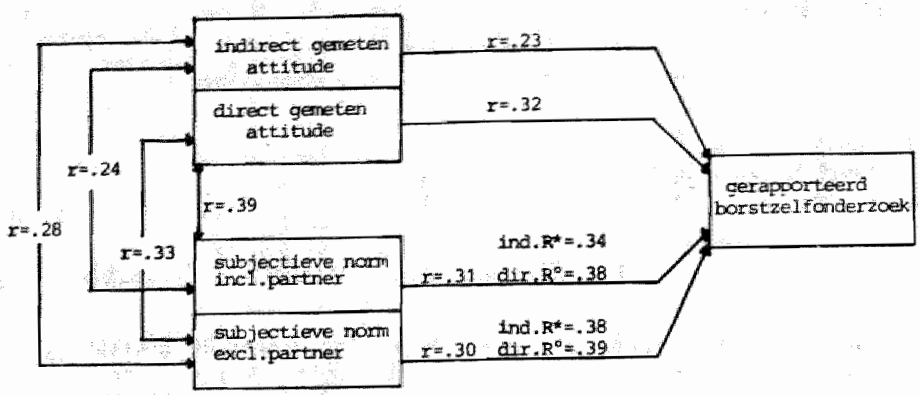
De "geen antwoord"-aantallen zijn nogal hoog. Een mogelijke oorzaak daarvan is, dat de angstvragen aan het eind kwamen van een lange schriftelijke vragenlijst en respondenten slordiger werden met invullen. Bovendien is in sommige gevallen vergeten de persoonsangst-schaal in te vullen, doordat deze aan de achterkant van de toestandsangst-schaal gedrukt was. Alle overige pagina's in het schriftelijk gedeelte van de vragenlijst zijn éénzijdig bedrukt.

5.3. Samenhangen tussen de "hoofdvariabelen"

In hoofdstuk 3 is reeds aangegeven op welke wijze de subjectieve norm en de attitude met (de intentie tot) gedrag samenhangen. In dit hoofdstuk is ook aangegeven hoe deze "hoofdvariabelen" geoperationaliseerd zijn.
In deze paragraaf zullen de onderlinge relaties tussen de betreffende variabelen besproken worden. Aangezien verwacht mag worden dat de attitude en de subjectieve norm samenhangen en daardoor gedeeltelijk dezelfde variantie verklaren is een regressie analyse uitgevoerd met de intentie tot gedrag en/of gerapporteerd gedrag als afhankelijke variabele.

5.3.1. (Intentie tot) het doen van borstzelfonderzoek

In onderstaande figuur worden Pearsoncorrelaties (r) en multiple correlatie coëfficiënten (R) weergegeven van de "hoofdvariabelen" met betrekking tot borstzelfonderzoek.



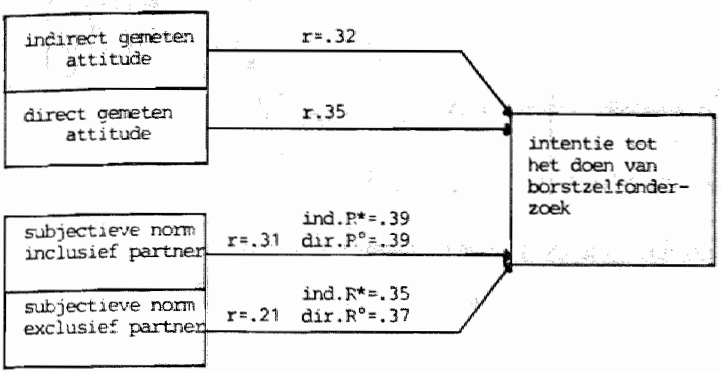
* ind. R. staat voor de R berekend over indirect gemeten attitude + subjectieve norm

° dir. R. staat voor de R berekend over de direct gemeten attitude + subjectieve norm

Figuur 5.1
Pearson correlaties en multiple correlatie coëfficiënten tussen direct en indirect gemeten attituden, subjectieve norm en gerapporteerd borstzelfonderzoek (n = 797 ; missing = 4; voor alle coëfficiënten : $p<.001$).

Direct gemeten attituden ten aanzien van borstzelfonderzoek verklaren 10% ($=.32^2$) van de te verklaren variantie in gedrag ten aanzien van borstzelfonderzoek. De positieve correlatie tussen directe attitude en gedrag (.32) dient met enige voorzichtigheid bekeken te worden, immers de spreiding binnen de houdingscores bevindt zich aan de positieve kant van de Likert schalen. Met andere woorden, vrijwel alle respondenten nemen, weliswaar in verschillende gradaties, een positieve houding in ten aanzien van borstzelfonderzoek. De indicatoren gebruikt bij de indirecte attitudemeting blijken onderling redelijk hoog te correleren (zie paragraaf 3.2.2.) en intern consistent te zijn (α = . 75).
Opvallend is de relatief geringe samenhang tussen indirect gemeten attitude en direct gemeten attitude ten aanzien van borstzelfonderzoek. Blijkbaar meten beide niet hetzelfde (r = . 48).
Een mogelijke verklaring voor het feit dat de direct attitude beter correleert met gedrag is dat op deze wijze in iets sterkere mate de attitude m.b.t. eigen gedrag is gemeten dan in de op de indirecte wijze gemeten attitude.
In hoofdstuk 3 is aangegeven dat Ajzen & Fishbein in 1980 hun theorie enigszins hebben aangepast (ten opzichte van hun standaard werk uit 1975). Zij stellen in 1980 dat attituden m.b.t. gedrag betere voorspellers zijn van gedrag dan attituden t.a.v. objecten. Enkele van de hier indirect gemeten attituden zijn in deze zin meer als "attituden t.a.v. het object, of het verschijnsel borstzelfonderzoek op te vatten dan de op directe wijze gemeten attituden. Dit verklaart ook mogelijk de betrekkelijke lage samenhang tussen beide variabelen (r= .48).
De subjectieve norm draagt ongeveer 5% bij aan verklaarde variantie ($.39^2$ - $.32^2$ bij de directe attitudemeting).
De gepercipieerde invloed van signifikante anderen incl. partner heeft een nauwelijks grotere invloed op het doen van borstzelfonderzoek door de

respondent in vergelijking met de invloed van signifikante anderen excl. partner.
Aan degenen die vermelden nooit borstzelfonderzoek te doen, is gevraagd of zij van plan zijn dat in de toekomst te gaan doen.
Hieronder worden de relaties tussen houding, subjectieve norm en intentie tot gedrag weergegeven.



* ind. R. staat voor de R berekend over de indirect gemeten attitude + subjectieve norm

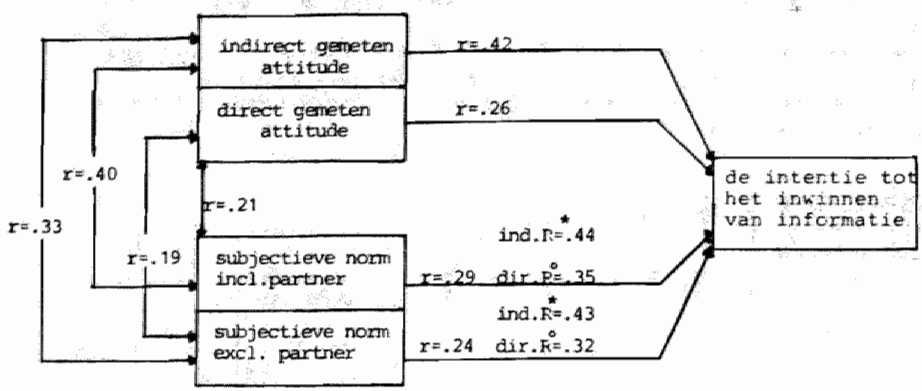
° dir. R. staat voor de R berekend over de direct gemeten attitude + subjectieve norm

Figuur 5.2
Pearson correlaties en multiple correlatie coëfficiënten tussen direct en indirect gemeten attituden, subjectieve norm en de intentie tot het doen van borstzelfonderzoek (n = 225, voor alle coëfficiënten geldt $p<.001$).

Bij het meten van de relatie tussen houding ten aanzien van borstzelfonderzoek en de intentie tot het doen van borstzelfonderzoek blijkt ook hier de direct gemeten attitude een iets betere voorspeller te zijn van de intentie tot gedrag dan de indirect gemeten attitude (12% vs 10% van de verklaarde variantie). Verder wordt duidelijk dat de gepercipieerde invloed van anderen inclusief partner sterker correleert met de intentie tot gedrag dan de invloed exclusief partner. Het percentage totaal verklaarde variantie door deze twee variabelen (houding en subjectieve norm) verandert niet (15%).

5.3.2. Intentie tot het inwinnen van informatie

In onderstaande figuur worden Pearson correlaties (r) en multiple correlatie coëfficiënten (R) weergegeven van de "hoofdvariabelen" met betrekking tot de intentie informatie over borstkanker in te winnen.



* ind. R. staat voor de R berekend over de indirect gemeten attitude + subjectieve norm

° dir. R. staat voor de R berekend over de direct gemeten attitude + subjectieve norm

Figuur 5.3
Pearson correlaties en multiple corrrelatie coëfficiënten tussen direct en indirect gemeten attituden, subjectieve norm en de intentie tot het inwinnen van informatie (n = 798; missing = 3; voor alle coëfficiënten geldt: $p<.001$).

De indirecte attitude ten aanzien van voorlichting blijkt een betere voorspeller te zijn van de gedragsintentie dan de direct gemeten attitude. De gedragsintentie wordt voornamelijk bepaald door de attitude. De subjectieve norm (incl. partner) voegt nog geen 2% toe aan verklaarde variantie. De totaal verklaarde variantie van de indirect gemeten attitude + subjectieve norm bedraagt bijna 20%.

5.4. Samenhangen tussen "hoofdvariabelen" en "externe" variabelen

In deze paragraaf zullen de samenhangen tussen de attitude-, subjectieve norm en gedrags(intentie) variabelen besproken worden in samenhang met wat Ajzen & Fishbein (1980) "externe" variabelen noemen. Hoewel Ajzen & Fishbein (1980) stellen dat "externe" variabelen alleen via attituden en subjectieve normen invloed kunnen uitoefenen op gedrag, zijn ook samenhangen van de externe variabelen met de gedragsvariabelen bekeken. Op deze wijze krijgt men inzicht in kenmerken van vrouwen die al of geen borstzelfonderzoek doen c.q. al of niet de intentie hebben informatie over borstkanker in te winnen. Eerst zal besproken worden wat de gesignaleerde invloed is van kennis op de "hoofdvariabelen" attitude en gedrag(sintentie), vervolgens zullen op dezelfde wijze de "externe" variabelen: leeftijd, sociaal economische status, sociale participatie, vroegere ervaringen met borstkanker, de mate van interne versus externe beheersing en angst besproken worden.

5.4.1. De relatie kennis-houding-gedrag m.b.t. borstzelfonderzoek

Alvorens men een houding kan vormen ten aanzien van een object, dient men over kennis te beschikken over dat object. Deze kennis kan in

objectieve zin juist of onjuist zijn. Onder welke voorwaarden kennisverandering ook tot attitude verandering en gedragsverandering leidt zal worden besproken in hoofdstuk 6. In deze paragraaf zal met behulp van partiële correlatie coëfficiënten worden nagegaan welke samenhangen in dit onderzoek zijn gevonden tussen kennis-attitude en gedrag(sintentie). De kennisvariabelen hebben betrekking op:

- kennis van symptomen(1) (juiste symptomen en onjuiste symptomen)
- kennis van "werkelijke" symptomen
- kennis van oorzaken van borstkanker (2)
- epidemiologische kennis (3)
- algemene kennis over borstkanker (1 + 2 + 3) (noot 9)
- kennis over borstzelfonderzoek.

Onderstaande tabel laat zien dat er slechts een zwakke samenhang bestaat tussen kennis over borstkanker en borstzelfonderzoek en (de intentie tot) het doen van borstzelfonderzoek (correlaties van $r<.10$ zijn niet vermeld, omdat deze nauwelijks enige variantie verklaren). De tussen haakjes geplaatste correlaties zijn partiële correlaties, waarbij gecontroleerd wordt voor houding ten aanzien van borstzelfonderzoek (door uitpartialisatie).

Tabel 5.21
Pearson correlaties (0-orde) en partiele correlatie coefficienten tussen kennis en gedrag (borstzelfonderzoek) resp. gedragsintentie.

	doen borstzelf-onderzoek	intentie doen borstzelf-onderzoek
algemene kennis over borstkanker	.16 (.15)	-
kennis over werkelijke symptomen	.13 (.11)	-
kennis over symptomen	.14 (.14)	-
kennis over oorzaken	.12 (.10)	-
kennis over borstzelfonderzoek	.22 (.17)	.15 (-)
	(n=797)	(n=225)

Wanneer gecontroleerd wordt voor houding ten aanzien van borstzelfonderzoek worden de correlaties nog zwakker.
Bij uitpartialisering van alle kennisvariabelen apart en van combinaties van kennisvariabelen ondergaat de relatie tussen houding en gedrag(sintentie) nauwelijks enige verandering.
Gezien de correlatie lijkt alleen kennis over borstzelfonderzoek van enig belang voor de relatie kennis - houding - gedrag ten aanzien van borstzelfonderzoek.

5.4.2. De relatie kennis - houding - intentie tot het inwinnen van informatie

De voornoemde kennis-variabelen vertonen nauwelijks of geen samenhangen van enige importantie met houding ten aanzien van voorlichting over borstkanker. Zwakke correlatie coëfficiënten worden slechts gevonden met "algemene" kennis over borstkanker en kennis over werkelijke symptomen van borstkanker (beide : $r= .12$; $p < .001$). Geen verband wordt gevonden tussen kennis-variabelen (exclusief kennis over borstzelfonderzoek) en de gedrag(sintentie) variabele ten aanzien van inwinnen van informatie, ook niet na uitpartialisering van de houdingsvariabelen (direct-en indirect gemeten).
Als er gecontroleerd wordt voor iedere kennis-variabele apart, of combinaties van verschillende kennis-variabelen, treedt er geen wijziging op in de relatie houding - gedragsintentie.

De mate waarin men reeds over kennis m.b.t. borstkanker beschikt heeft blijkbaar geen invloed op de intentie ten aanzien van het inwinnen van informatie over borstkanker.

5.4.3. Leeftijd

Zoals in hoofdstuk 2 wordt aangegeven vermeldt het overzicht van Meyboom- de Jong & van Veen (1984) acht studies waarin een negatief verband wordt gevonden tussen het doen van borstzelfonderzoek en de leeftijd van de vrouw. In vier studies wordt geen verband gevonden. Ook in dit onderzoek is geen duidelijke samenhang tussen leeftijd en de houding ten aanzien van borstzelfonderzoek en tussen leeftijd en het doen van borstzelfonderzoek gevonden. Wel wordt een negatief verband gevonden tussen leeftijd en de intentie tot het doen van borstzelfonderzoek ($r = -.35$; $p < .01$). Wanneer door middel van partiële correlatie gecontroleerd wordt voor de invloed van kennis over borstkanker, kennis over borstzelfonderzoek en directe attitude ten aanzien van borstzelfonderzoek blijft voornoemde relatie bestaan.
De multiple correlatie coëfficiënt van indirecte attitude en subjectieve norm op de intentie tot het doen van borstzelfonderzoek van $R = .39$ (zie paragraaf 5.3.1. figuur 5.2.) neemt bij "meenemen" van de variabele leeftijd toe tot $R = .53$, hetgeen neerkomt op een totaal verklaarde variantie van 28%. Deze toename van bijna 14% (directe attitude + subjectieve norm verklaarde 15%) kan toegeschreven worden aan de variabele leeftijd.
Geen interpreteerbare verbanden zijn gevonden tussen attituden ten aanzien van voorlichting over borstkanker en leeftijd. Evenmin tussen leeftijd en de intentie tot inwinnen van informatie over borstkanker.

5.4.4. Sociaal economische status

In de literatuur worden over het algemeen positieve verbanden gevonden tussen het doen van borstzelfonderzoek en sociaal economische status (meestal gemeten naar beroep). In deze studie wordt geen duidelijk verband gevonden. Een heel zwakke samenhang is gevonden met intentie tot het doen van borstzelfonderzoek ($r = .11$; $p < .001$). Hoewel geen signifikante samenhangen worden gevonden tussen houdingsvariabelen en sociaal economische status, laten verdelingen van gemiddelden per sociaal economische klasse steeds een minder positieve houding zien in de hoogste sociaal economische klasse. Verbeek-Heida (1975) brengt een dergelijk verschijnsel in verband met het afwijzen van het medisch model door de zogenaamde "nieuw principiëlen". Laatst genoemden die hun aanhang juist hebben in de wat hogere sociaal-economische strata, hebben sterke twijfels over het zo benadrukken van het belang van de gezondheidszorg, omdat dat kan leiden tot een "medicalisering" van de samenleving. Eenzelfde verschijnsel wordt geconstateerd door Jansen en Jonkers (1978) en Jansen en Kremers (1979). Zij vonden in hun studies naar participatie in bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker dat de relatief grootste groepen vrouwen die screening negeren in de laagste én hoogste (sociaal economische) status groep te vinden zijn.
Tot slot is evenmin een verband gevonden tussen sociaal economische status en de intentie tot het inwinnen van informatie over borstkanker.

5.4.5. Sociale participatie

Sociale participatie vertoont een zwakke correlatie met de indirecte houding ten aanzien van voorlichting over borstkanker ($r = .11$) en een zwakke correlatie met de intentie tot het doen van borstzelfonderzoek ($r =$

19). Na uitpartialisering van de kennisvariabelen verdwijnt het verband met de indirecte houding ten aanzien van voorlichting over borstkanker. Ook met de overige houdingsvariabelen wordt geen verband gevonden. Na uitpartialisering van kennis over borstkanker of kennis over borstzelfonderzoek en directe attitude ten aanzien van borstzelfonderzoek blijft wel het verband bestaan tussen sociale participatie en intentie tot het doen van borstzelfonderzoek.

De multiple correlatie coëfficiënt van (in)directe attitude t.a.v. borstzelfonderzoek + subjectieve norm op intentie tot het doen van borstzelfonderzoek (R = . 39) stijgt met "meenemen" van de variabele "sociale participatie" naar R=.44, hetgeen neerkomt op een verklaarde variantie van 19%.

5.4.6. Vroegere ervaring m.b.t. borstkanker

In de meeste studies waarin vroegere ervaringen met borstkanker onderzocht is als voorspellende c.q. verklarende variabele bij het doen van borstzelfonderzoek wordt een positief verband gevonden. Een uitzondering daarop vormt bijvoorbeeld de studie van Worden et al. (1983). Zij vonden dat vrouwen die van nabij (in de familie) met borstkanker te maken hadden gehad iets minder geneigd zijn maandelijks borstzelfonderzoek te doen dan andere vrouwen.
In dit onderzoek wordt geen samenhang gevonden met gerapporteerd gedrag of gedragsintentie. Een zwak verband wordt gevonden met de directe attitude ten aanzien van voorlichting (r=.13; $p < .001$). Deze samenhang blijft bestaan na uitpartialisering van de kennisvariabelen. "Ervaringen met kanker in het algemeen" vertonen eveneens enige samenhang met directe attituden ten aanzien van voorlichting (r= .10; $p < .001$), ook na uitpartialisering van kennisvariabelen. Dus ongeacht kennisniveau staan vrouwen die meer ervaring hebben met (borst)kanker positiever tegenover voorlichting dan vrouwen die weinig ervaring hebben m.b.t. (borst)kanker. Verder zijn geen belangrijke samenhangen gevonden.

5.4.7. De mate van interne vs. externe beheersing

Een zwak verband wordt gevonden tussen de mate van "internal control" en indirecte "houding ten aanzien van voorlichting" (r=.11). Dit verband blijft bestaan als gecontroleerd wordt voor kennisvariabelen. Eveneens werden (zwakke) verbanden gevonden tussen de mate van interne beheersing en indirecte houding ten aanzien van borstzelfonderzoek (r=.18) en intentie tot het doen van borstzelfonderzoek (r=.14). Ook deze verbanden blijven bestaan na constanthouding van kennisvariabelen resp. kennis en houdingsvariabelen. Kennis over borstkanker, directe attitude ten aanzien van borstzelfonderzoek en de mate van "internal control" verklaren tezamen ongeveer 18% van de te verklaren variantie in "intentie tot het doen van borstzelfonderzoek". "Internal control" neemt daarvan 3,5% voor zijn rekening. Geen samenhangen zijn gevonden tussen "internal control" en andere houdings- of gedragsvariabelen.
De in de literatuur gevonden positieve samenhangen tussen "internal control" en attituden t.a.v. gedrag (zie hoofdstuk 3) worden in dit onderzoek niet bevestigd.
Naast de invloed van met name "internal control" op houdingsvariabelen en op gedrag is nagegaan of een ander in de literatuur genoemd verband (zie hoofdstuk 3; Halfens, 1985; Buckman- Saltzer 1978) gevonden werd, nl. de relatie tussen "powerful others locus of control" en de subjectieve norm ten aanzien van gedrag. De relatie die in dit verband gevonden is, is dat vrouwen met een hoge mate van "powerful others locus of control" een sterkere gepercipieerde invloed van belangrijke anderen ten aanzien van

het tijdig raadplegen van de huisarts aangeven dan vrouwen met een lage mate van "powerful others locus of control". Deze relatie kan echter verklaard worden vanuit het feit dat een van de relevante personen waarop de subjectieve norm gebaseerd is de arts is.

5.4.8. Angst

Met behulp van Pearson correlatie coëfficiënten wordt geen duidelijk verband gevonden met toestandsangst en houdings- of gedragsvariabelen. Omdat in de literatuur vaak gesteld wordt dat de relatie van verschillende variabelen met angst curvelineair is (Janis, 1967; Westmaas-Jes, 1977; Maes, 1986) zijn ter exploratie van deze verbanden gerichte analyses uitgevoerd. Ook met behulp van deze analyses worden geen samenhangen gevonden.

5.5. Samenhangen tussen "externe" variabelen

Tot slot van dit hoofdstuk worden kort enkele samenhangen tussen "externe variabelen" besproken. Speciale aandacht is gegeven aan de kennisvariabele vanwege zijn al eerder genoemde cruciale rol in de voorlichtingsonderzoeksliteratuur. In de bespreking van de samenhangen is kennis dan ook opgevat als afhankelijke of criteriumvariabele om samenhangen met deze variabele met de overige externe variabelen nader te specificeren.

5.5.1. De samenhang tussen "kennis" en overige externe variabelen

- De variabele leeftijd vertoont een negatief verband met "algemene kennis over borstkanker" (9) ($r = -.26$; $p < .001$).
  Naarmate men ouder is geeft men aan minder van borstkanker te weten.
- Ook "sociaal economische status" vertoont een verband met "algemene kennis over borstkanker" ($r = .35$; $p < .001$). Naarmate men over een hogere socio-economische status beschikt, heeft men over het algemeen meer kennis over borstkanker.
  Wanneer de invloed van de indicatoren van sociaal economische status apart wordt bezien, dan blijkt met name de variabele opleiding een significant verband te vertonen met kennis over borstkanker. ($r = .33$; $p < .001$).
- Sociale participatie vertoont een positief verband met kennis over borstkanker ($r = .19$; $p < .001$).
- Geen samenhangen zijn gevonden tussen kennis over borstkanker en vroegere ervaringen met borstkanker.
- Evenmin is er samenhang gevonden tussen "internal locus of control" en kennis over borstkanker of kennis over borstzelfonderzoek. Wel is er een negatief verband gevonden tussen kennis over borstkanker en de mate van "external control" ($r = -.21$) en "powerful others locus of control" ($r = -.30$). Met andere woorden, degenen die dingen die hen overkomen toeschrijven aan externe invloeden vertonen minder kennis over borstkanker dan degenen die dat in mindere mate doen.
- Ook tussen angst (toestands- en persoonsangst) en algemene kennis over borstkanker en angst en kennis over borstzelfonderzoek zijn geen interpreteerbare samenhangen gevonden.

De mogelijkheid bestaat dat verschillende van de hiervoor beschreven samenhangen schijnbaar zijn vanwege onderlinge samenhangen tussen de achtergrondsvariabelen. Om dit na te gaan is per achtergrondsvariabele die een signifikante samenhang ($p < .05$) vertoont van $r => .20$ met kennis over borstkanker, een partiële correlatie coëfficiënt berekend waarbij gecontro-

leerd is voor de overige achtergrondsvariabelen. De achtergrondsvariabelen die aan deze voorwaarden voldoen zijn achtereenvolgens:

	Samenhang met kennis over borstkanker
leeftijd	-.26
sociaal economische status	.35
toestandsangst	-.25
powerful others locus of control	-.30
external locus of control	-.21

Wanneer per hierboven genoemde achtergrondsvariabele gecontroleerd wordt voor de overige achtergrondsvariabelen (door middel van het berekenen van partiële correlatiecoëfficiënten) dan komt naar voren dat de variabelen "sociaal ecomische status" en "powerful others locus of control" de best voorspellende achtergrondsvariabelen zijn. Voor beide variabelen geldt dat het gevonden verband met "kennis over borstkanker" nauwelijks wordt aangetast als wordt gecontroleerd voor de overige achtergrondsvariabelen.

5.6. Samenvatting en conclusies

In dit hoofdstuk is nagegaan welke gedragsdeterminanten een directe of een indirecte rol spelen bij het verklaren van informatiezoekend gedrag rond borstkanker en het doen van borstzelfonderzoek bij "gezonde" volwassen vrouwen. Op basis van het theoretisch model van Fishbein & Ajzen en op basis van literatuurgegevens over empirisch onderzoek m.b.t. beïnvloeden van deze gedragingen is een aantal variabelen geselecteerd die middels een uitvoerige vragenlijst zijn onderzocht bij 801 vrouwen in het Waterweg-Noordgebied en in Dordrecht. Eerst zijn antwoordscores op alle variabelen afzonderlijk beschreven en is aangegeven hoe de variabelen geoperationaliseerd zijn. Uit de onderzoeksgegevens wordt duidelijk dat:

- meer dan de helft van de ondervraagden van mening is precies te weten hoe borstzelfonderzoek gedaan moet worden.
  Ongeveer 25% doet borstzelfonderzoek één maal per maand, slechts 10% lijkt het op een juiste manier te doen;

- van de vrouwen die nooit borstzelfonderzoek doen 43% zegt wel het voornemen heeft het te gaan doen. Ongeveer een kwart van vrouwen twijfelt;

- houdingen t.a.v. borstzelfonderzoek en voorlichting overwegend zeer positief zijn. Van met name de huisarts en de partner lijkt daarbij een stimulerende werking uit te gaan;

- ruim 60% van de ondervraagden voornemens is informatie over borstkanker in te winnen. Bijna 30% twijfelt, 10% is dat niet van plan. Ongeveer 56% noemt in dit verband de huisarts als de meest waarschijnlijke bron om informatie in te winnen. Door slechts 4% van de ondervraagden wordt de wijkverpleegkundige genoemd als eerste informatiebron;

- kennis over symptomen, oorzaken en over epidemiologische gegevens middelmatig is. Ruim 55% van de ondervraagde vrouwen heeft de helft of meer van de symptoomvragen fout beantwoord, minstens 62% heeft een fout beeld van de genezingskansen van borstkanker. Daar staat tegen-

over dat ruim 53% van de ondervraagden een redelijke inschatting maakt van het vóórkomen van borstkanker. Opvallend is dat men denkt dat baarmoederhalskanker even vaak voorkomt, terwijl het in werkelijkheid veel minder vaak voorkomt.
Vrouwen die één of meer juiste symptomen over borstkanker weten, kennen meestal ook de andere mogelijke symptomen, terwijl vrouwen die één of meer onjuiste symptomen als juist bestempelen ook vaker alleen maar onjuiste antwoorden geven op de symptoomvragen.

- ongeveer 75% van de ondervraagden zegt behoefte te hebben aan meer informatie over borstkanker. In de meeste gevallen (73%) wordt "mogelijkheden van vroege opsporing van borstkanker" als onderwerp genoemd waar veel belangstelling naar uit gaat, direct gevolgd door "symptomen over borstkanker".
Overigens blijkt er geen samenhang te bestaan tussen kennis over deze onderwerpen en behoefte aan meer informatie erover. Er blijkt geen samenhang te bestaan tussen behoefte aan specifieke voorlichting over borstkanker en het zelf tot een verhoogd risiko groep behoren (10). Blijkbaar is deze groep zich er niet echt van bewust dat zij daartoe behoren of verdringen zij dit feit.

In het tweede gedeelte van dit hoofdstuk is nagegaan in welke mate de geselecteerde gedragsdeterminanten de intentie tot het inwinnen van informatie en het doen van borstzelfonderzoek kunnen verklaren. Daartoe is in eerste instantie gekeken naar de verklarende kracht van de in het model van Fishbein & Ajzen genoemde hoofdvariabelen attitude en subjectieve norm. Vervolgens is nagegaan welke samenhangen er bestaan tussen "externe variabelen" met de "hoofdvariabelen" en welke samenhangen tussen "externe" variabelen onderling. De belangrijkste bevindingen worden hieronder kort samengevat.

- De direct gemeten attitude t.a.v. borstzelfonderzoek hangt redelijk samen met het door de respondenten gerapporteerde borstzelfonderzoek. Naarmate men een positievere houding inneemt ten aanzien van borstzelfonderzoek is men ook meer geneigd regelmatig borstzelfonderzoek te doen. De attitude en de subjectieve norm verklaren samen slechts 15% van de te verklaren variantie. (R=.39). "Slechts" omdat in andere door Fishbein & Ajzen (1975; Ajzen & Fishbein, 1980) genoemde studies waar met het model gewerkt is multiple correlaties variërend van R=.57 tot R=.89 gevonden zijn.
(Voor mogelijke verklaringen voor de relatief lage verklaarde variantie in deze studie wordt verwezen naar hoofdstuk 8).

  De directe attitude en de subjectieve norm m.b.t. de intentie tot inwinnen van informatie verklaren bijna 20% van de te verklaren variantie. De meeste variantie wordt verklaard door de attitude. De gepercipieerde invloed van "signifikante anderen" voegt slechts 2% aan verklaarde variantie toe boven de attitude.
- Samenhangen tussen kennis over borstkanker en (de intentie tot het) doen van borstzelfonderzoek zijn slechts zeer zwak. Kennis over borstzelfonderzoek correleert positief met het doen van borstzelfonderzoek.
- De mate waarin men reeds over kennis beschikt vertoont geen samenhang met de intentie tot het inwinnen van informatie.
- Jongere vrouwen zeggen in sterkere mate van plan te zijn borstzelfonderzoek te doen als ze dat nog niet eerder gedaan hadden dan oudere vrouwen.

- Geen samenhang wordt gevonden tussen leeftijd en de intentie tot het inwinnen van informatie.
- Hoewel de gevonden samenhang niet signifikant is lijkt het erop dat vrouwen met een lage én een hoge sociaal economische status minder geneigd zijn borstzelfonderzoek te doen. Voor wat betreft het niet doen van borstzelfonderzoek door vrouwen uit hogere sociaal economische lagen wordt een verband gelegd met wat Verbeek-Heida (1975) noemt het "afwijzen van het medisch model door nieuw-principiëlen".
- De mate waarin men aktief participeert in de sociale omgeving vertoont een positieve samenhang met de intentie borstzelfonderzoek te doen.
- Geen samenhangen worden gevonden tussen gedrags en houdingsvariabelen en vroegere ervaringen met (borst)kanker.
- Evenmin lijkt de mate waarin men angst ervaart van invloed te zijn op gedragingen m.b.t. borstkanker.
- De in de literatuur gevonden samenhang tussen "internal locus of control" en de geneigdheid informatie in te winnen over zaken die met ziekte en gezondheid te maken hebben wordt in deze studie niet bevestigd.
- Voor wat betreft de samenhangen tussen de externe variabelen onderling is vooral gekeken naar de relatie tussen kennis (als afhankelijke variabele) met de overige externe variabelen. Sociaal economische status en "powerful others locus of control" blijken de beste voorspellers te zijn van de mate waarin men over kennis beschikt. Vrouwen uit hogere sociaal economische klassen hebben meer kennis over borstkanker dan vrouwen uit lager sociaal economische klassen. Vrouwen die sterk geneigd zijn te veronderstellen dat artsen invloed uitoefenen op hun gezondheid beschikken over minder kennis dan vrouwen die daartoe minder geneigd zijn.

De conclusie die hier in verband met de vraagstelling van dit hoofdstuk getrokken wordt is dat attituden het beste (de intentie tot) gedrag verklaren. Dat geldt met name voor de intentie tot het inwinnen van informatie. Wat (de intentie tot) het doen van borstzelfonderzoek betreft komt naar voren dat onafhankelijk van de attitude de variabelen: kennis over borstzelfonderzoek, leeftijd, en (in mindere mate sociale) participatie, tot gedragsdeterminanten gerekend kunnen worden. Volgens het theoretisch model van Fishbein & Ajzen kan dat niet. "Externe" variabelen kunnen *volgens dit model alleen via attituden en subjectieve normen* de gedragsintentie en het gedrag beïnvloeden. Een mogelijke verklaring voor het feit dat nu toch externe variabelen direct in plaats van indirect gedrag verklaren is dat niet alle saillante beliefs ter bepaling van de attitude in dit onderzoek meegenomen zijn. Deze "beliefs" kunnen te maken hebben met juist die externe variabelen die nu een "eigen" invloed uitoefenen op (de) gedrags(intentie). Wellicht is het noodzakelijk om per leeftijdsgroep meer zicht te krijgen op beliefs die een rol spelen in verband met het doen van borstzelfonderzoek. Borstkanker komt vooral voor bij wat oudere vrouwen. De kans dat vrouwen in de hogere leeftijdsgroepen ermee in aanraking komen (zelf of in hun directe omgeving) is groter dan voor jongere vrouwen. Een en ander kan van grote invloed zijn op hun attitudevorming. Meer onderzoek hiernaar is noodzakelijk.

Noot 1
Delen van dit hoofdstuk zijn overgenomen uit R. Jonkers en M. Rutten-van den Hof- Omgaan met borstkanker. Een onderzoeksproject betreffende voorlichting over borstkanker en borstzelfonderzoek. Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde, 59, 16, 1981. p. 556-564

Noot 2
Een houding ten aanzien van een object wordt volgens Fishbein & Ajzen (1975) gevormd door de som van de produkten van overtuigingen met betrekking tot een bepaald object en de wijze waarop toegeschreven kenmerken van dit object geëvalueerd worden. Deze vorm van attitudemeting wordt ook wel indirecte attitudemeting genoemd.
In formule:
$Ao = \sum b.o \times e.o$, waarin: Ao = attitude ten aanzien van object
bo = overtuigingen ten aanzien van object
eo = evaluatie van kenmerken toegeschreven aan dat object.
De overtuigingen met betrekking tot borstkanker zijn gemeten met behulp van 7 puntsschalen, lopend van zeer waarschijnlijk, vrij waarschijnlijk, waarschijnlijk, weet niet, onwaarschijnlijk, vrij onwaarschijnlijk naar zeer onwaarschijnlijk (scores lopend van 7 naar 1).
De bijbehorende evaluaties kennen eveneens zeven antwoordmogelijkheden die lopen van "heel belangrijk" tot "heel onbelangrijk" (van + 3 naar - 3).
Door sommering van de produkten van overtuigingen x evaluaties kunnen scores toegekend worden aan 'houdingen' ten aanzien van een object.
Wanneer een houding samengesteld wordt uit de som van de produkten van twee overtuigingen met bijbehorende evaluaties, dan staat een score van (2 x 7 x + 3 =) + 42 voor een maximale positieve houding, en een score van (2 x 7 x - 3 =) - 42 voor een maximale negatieve houding.
Houdingen kunnen eveneens direct gemeten worden, door in één uitspraak met behulp van Likert-schalen te meten. Bijvoorbeeld borstzelfonderzoek is heel zinvol tot heel zinloos. De houdingen die op directe wijze gemeten zijn, zijn gevormd door sommering van scores op 7-punts schalen die lopen van "heel goed" tot "heel slecht", "heel zinvol" tot "heel zinloos", "heel verstandig" tot "heel onverstandig", "heel waardevol" tot "heel waardeloos" (van + 3 naar - 3).
In dit onderzoek zijn attituden zowel op directe als indirecte wijze gemeten.

Noot 3
Een drietal beliefs met bijbehorende evaluaties is niet meegenomen in de bepaling van attituden t.a.v. borstzelfonderzoek. Het betreft de beliefs: "Het doen van borstzelfonderzoek veroorzaakt bij mij schaamtegevoelens"; "Borstzelfonderzoek is gemakkelijk te leren" en "Borstzelfonderzoek kost weinig tijd en inspanning". Een negatieve score op de evaluatie van de attituden van deze drie uitspraken "dat iets bij mij geen schaamtegevoelens veroorzaakt is voor mij.....", "dat iets gemakkelijk is te leren is voor mij..." en "dat iets weinig inspanning en tijd kost is voor mij..." hoeven geen negatieve invloed op de attitude t.a.v. borstzelfonderzoek te hebben. Zij zijn m.a.w. niet eenduidig gemeten en daardoor bij de bepaling van de attitude buiten beschouwing gelaten.

Noot 4
Alvorens de indirect gemeten houding ten aanzien van borstzelfonderzoek samen te stellen, is nagegaan in hoeverre bovengenoemde overtuigingen (beliefs) met daarbij behorende evaluaties met elkaar samenhangen.

lichaam leren kennen (2)	.44		
in stand houden gezondheid (3)	.57	.50	
stelt gerust (4)	.39	.35	.39
	vroeg opsporen (1)	lichaam leren kennen (2)	in stand houden gezondheid (3)

Voor alle correlaties : ($p < .001$)

De verschillende indicatoren hangen in redelijke mate met elkaar samen. Hoewel het een volstrekt arbitraire zaak is wanneer een correlatie sterk en wanneer zwak te noemen, zijn volgens Ajzen & Fishbein (1980) wel enkele richtlijnen te geven. In de sociale wetenschappen worden correlaties rond de .30 als bevredigend beschouwd. Correlaties die veel lager uitvallen zijn van weinig praktische betekenis, ook al zijn ze statistisch signifikant. Correlaties tussen .30 en .50 worden als redelijk goed beschouwd, terwijl correlaties van $>$ .50 als sterk worden aangemerkt.
Zouden de onderlinge correlaties heel hoog zijn, (bijv. $>$ .80) dan meten de indicatoren ongeveer het zelfde en heeft sommering weinig zin. Zouden de onderlinge correlaties heel laag zijn, (bijv. $<$ .10) dan is het de vraag of men de antwoordscores wel mag sommeren.

Noot 5
Op ongeveer identieke wijze volgt als bij het vaststellen van houdingen worden in de theorie van Fishbein & Ajzen gepercipieerde invloeden van belangrijke anderen vastgesteld.
De invloed wordt bepaald door de som van de produkten van normatieve overtuigingen (= wijzen waarop het individu overtuigingen van anderen percipieert) en de gevoeligheid voor de meningen van anderen (= motivation to comply).
In formule:
$SNo = \sum NBo \times Mo$, waarin SNo = sociale norm ten aanzien van object
NBo = normatieve overtuigingen ten aanzien van object
Mo = gevoeligheid voor opvattingen van anderen ten aanzien van object.
Ook de normatieve overtuigingen en de "motivations to comply" zijn gemeten met behulp van 7-puntsschalen. De normatieve overtuigingen van "zeer onwaarschijnlijk" naar "zeer waarschijnlijk" (1 t/m7), de gevoeligheid voor opvattingen van anderen van "heel belangrijk" tot "heel onbelangrijk" (+3 tot -3).

Noot 6
Gedrag of intentie tot gedrag m.b.t. voorlichting over borstkanker is met behulp van de volgende vragen gemeten:
1. Als er op de t.v. een programma is over borstkanker, kijkt u dan?
2. Komt het voor dat u uw huisarts iets vraagt over borstkanker?
3. Als er een voorlichtingsbijeenkomst over borstkanker zou worden gegeven zou u deze dan bezoeken?
4. Als u in de wachtkamer van uw huisarts een folder over borstkanker zou zien zou u deze dan lezen?
5. Als u een artikel over borstkanker ziet, leest u het dan?

De vragen 2 en 5 spreiden niet of nauwelijks. De meeste respondenten (76%) gaven aan, dat zij altijd of meestal een artikel over borstkanker lezen als ze het zien. 85% van de ondervraagden geeft aan dat het meestal niet of nooit voorkomt dat ze de huisarts iets over borstkanker vragen.

Noot 7
Om dezelfde redenen als genoemd bij noot 4 zijn ook hier onderlinge correlaties tussen de indicatoren berekend. Ook hier blijkt van een redelijke samenhang sprake.

t.v. programma	.29	
voorl. bijeenkomst	.28	.36
	folder wachtkamer	t.v. programma

(p<.001)

Noot 8
Om dezelfde redenen als genoemd bij noot 4 zijn ook hier onderlinge correlaties tussen de indicatoren berekend. Ook hier is doorgaans sprake van een redelijke samenhang.

begrip borstkanker	.57		
weten borstkanker	.52	.65	
angst verminderen	.40	.40	.41
	kennis borstkanker	begrip borstkanker	weten borstkanker

(p < .001)

Noot 9
De variabele "algemene kennis" is een samengestelde variabele die is berekend door de scores op de 12 symptoom-items; de 9 oorzaakitems en 3 epidemiologie items bij elkaar op te tellen. Omdat de epidemiologie items slechts drie in getal zijn en daarom ondervertegenwoordigd ten opzichte van de twee algemene kennis componenten, zijn de epidemiologie items vermenigvuldigd met een factor twee, waardoor de maximaal te behalen score (alle kennisvragen goed) 12 + 9 + 3 x 2 = 27 bedraagt.

De "algemene kennis" variabele vertoont na sommering per respondent het volgende patroon:

Algemene kennis over borstkanker, symptomen + oorzaken + epidemiologie

	aantal	%
0	-	-
1	2	0,3
2	4	0,5
3	3	0,4
4	7	0,9
5	13	1,7
6	13	1,7
7	18	2,4
8	35	4,6
9	34	4,5
10	25	3,3,
11	39	5,1
12	34	4,5
13	44	5,8
14	52	6,8
15	46	6,1
16	47	6,2
17	66	8,7
18	62	8,2
19	55	7,2
20	45	5,9
21	41	5,4
22	28	3,7
23	23	3,0
24	17	2,2
25	5	0,7
26	2	0,3
	760	100,0 (missing: 41)

Noot 10
Tot respondenten met een "verhoogd risico" wordt gerekend, vrouwen die 40 jaar of ouder zijn en die een grootmoeder, moeder, zuster of dochter hebben die borstkanker heeft (gehad).

HOOFDSTUK 6

BEINVLOEDING VAN DETERMINANTEN VAN GEDRAG M.B.T. BORSTZELFONDERZOEK EN HET INWINNEN VAN INFORMATIE OVER BORSTKANKER

6.1. Inleiding

"Voorlichten is een moeilijke aktiviteit", zo stellen De Haes en Schuurman (De Haes, 1983). Misschien zou de voorlichtingtaak nog wel meevallen, zo vervolgen zij als er maar een goede handleiding voor bestond, die kan aangeven welke strategie moet worden gevolgd om het gewenste effect te bereiken. Maar een "kookboek" dat gegarandeerd tot een succesvol resultaat leidt, bestaat niet. Waarschijnlijk zal het er ook nooit komen. Tot zover de Haes en Schuurman.
Voorzover er al voorlichtingskookboeken bestaan, is veelal niet duidelijk wat de specifieke werking is van de daarin gegeven voorlichtingskundige recepten en het daarbij aanbevolen instrumentarium te hanteren bij verschillende typen gezondheidsgedrag.
In dit hoofdstuk wordt een aantal van deze "recepten" beschreven in hun toepassing op het beïnvloeden van kennis, houdingen en gedragingen m.b.t. borstkanker. Eerst wordt in paragraaf 6.2. kort ingegaan op voorlichtingsinterventies gericht op het beïnvloeden van preventief gedrag rond kanker. Vervolgens worden enkele literatuurgegevens gepresenteerd, die een beeld geven van eerdere pogingen die verricht zijn om door middel van voorlichting het doen van borstzelfonderzoek te beïnvloeden.
Dan wordt in paragraaf 6.4. een voorlichtingsstrategie besproken ontwikkeld door Kok (1985). Het model bevat naast componenten van het model van Fishbein & Ajzen ook componenten van twee sociaal psychologische modellen over voorlichting n.l. het model van McGuire (1985) en het model van E.M. Rogers (1983). Aan de hand van het model van Kok zal in de daarop volgende paragrafen worden aangegeven welke voorlichtingsaktiviteiten zijn uitgevoerd om de in hoofdstuk 1 genoemde doelstelling te realiseren.
In dit hoofdstuk zal tevens verslag worden gedaan van een tweetal deelonderzoeken, waarvan de vraagstellingen voortvloeien uit problemen die zich voordeden bij de implementatie van voorlichtingsaktiviteiten. Het eerste deelonderzoek dat beschreven wordt in paragraaf 6.7., betreft een inventariserende studie naar kennis en opvattingen over borstkanker bij wijkverpleegkundigen. Het tweede deelonderzoek betreft een onderzoek met voorlichtingsmateriaal in wachtkamers bij huisartsen (paragraaf 6.8). In paragraaf 6.9. tenslotte volgen de samenvatting en de conclusies.

6.2. Beïnvloeden van gedrag door voorlichting: problemen m.b.t. vorm en inhoud

Bij de vraag hoe door middel van voorlichting kennis, houdingen en gedrag i.v.m. kanker te beïnvloeden, dient een onderscheid gemaakt te worden naar de methodiek en inhoud van de voorlichting. In navolging van Westmaas-Jes (1977) wordt onder methodiek zowel de voorlichtingsmethoden die gebruikt worden, de media en middelen, als de wijze waarop de methoden en middelen worden gehanteerd, verstaan. Zonder hierin uitputtend te zijn wordt een aantal problemen besproken die een rol gespeeld hebben bij het vaststellen van de voorlichtingsinterventies in dit onderzoek.

a. Inhoud

Het belangrijkste doel van kankervoorlichting gericht op het publiek is het proberen te bewerkstelligen van individuele vrijwillige aktie m.b.t. gezondheid. In dit geval het stimuleren van borstzelfonderzoek en het inwinnen van informatie over borstkanker.
Een probleem is dat het bij borstzelfonderzoek gaat om een aktie bij afwezigheid van onmiddellijke dreiging of ziekte. Green (1982) stelt dat survey-onderzoek laat zien dat de meeste mensen zich niet bijzonder vatbaar achten om een een of andere vorm van kanker te krijgen.
Het "Health Belief Model" (Rosenstock, 1974) stelt dat de veronderstelde dreiging van ziekte hoog moet zijn wil men tot preventieve aktie overgaan. Deze dreiging is volgens het model het produkt van de veronderstelde ernst van en de veronderstelde vatbaarheid voor de ziekte. De veronderstelde ernst van (borst)kanker wordt in het algemeen als zeer hoog beschouwd (zie hoofdstuk 2). Siero e.a. (1984) vonden in een onderzoek naar de rol van angst in voorlichting over borstkanker dat vrouwen de ernst van borstkanker overschatten en de eigen kwetsbaarheid daarvoor onderschatten.
R.W. Rogers (1983) stelt dat willen mensen tot aanbevolen gezondheidsgedrag (i.c. borstzelfonderzoek) overgaan zij een hoge inschatting moeten hebben van de effectiviteit van dat gedrag. In het literatuuroverzicht van hoofdstuk 2 wordt duidelijk dat de meningen over de zin van borstzelfonderzoek verdeeld zijn. Bij voorlichting over borstzelfonderzoek wordt in ieder geval geen remedie gegeven om van de ziekte gevrijwaard te worden. Integendeel, door het doen van regelmatig borstzelfonderzoek bestaat er juist een kans op realisering van het gevaar: het vinden van een afwijking in de borst die kanker blijkt te zijn, (Siero e.a. 1984; Jonkers, 1983). In hoofdstuk 8 zal hierop worden teruggekomen. Hier wordt nog opgemerkt dat onduidelijkheid in de medische wereld over het precieze effect van borstzelfonderzoek i.v.m. vroege opsporing van borstkanker en in vervolg daarop op verhogen van de overlevingskans zijn weerslag heeft op degenen die men wil overtuigen van het nut van borstzelfonderzoek. Rouwenhorst (1977) stelt dat het publiek meestal zit te wachten op het vinden van de oorzaak en het middel tot genezing of voorkoming van ziekte. Juist bij kanker is dat niet mogelijk.
De rol van angst in de voorlichting is een in de literatuur veel besproken onderwerp (voor een overzicht zie: Visser en de Haes, 1986). In een onderzoek van Siero e.a. (1984) is nagegaan in hoeverre voorlichtingsboodschappen m.b.t. borstzelfonderzoek en borstkanker angstaanjagend of juist angstverminderend moeten zijn om het meeste rendement in termen van het verrichten van borstzelfonderzoek (of de intentie daartoe hebben) te bereiken. In een viertal folders zijn ernst en kwetsbaarheid van borstkanker gemanipuleerd. Uit het onderzoek blijkt dat deze manipulatie (hoge-lage ernst; hoge-lage kwetsbaarheid) geen effect heeft op angst voor borstkanker.
Op grond van hun studie komen Siero e.a. (1983) tot een viertal aanbevelingen m.b.t. de inhoud van voorlichting over borstkanker en borstzelfonderzoek (p. 16).

1. Hoe de informatie ook wordt opgesteld -natuurlijk binnen aanvaardbare grenzen- te zeer bedreigend zal ze niet zijn. Angst lijkt geen remmende werking te hebben op aanbevolen gedrag.
2. Omdat vrouwen de ernst van borstkanker overschatten en de eigen kwetsbaarheid daarvoor onderschatten dient bij voorlichting:
   - de ernst realistisch behandeld te worden;
   - de persoonlijke kans onderstreept te worden.
3. Om een positieve houding te bewerkstelligen moeten bij voorlichting de voordelen benadrukt worden en de nadelen afgezwakt worden. Daarom moet duidelijk gemaakt worden dat:

- borstzelfonderzoek niet moeilijk is om uit te voeren;
- men zich daarbij vooralsnog niet ongerust hoeft te maken;
- het weinig tijd kost;
- en dat de genezingskans en dus de kans op overleven wordt vergroot door vroege opsporing.

4. Omdat de manier waarop veel vrouwen borstzelfonderzoek blijken te doen (verg. § 5.2.2.) te wensen overlaat moet bij voorlichting benadrukt worden:
   - dat men borstzelfonderzoek regelmatig doet;
   - dat men borstzelfonderzoek zorgvuldig doet;
   - dat de instructies precies moeten worden opgevolgd.

Met deze aanbevelingen is zoveel mogelijk rekening gehouden bij het uitvoeren van de voorlichtingsaktiviteiten in dit project.

b. Methodieken

Er zijn diverse methoden om "voor te lichten", welke kunnen variëren van kennisoverdracht met behulp van massacommunicatieve middelen zoals radio, t.v., kranten, folders e.d., via voorlichting in groepen zoals lezingen, discussie, praatgroepen tot persoonlijke, face-to-face voorlichting (tweegesprek). Green (1982) stelt dat met name voor voorlichting over kanker niet duidelijk is welke media gehanteerd moeten worden:
"Should the major effect to be change attitudes and beliefs through mass communication for example, or should behavior change be sought primarily through social and environmental supports such as family and neighbourhood action programs?" (p. 216). Vragen waarop z.i. op basis van empirisch onderzoek nog geen duidelijke antwoorden te formuleren zijn.
Voorlichting over borstkanker en borstzelfonderzoek werd in deze studie op verschillende manieren gegeven: via massamedia, groepsvoorlichting en persoonlijke voorlichting. Op het moment dat deze voorlichtingsaktiviteiten werden uitgevoerd was er relatief weinig gedegen evaluatieonderzoek gedaan naar effectieve wijzen van voorlichting. Weliswaar zijn er verschillende studies verricht waarin bijvoorbeeld onderzocht is hoe door middel van massamedia of door groepsvoorlichting gedrag beïnvloed kan worden; duidelijke en gefundeerde aanbevelingen i.v.m. voorlichting ontbreken veelal. Een vergelijkbaar probleem onderkent Schuurman (1983) bij voorlichting over geslachtsziekten.
Bij het vaststellen van de voorlichtingsmethoden die gebruikt zijn in het project "Omgaan met borstkanker" is gebruik gemaakt van de indeling van Westmaas-Jes (1977). Zij stelt dat massacommunicatieve methoden het meest zinvol zijn als het doel is:

- stimuleren dat ergens over gepraat gaat worden;
- in korte tijd een groot aantal mensen over iets informeren;
- de publieke opinie attent maken op bepaalde problemen;
- interesse opwekken
- deelname aan eenmalige aktie verwerven;
- een groot aantal reeds tot gedragsverandering gemotiveerde mensen hiertoe concrete richtlijnen geven.

Groepsmethoden zijn te gebruiken als een zekere kennis aanwezig is en de doelen liggen op het vlak van:

- vergroten van kennis m.b.t. meer complexe onderwerpen;
- vergroten van inzicht in gezondheidsproblemen en de mogelijkheden deze op te lossen;
- bewustwording van de eigen houding t.a.v. deze problemen;
- bewustwording van groepsnormen hieromtrent;
- verandering van eigen gevoelens en houdingen;
- verandering van groepsnormen;
- verandering van gedrag.

Individuele methoden zijn te gebruiken wanneer het gaat om:
- kennis, houding of gedrag met een sterke privacy-component;
- de doelen slechts gelden voor die personen, niet voor anderen;
- de persoonlijke kenmerken van een persoon of situatie een specifieke afstemming van de voorlichting nodig maken (p. 135 - 137).

Een combinatie van deze methoden verhoogt de kans dat zowel, wat Green (1982) noemt, "internal forces" (beliefs, attituden) als "external forces" (invloeden vanuit de omgeving) m.b.t. gezondheidsgedrag aangesproken worden. Welk type interventies m.b.t. voorlichting over kanker in welke mate internal en/of external forces aanspreken en wat de invloed van deze "forces" op gedrag is, is volgens Green (1982) onvoldoende bekend. Hij concludeert dan ook: "Until the evidence is more conclusive, health educators must continue to attempt behavior change through both internal and external forces and must seriously evaluate their efforts" (p. 217).
Bij pogingen om met behulp van de genoemde voorlichtingsinterventies kennis, houdingen en gedragingen te beïnvloeden zijn op een 3-tal momenten evaluaties ingebouwd. Daarbij is ook nagegaan in welke mate de verschillende aktiviteiten de volwassen vrouwelijke bevolking ook bereikt hebben. Hierop wordt in hoofdstuk 7 teruggekomen. Eerst wordt in de volgende paragraaf een kort overzicht gegeven van in de literatuur beschreven projecten gericht op het beïnvloeden van borstzelfonderzoek d.m.v. voorlichting. Dit overzicht is vooral bedoeld om enig zicht te krijgen op de typen interventies die gepleegd zijn en de wijzen waarop getracht is deze interventies te evalueren. Beschikbare informatie over dergelijke projecten vormt als het ware een referentiekader waaraan ontwikkeling van ideeën in deze studie en de in hoofdstuk 7 te bespreken effecten van de voorlichtingsaktiviteiten gespiegeld kunnen worden.

6.3. Pogingen om doen van borstzelfonderzoek te bevorderen

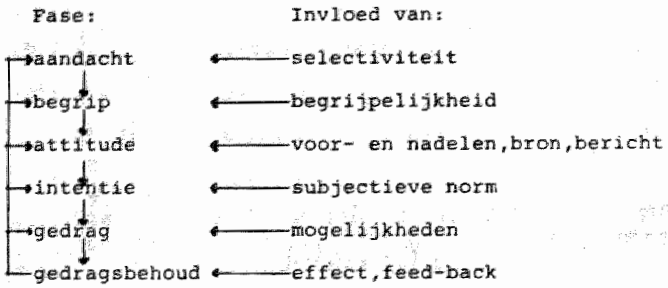
Op verschillende wijzen is de laatste decennia getracht het doen van borstzelfonderzoek te bevorderen. Kegeles (1984) constateert dat vele van deze pogingen onvoldoende of niet vergezeld zijn gegaan van evaluatiestudies naar de effecten van die inspanningen. Een belangrijke uitzondering daarop is de omvangrijke voorlichtingscampagne die Gästrin (1981) organiseerde tussen 1973 en 1975 in Finland. De campagne was gericht op het bevorderen van vroege opsporing van borstkanker d.m.v. borstzelfonderzoek. Het programma richtte zich op een populatie van 56000 vrouwen. Voorlichting via massamedia werd gecombineerd met persoonlijke instructie. Daarnaast werd gewerkt met kalenders waarop vrouwen de onderzoeksdata bijhielden; met ondersteuning bij het doen van borstzelfonderzoek door sleutelfiguren, hoofdzakelijk verpleegkundigen. Voordat ze aan het Mamma-programma deelnamen deed ca. 2 % van de vrouwen maandelijks borstzelfonderzoek. Al tijdens het programma steeg dit percentage volgens de kalenders naar 70 %. Tengevolge hiervan werden in het eerste jaar 750 vrouwen met symptomen opgespoord waarvan 12 % kanker bleek te hebben. Gegeven de leeftijdsverdeling van de participanten zou men 51 nieuw gediagnostiseerde gevallen van borstkanker hebben kunnen opsporen, nu werden er 90 opgespoord. Het aantal waargenomen nieuwe gevallen was hoger dan verwacht in elke leeftijdsgroep, met name in de leeftijdscategorie van 35-44 jaar. Het aantal gevallen zonder uitzaaiing naar de okselklieren steeg met 27% ten opzichte van het jaar voorafgaand aan de campagne naar 70%.

Het 5-jaars overlevingscijfer nam van 55% in het jaar voorafgaand aan de campagne toe tot 69% in het eerste jaar van de campagne.
Een dergelijk grote campagne wordt op dit moment gevoerd in Huddersfield, England (Philip, 1984). Daar wordt een zeven jaar durende prospectieve studie uitgevoerd naar de effecten van een voorlichtingsprogramma over borstzelfonderzoek op de mortaliteit vanwege borstkanker bij vrouwen tussen de 45 en 64 jaar (populatie: 22484 vrouwen). Het artikel van Philip (1984) rapporteert resultaten van deze studie na vier jaar. Gevonden is dat vrouwen die afwijkingen in de borst door borstzelfonderzoek vonden kleiner van afmeting zijn dan bij vrouwen die geen borstzelfonderzoek doen. In de studie werd een onderscheid gemaakt tussen kankers die door borstzelfonderzoek zijn opgespoord en kankers die bij toeval ontdekt zijn. Ongeveer 50% van de kankers bij diegenen die voorlichtingsbijeenkomsten bijwoonden is gevonden door de vrouwen zelf tegen 16% bij niet-bezoekers van deze bijeenkomsten. Op grond van de resultaten tot dan toe doen de onderzoekers nog geen uitspraken over de waarde van voorlichtingscampagnes over borstzelfonderzoek als bijdrage bij het vroeg opsporen van borstkanker.
Hill (1973) rapporteert over een veldexperiment in Victoria (Australië) waarin voorlichting via de televisie over borstzelfonderzoek gedurende bepaalde perioden in verschillende geografische gebieden gemanipuleerd werd. Huisartsen hielden dagelijks bij in welke mate deze voorlichtingsaktiviteiten leidden tot toename van het aantal geregistreerde borstklachten. Het belangrijkste resultaat was dat het aantal gemelde borstklachten in het "high publicity" gebied gedurende de eerste zes weken sterk toenam, daarna scherp daalde maar nog wel hoger bleef in vergelijking met een controlegebied. Een ander belangrijk resultaat was dat er geen negatieve effecten optaden. Publiciteit hield niet meer mensen weg van artsen dan dat ze inbracht. Dat is een belangrijk positief resultaat omdat dit soort publiciteit ook tot "kop in het zand" reacties had kunnen leiden. De grootte van medisch niet bevestigde afwijkingen in de borst was proportioneel gelijk voor het experimentele en het controlegebied zodat niet gesteld kan worden dat de t.v. campagne geleid heeft tot een hoeveelheid ingebeelde klachten.
Richards (1977) onderzocht de kennistoename over borstzelfonderzoek na afloop van een "kankerweek" waarin brochures werden verspreid, films ter beschikking werden gesteld, artsen en verpleegkundigen instructie gaven en ook in media als kranten en televisie aandacht aan borstzelfonderzoek werd besteed. Voor en na de campagne werden 1450 vrouwen van 15 jaar en ouder ondervraagd. Daaruit bleek dat het type informatiebronnen dat vrouwen gebruikten om aan informatie over borstzelfonderzoek te komen niet veranderde. Wel trad er een lichte stijging op van het gebruik van brochures (van 10% naar 16%). Andere bronnen waarvan gebruik gemaakt werd waren: pers (27%); arts/verpleegkundige (19%) en televisie (18%). Hoewel er een lichte toename van kennis werd geconstateerd met name bij vrouwen van 55 jaar en ouder deden na afloop van de campagne niet meer vrouwen aan borstzelfonderzoek.
Turner et al., (1984) boekten meer positieve resultaten met het verspreiden van een folder over borstzelfonderzoek. De helft van een populatie van 28788 vrouwen van 40-74 jaar, geregistreerd bij 28 "university teaching practices" ontvingen een voorlichtingsfolder over borstzelfonderzoek van hun huisarts en een half jaar later nogmaals. De andere helft kreeg deze folder niet. De groepen waren at random ingedeeld. Het vóórkomen van borstafwijkingen bleef gelijk in beide groepen (0,83%) gedurende een twee jaar durende follow up. Vroeg opgespoorde borstkankers kwamen aanzienlijk vaker voor in de interventiegroep in vergelijking met de controlegroep (53,6% versus 24,3%). De tumorgrootte was in de interventiegroep geringer dan in de controlegroep (gemiddeld 24.0 mm versus 32,6 mm).

Minder schokkende resultaten zijn geboekt in een voorlichtingscampagne over borstkanker en borstzelfonderzoek waarover Waters en Nichols (1982) rapporteren in een artikel met de veelzeggende titel: "Breast Cancer: women's knowledge and attitudes and the difficulties of influencing them". Na voorlichtingsinterventies via lokale radio, t.v., posters, folders en groepsbijeenkomsten zijn er bij 2 x 250 ondervraagde vrouwen geringe attitudeverschuivingen opgetreden. Meer vrouwen waren het na de campagne oneens met de stelling dat men maar beter niet aan borstkanker kan denken. Meer vrouwen hadden, in vergelijking met voor de campagne van borstonderzoek gehoord via een poster of van hun huisarts.
Naast massamediale campagnes is er met name de laatste jaren een aantal studies verricht waar gekeken is naar de effecten van groepsvoorlichting en persoonlijke instructie. McDermott & Marty (1984) onderzochten de effecten van voorlichting over borstzelfonderzoek op het doen van borstzelfonderzoek. Zij vergeleken de resultaten van een interventie d.m.v. groepsvoorlichting met instructie met behulp van modellen met voorlichting uitsluitend via pamfletten. Gekeken is naar effecten op kennis-, attitude- en gedragsniveau. Na drie maanden voorlichting waren er geen verschillen tussen de twee groepen (studenten) op kennisniveau. Wel scoorden respondenten uit de eerste groep significant beter op attitude-uitspraken en deden zij vaker aan borstzelfonderzoek.
Runswick (1976) en Worden (1983) stelden dat het aansporen tot borstzelfonderzoek de meeste kans van slagen heeft als dat gebeurt in een groepssituatie, in (vrouwen)clubs, op bijeenkomsten e.d.
Hall et al., (1977) en Adams et al., (1976) rapporteerden over de resultaten van een onderzoek waarbij gebruik gemaakt werd van een levensecht siliconenmodel met verschillende knobbels erin. Een dergelijk model werd gebruikt om in een persoonlijke instructie de kwaliteit van borstzelfonderzoek onder vrouwen te verbeteren. Een dergelijke wijze van instructie heeft volgens auteurs een positieve invloed op het technisch goed uitvoeren van borstzelfonderzoek. Duer (1984) toonde aan dat ook met toepassing van deze methode in groepen goede resultaten geboekt worden. Ook Squyres (1982) meldde positieve resultaten met instructie in groepsverband waarbij met modellen gewerkt werd.
Een laatste studie die hier vermeld wordt is een studie van Grady (1984) waarin getracht is borstzelfonderzoek bij vrouwen te stimuleren met behulp van herinneringsbriefkaarten en bijhouden van kalenders. At random werden 189 vrouwen aan een experimentele en een controlegroep toegewezen. De conclusie van dit onderzoek is dat "postcard reminders" een positieve uitwerking hebben op het doen van borstzelfonderzoek, self-management methoden met behulp van kalenders bleek alleen een positieve uitwerking te hebben bij vrouwen die niet in de menopauze zitten.

6.4. Een model van gedragsbeïnvloeding door voorlichting

Op basis van literatuuronderzoek, theoretische uitgangspunten en overwegingen zoals beschreven in paragraaf 6.2. is voor een combinatie van voorlichtingsmethoden gekozen om de gestelde doelen te bereiken. Een door Kok (1985) ontwikkeld model dat aangeeft welke fasen doorlopen moeten worden wil een voorlichtingsboodschap tot gewenst gedrag en gedragsbehoud leiden zal gebruikt worden als kader bij de beschrijving van deze aktiviteiten. Eerst wordt het model van Kok (1985) kort besproken.



Figuur 6.1
Model van gedragsbeïnvloeding door voorlichting (Kok, 1985)

Het model geeft aan dat op de eerste plaats voorlichting slechts effect kan hebben wanneer de ontvanger er de nodige aandacht voor heeft. Het ontbreken van deze aandacht is volgens Kok (1985) één van de meest onderschatte redenen voor het falen van voorlichting. GVO zal moeten aansluiten bij behoeften aan informatie bij de doelgroep. Mensen nemen selectief waar.
GVO kan ook slechts effect hebben wanneer de ontvanger de strekking van het voorlichtingsbericht begrijpt. Dat wil zeggen dat informatie zo moet worden opgesteld dat deze qua vorm aansluit bij de gedachtewereld van de doelgroep. Dat betekent bijvoorbeeld dat schriftelijk voorlichtingsmateriaal goed leesbaar moet zijn. Indirect betekent het ook dat de distributie van voorlichtingskanalen en de variatie in voorlichtingsmiddelen zo moet zijn dat het de drempels om de doelgroep te bereiken zo laag mogelijk houdt.
Attitudeverandering treedt op als de voorlichtingsboodschap de afweging van voor en nadelen van het gewenste gedrag kan beïnvloeden. De voordelen van het gewenste gedrag (in casu: doen van borstzelfonderzoek), en zo mogelijk de nadelen van het ongewenste gedrag (niet doen van borstzelfonderzoek) moeten verduidelijkt worden. De bron van de voorlichting (de afzender) moet geloofwaardig zijn en het bericht mag niet te extreem verschillen van de mening van de ontvanger.
Zoals het model van Ajzen & Fishbein aangeeft zijn bij het voorspellen c.q. verklaren van gedragsintenties naast attituden subjectieve normen van belang. Het veranderen van de subjectieve norm is moeilijk, zo stelt Kok (1985). Een mogelijkheid om dit te bewerkstelligen is om voorlichting in groepsverband te geven. Een andere mogelijkheid is om mensen voor te bereiden op een botsing met de sociale omgeving, die hen wil aanzetten tot ongezond gedrag. Mensen kunnen leren om te gaan met een dergelijke druk.
In dit verband is het ook van belang door middel van voorlichting een positieve attitude ten aanzien van voorlichting over borstkanker en borstzelfonderzoek bij professionele hulpverleners te bewerkstelligen. Uit de nul-meting komt naar voren dat met name huisartsen een belangrijke rol spelen in de vaststelling van de subjectieve norm van vrouwen m.b.t. voorlichting over borstkanker en borstzelfonderzoek. Tegelijkertijd wordt uit literatuurgegevens duidelijk (zie hoofdstuk 2) dat artsen zelf vaak nog slecht geïnformeerd zijn over kanker en/of negatieve attitude aannemen t.o.v. voorlichting over kanker.
Gedragsverandering treedt op wanneer er mogelijkheden zijn om een veranderde intentie om te zetten in gedrag. Voorlichting moet daartoe aangeven hoe een bepaald (nieuw) gedrag vertoond, volgehouden en ingebouwd kan worden in het leefpatroon.

Tenslotte moet voorlichting leiden tot gedragsbehoud. Het is daarvoor onder meer nodig dat mensen positieve feedback over hun gedrag krijgen. Feedback is niet altijd beschikbaar. Bij borstzelfonderzoek kan het effect zelfs negatief zijn: ontdekken dat er iets mis is. Het is daarom, zo stelt Kok (1985) moeilijk vrouwen tot borstonderzoek aan te zetten als ook niet duidelijk wordt aangegeven wat de positieve aspecten daarvan zijn (vergl. Siero e.a. 1984).
Een vergelijkbaar model is met succes toegepast door Farquhar e.a. (1984) in voorlichtingscampagnes gericht op de preventie van hart- en vaatziekten.
Alvorens aan de hand van het model van Kok aan te geven welke voorlichtingsaktiviteiten ondernomen zijn, wordt eerst ingegaan op een aantal uitgangspunten die bij deze aktiviteiten is gehanteerd, alsmede op enkele aktiviteiten die in het kader van de voorbereiding op de interventies zijn uitgevoerd.

6.5. Uitgangspunten bij het geven van voorlichting en beschrijving van enkele voorbereidende aktiviteiten

Bij het voorbereiden en implementeren van de in het project "Omgaan met borstkanker" ondernomen voorlichtingsaktiviteiten is een viertal uitgangspunten geformuleerd.

1. Voorwaarde voor het geven van voorlichting over borstkanker is de aanwezigheid van voldoende mogelijkheden tot opvang van mogelijk door voorlichting opgeroepen vragen.
2. De voorlichting dient aan te sluiten bij de theoretische uitgangspunten van het project en dient relevant te zijn voor de volwassen vrouwelijke bevolking.
3. Gezien het bestaande taboe met betrekking tot borstkanker, verdient het vergroten van de ontvankelijkheid voor voorlichting over borstkanker ruim aandacht.
4. De voorlichting over borstkanker dient gerealiseerd te worden via bestaande kanalen in de regio, teneinde continuering van de voorlichting na afloop van het project mogelijk te maken en te voorkomen dat het project als zodanig als tijdelijke "extra voorziening" gaat fungeren.

Gezien de genoemde uitgangspunten vormt de bereidheid tot medewerking van personen en instellingen in de regio die bij de voorlichting over borstkanker zijn betrokken, een essentiële voorwaarde voor de uitvoering van het project. Vanwege hun centrale rol in het project zijn reeds in een vroeg stadium contacten gelegd met huisartsen, wijkverpleegkundigen, vrouwenverenigingen en begeleidingsgroepen voor vrouwen die een borstamputatie hebben ondergaan. Ook zijn overige instellingen op het terrein van de gezondheidszorg en de maatschappelijke dienstverlening benaderd, zoals ziekenhuizen, GG & GD, gezinsverzorging, maatschappelijk werk en buurtcentra. (1)

Ten behoeve van de voorlichting is een set schriftelijk voorlichtingsmateriaal (2) ontwikkeld bestaande uit:

- twee posters over "Omgaan met borstkanker";
- een strooifolder over "Omgaan met borstkanker" waarin wordt ingegaan op de in de posters genoemde onderwerpen;
- een informatiefolder over borstzelfonderzoek waarin een instruktie wordt gegeven aan de hand van foto's en waarin besproken wordt waarom het voor een vrouw belangrijk is borstzelfonderzoek te doen;
- een informatiefolder over borstkanker waarin een aantal onderwerpen aangaande borstkanker wordt behandeld, zoals diagnostische- en behandelingsmethoden, begeleidingsmogelijkheden, symptomen, risicofactoren en misvattingen met betrekking tot borstkanker.

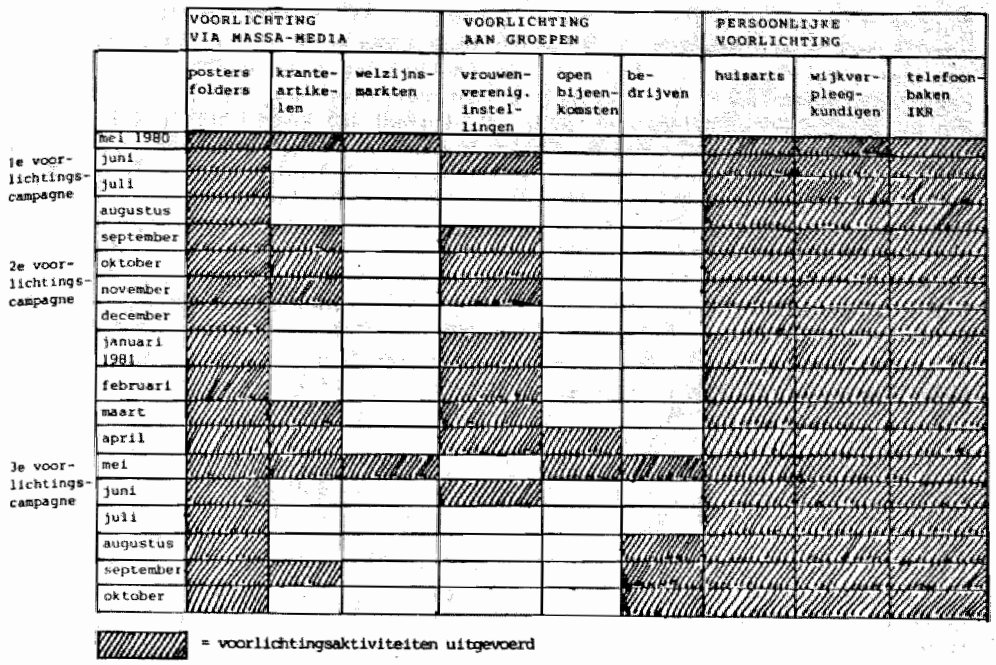
- een folder ten behoeve van huisartsen en wijkverpleegkundigen met een instructie voor de palpatie van de mammae.

Te verwachten valt, dat voorlichting over borstkanker vragen en reakties oproept. Niet alleen bij "gezonde" vrouwen, op wie de voorlichtingsaktiviteiten in feite gericht zijn, maar eveneens bij vrouwen die zelf een borstamputatie (hebben) moeten ondergaan. Het is derhalve noodzakelijk te beschikken over goede verwijsmogelijkheden. De bestaande mogelijkheden hiertoe in de regio zijn geïnventariseerd en, waar gewenst en mogelijk, zijn nieuwe ontwikkelingen gestimuleerd. Concreet resulteerde dit er o.a. in dat:

- in overleg met de Dr. Daniël den Hoedkliniek (kankerziekenhuis in Rotterdam) de regionale ziekenhuizen en de voorzitters van de plaatselijke huisartsenverenigingen een regionale huisartsen bijeenkomst is georganiseerd;
- in overleg met de plaatselijke kruisverenigingen en de Provinciale Kruisvereniging Zuid-Holland een bijscholingsprogramma voor wijkverpleegkundigen is opgesteld. Voorafgaande aan dit bijscholingsprogramma is een inventariserend onderzoek gedaan naar kennis en opvattingen van wijkverpleegkundigen over borstkanker. (In paragraaf 6.7. wordt gerapporteerd over de resultaten van dat onderzoek);
- contact is gelegd met begeleidingsgroepen aangesloten bij het Landelijk Contactorgaan Begeleidingsgroepen Borstkankerpatiënten, die opvang bieden aan "lotgenoten".

6.6. Voorlichtingsaktiviteiten

In onderstaande zal een overzicht worden gegeven van de voorlichtingsaktiviteiten die in het project "Omgaan met borstkanker" zijn ondernomen. Dit zal worden gedaan aan de hand van het door Kok (1985) ontwikkelde model van gedragsbeïnvloeding door voorlichting. Achtereenvolgens zal worden ingegaan op aktiviteiten m.b.t. aandacht (6.6.1) begrip (6.6.2.) attitude (6.6.3); intentie (6.6.4.); gedrag (6.6.5.) en gedragsbehoud (6.6.6). Zoals al eerder is gesteld zijn de voorlichtingsaktiviteiten verdeeld over een drietal voorlichtingscampagnes. Deze campagnes, die zich van elkaar onderscheiden door het accent dat op verschillende voorlichtingsmethoden werd gelegd, zijn steeds na afloop geëvalueerd. In onderstaand schema wordt een overzicht gegeven van de verschillende voorlichtingsaktiviteiten per campagne periode. De totale voorlichtingsperiode bedroeg 18 maanden.



Figuur 6.2
Overzicht voorlichtingsaktiviteiten project "Omgaan met borstkanker"

6.6.1. Aandacht

Het krijgen van aandacht voor voorlichting, de zogenaamde agenda-setting functie, is er op gericht om mensen bewust te maken van een probleem dat ook hen aangaat. Het gaat er in dit geval om vrouwen ontvankelijk te maken voor voorlichting over borstkanker. Hoewel uit de nul-meting 88% van de ondervraagden aangeeft iemand met kanker te kennen en 75% van de ondervraagden behoefte zegt te hebben aan meer informatie over borstkanker, komt uit ander onderzoek (Van den Heuvel, 1977) naar voren dat informatie over kanker vaak niet op prijs wordt gesteld.
De emotionele geladenheid van "kanker" en het heersende taboe kunnen ontvankelijkheid van mensen voor voorlichting blokkeren.
Het is derhalve noodzakelijk bij het geven van voorlichting over borstkanker een voorbereidingsfase in te bouwen, gericht op het vergroten van de ontvanklijkheid voor verdere informatie.
De aandacht en interesse voor het verschijnsel borstkanker en hiermee ook voor de voorlichting over dit onderwerp wordt vergroot, indien de voorlichting in een eerste fase voldoet aan de volgende criteria:

- de nadruk moet liggen op het verschijnsel borstkanker in de samenleving; borstkanker dient benaderd te worden als maatschappelijk probleem en niet op de eerste plaats als medisch probleem in de zin van: voorlichting over borstkanker als eventuele voorbereiding op de ziekte;
- het bevorderen van alertheid op het opsporen van symptomen door aan te geven wat vrouwen er zelf aan kunnen doen. De voorlichting dient concrete richtlijnen te bevatten over bijvoorbeeld het doen van borstzelfonderzoek, het tijdig raadplegen van een arts bij borstklachten;

In onze samenleving spelen met name massamedia een belangrijke rol in de zogenaamde agenda-setting. In dit kader is gedurende de eerste maanden van het project aandacht besteed aan voorlichting over kanker in de regionale- plaatselijke en wijkgerichte huis-aan-huisbladen, in dagbladen die in de proefregio gelezen worden. Alle (totaal 13) in de proefregio's benaderde kranten waren bereid artikelen in hun edities op te nemen. Doel van de artikelen was niet zozeer het geven van voorlichting, maar veeleer de aandacht vestigen op hetgeen er aan voorlichting over borstkanker in de regio plaatsvindt en waarom. Op deze wijze is getracht belangstelling en ontvankelijkheid hiervoor te stimuleren (2).
Tijdens de tweede voorlichtingscampagne zijn artikelen geplaatst waarin intermediairen betrokken bij de voorlichting over borstkanker in de proefregio (huisartsen, wijkverpleegkundigen, I.K.R. telefoon-baken-arts) aan het woord gelaten zijn en zijn met grote regelmaat aankondigingen geplaatst voor de in deze periode gehouden voorlichtingsbijeenkomsten.
Verder zijn om de aandacht op het onderwerp te vestigen posters en strooifolders ontwikkeld. Op deze posters en in begeleidende folders wordt kort ingegaan op borstkanker als maatschappelijk verschijnsel, op de noodzaak van vroege opsporing, de voordelen die dat biedt en de mogelijkheden die men zelf heeft daar iets aan te doen. Verder wordt vermeld waar men terecht kan voor meer informatie. Posters en strooifolders zijn verspreid over alle bestaande instellingen in de regio op het gebied van gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening, alsmede instellingen en vrijwilligersgroepen op sociaal cultureel en educatief terrein (n=143). Tijdens de tweede voorlichtingscampagne is het aantal distributiepunten uitgebreid (bijvoorbeeld naar postkantoren e.d.).
Tenslotte werd vanuit het project meegedaan aan drie regionale welzijnsmarkten en jaarmarkten, waar foldermateriaal is uitgedeeld, een doorlopende diaserie met gesproken tekst is getoond en mensen hun kennis over kanker konden testen met een "quiz machine".

Naast het trekken van aandacht voor de problematiek rond borstkanker bij de bevolking, is het van even groot belang aandacht te trekken van intermediairen die bij de verspreiding van informatie en de ondersteuning van de projectdoelen betrokken zijn. Zowel professionele hulpverleners, met name in de eerste lijn (huisartsen en wijkverpleegkundigen) als vrijwilligersorganisaties (vrouwenverenigingen, lotgenotengroepen) spelen daarbij een rol. Naast introduktiegesprekken met vertegenwoordigers van deze organisaties zijn bijscholingsprogramma's voor huisartsen en wijkverpleegkundigen georganiseerd (zie paragraaf 6.5.), is een introduktiebijeenkomst georganiseerd voor leden van de vrouwenraden in de regio (3) en is regelmatig een nieuwsbrief verspreid. In de nieuwsbrief werden alle betrokken intermediairen regelmatig op de hoogte gehouden van de voortgang in het project. Tenslotte is contact opgenomen met bedrijfsgeneeskundigen- c.q. personeelsdiensten van een aantal grote bedrijven en gemeentelijke instellingen om de mogelijkheden te onderzoeken van voorlichting over borstkanker in werktijd. Op deze manier kan ook een deel van de werkende vrouwelijke bevolking bereikt worden.
De hiervoor beschreven aktiviteiten hebben naast de functie dat zij de aandacht vestigen op de problematiek rond borstkanker ook functies ten aanzien van de andere fasen in het model van Kok. Zo worden krantenartikelen, posters etc. uiteraard niet alleen waargenomen door de tot de doelgroep behorende vrouwen maar ook door anderen die tot de sociale omgeving van "gezonde volwassen vrouwen" behoren. Op deze wijze kan de subjectieve norm, in de vierde fase van het model, beïnvloed worden. Massamedia zijn met name ingezet om aandacht te vestigen op het onderwerp. Zij zijn meestal niet de geschikte instrumenten om gedragsverandering te bewerkstelligen. Daarentegen kunnen massamedia wel bij

positieve gedragsintenties of in het geval het gewenste gedrag reeds vertoond wordt een bestendigende functie hebben en daarmee gericht zijn op gedragsbehoud.
Deze meervoudige functies gelden evenzeer voor andere in dit project ondernomen aktiviteiten. In die zin is de koppeling van deze aktiviteiten aan specifieke fasen in het "model van gedragsbeïnvloeding door voorlichting" enigszins gekunsteld. Terwille van de overzichtelijkheid worden de aktiviteiten toch verder aan de hand van dit model besproken.

6.6.2. Begrip

Wanneer voorlichtingsmateriaal en andersoortige informatie de interesse heeft opgewekt, gelezen en/of bekeken wordt, dient de boodschap die er in overgebracht wordt ook begrepen te worden, wil zij in het model van Fishbein & Ajzen tot attitudeverandering leiden. De schriftelijke informatie die in paragraaf 6.6.1. besproken is, was qua informatieve waarde zeer beperkt. In aanvulling daarop is een folder over borstzelfonderzoek en een folder over borstkanker ontwikkeld en verspreid. Verder werd de reeds bestaande folder "op weg naar herstel", bedoeld voor vrouwen die een borstamputatie hebben ondergaan verspreid, alsmede een folder waarin een instructie gegeven wordt voor "onderzoek van de mammae", bedoeld voor artsen en verpleegkundigen (2). Deze folders leggen in meer detail uit respectievelijk, hoe precies borstzelfonderozek te doen; feiten over borstkanker, oorzaken symptomen, behandelingsmogelijkheden, herstel, genezingskansen, maatschappelijke aspecten etc.; op welke wijze om te gaan met de gevolgen van een borstamputatie en herstel zo snel en zo veel mogelijk te bevorderen; welke handelingen verricht moeten worden bij palpatie van de borsten. Reden voor distributie van de folder "Op weg naar herstel" was dat voorlichting over borstkanker, alhoewel gericht op de volwassen vrouwelijke bevolking in het algemeen, specifieke vragen kan oproepen bij (ex)-borstkankerpatiënten. Op de posters en de strooifolders is vermeld dat men voor (verdere) informatie terecht kan bij de huisarts, de wijkverpleegkundige of het telefoonbaken van het Integraal Kankercentrum Rotterdam.
De distributie van de genoemde folders vond aanvankelijk plaats via deze intermediairen. Zij werden verzocht de informatie over borstkanker en borstzelfonderzoek direct en duidelijk onder de aandacht te brengen van hun cliënten. Door de mogelijkheid te bieden via individuele voorlichting uitleg en/of additionele informatie te krijgen van een professionele hulpverlener is getracht de begrijpelijkheid van het materiaal te optimaliseren. Bij het samenstellen van het voorlichtingsmateriaal is er op gelet de leesbaarheid van de informatie te maximaliseren. Dit is gedaan met behulp van een leesbaarheidtoets (Douma, 1960; Flesch, 1977) (4) De toets is toegepast op de folders "borstkanker" en "borstzelfonderzoek" alsmede op de folder "Op weg naar herstel" (Pruyn & Jonkers 1984). Voor alle drie de folders geldt dat de leesbaarheid gekwalificeerd kan worden als "vrij gemakkelijk", hetgeen qua soort literatuur volgens Flesch (1977) correspondeert met "dames/streekromans" (p. 284).
Tijdens de tweede voorlichtingscampagne werd het aantal distributiekanalen van de genoemde folders uitgebreid. De instellingen die in de eerste voorlichtingscampagne alleen de strooifolders distribueerden ontvingen nu ook de folders borstkanker en borstzelfonderzoek ter distributie. De distributie via intermediairen verliep te traag. De drempel voor het verkrijgen van dit informtiemateriaal leek te hoog. In paragraaf 6.8. wordt beschreven hoe getracht is met behulp van een experiment in wachtkamers bij huisartsen te achterhalen wat daar de oorzaak van kon zijn. Naast de laagdrempeligheid en begrijpelijkheid via brede distributie van

voorlichtingsfolders en persoonlijke instructie via intermediairen te maximaliseren is ook met behulp van groepsbijeenkomsten getracht de problematiek rond borstkanker en de daarop gewenste aktie (inwinnen van informatie en doen van borstzelfonderzoek) uiteen te zetten.
De programma's van de voorlichtingsbijeenkomsten (waarvan er in totaal 45 via vrouwenbewegingen, buurthuizen, instellingen voor gezinsverzorging en 15 via bedrijven en 6 via open bijeenkomsten zijn gehouden) waren zo samengesteld dat getracht is een optimale basis te creëren voor het bespreekbaar maken van borstkanker. Enerzijds is geprobeerd meer begrip te kweken voor de problematiek rond borstkanker als medisch- en als maatschappelijk probleem, anderzijds is geprobeerd om vrouwen een instrument in handen te geven om zelf iets aan deze problematiek te doen.
Het programma bestond voor alle 66 bijeenkomsten uit:

a. een algemene inleiding over borstkanker in de samenleving door een ex-patient/vrijwilligster.
   Daarin wordt met name veel aandacht besteed aan het taboe rond kanker, het bevorderen van de bespreekbaarheid en het omgaan met kankerpatiënten. Ook de volgende aspecten van borstkanker worden in deze lezing belicht: frequentie van vóórkomen, overlevingskansen, zelfonderzoek, oorzaken en risicofactoren en begeleidingsmogelijkheden.

b. een inleiding door een ex-patiënt/vrijwilligster.
   Leden van de begeleidingsgroepen zijn gevraagd tijdens de voorlichtingsbijeenkomsten iets te vertellen over hun persoonlijke ervaringen met borstkanker en over de aktiviteiten van de plaatselijke begeleidingsgroepen. Vaste elementen in de inleiding zijn:
- het verwerken van de confrontatie met borstkanker en de mogelijkheid van perspectief na de borstamputatie;
- het belang van openheid en een betere bespreekbaarheid;
- omgaan met borstkanker in je eigen omgeving;
- rol van de omgeving bij de verwerking;
- doel, werkwijze en bereikbaarheid van begeleidingsgroepen.

c. instructie van het borstzelfonderzoek met behulp van dia's. Hierbij werd een mondelinge toelichting gegeven op basis van de informatie uit het schriftelijke voorlichtingsmateriaal (voor een volledig programma-overzicht: zie bijlage 7.1).
   Uit vele reakties op de voorlichtingsbijeenkomsten bleek met name de inleiding door een (ex)patiënte grote indruk te maken. Participanten aan de bijeenkomsten gaven veelvuldig uitingen van verbazing over het feit dat "iemand er nog zo goed uit kan zien, niet te zien is dat je kanker hebt/gehad hebt e.d.". Hoewel niet cijfermatig aan te tonen hebben dit soort bijeenkomsten ongetwijfeld een bijdrage geleverd tot het meer begrijpen dat ook na een borstamputatie en na een traumatische ervaring als het krijgen van borstkanker "normaal" verder leven mogelijk is.

In de vorige paragraaf is reeds gewezen op het belang ook de aandacht van intermediairen met name in de eerste lijn te trekken omdat juist zij het zijn die geraadpleegd worden als mensen zitten met problemen, vragen en dergelijke rond ziekte. Daartoe zijn onder andere bijscholingsbijeenkomsten voor huisartsen en wijkverpleegkundigen georganiseerd.

6.6.3. Attitude

In de attitudevorming gaat het o.a. om een afwegen van voor en nadelen van een bepaald gedrag. De Haes e.a. (1976) omschrijven een attitude als: "...een evaluatief gevoelen op dimensies pro-contra, gunstig-ongunstig, appreciatie-afkeer, sympathie-antipathie, houden van-afkeer van etc.". Bij het vaststellen van de inhoud van het voorlichtingsmateriaal en het inhoud geven aan de voorlichting via groepsbijeenkomsten is er zorgvuldig op gelet voldoende de positieve elementen in de voorlichtingboodschap aan te brengen. DiMatteo en DiNicola (1982) stellen dat onderzoek heeft aangetoond dat een bedreigende boodschap slechts dan attitudeverandering zal bewerkstelligen als:

1. de waarschuwingen mensen ervan overtuigen dat hun gezondheid in gevaar is;
2. de reactie die men verwacht van mensen om dat gevaar te keren, door henzelf als efficiënt wordt gezien;
3. mensen ook geloven dat zij zelf in staat zijn om het aanbevolen gedrag uit te voeren.

De eerste voorwaarde vormt hier het grootste probleem. Bij aanbevelingen preventieve gedragingen met betrekking tot gezondheid te vertonen is het in het algemeen zo dat men iets moet doen of nalaten zonder dat er sprake is van een directe gezondheidsbedreiging of van ziekte. Een additioneel probleem bij het stimuleren van borstzelfonderzoek kan zijn dat het geen middel is om een "gezondheidsgevaar" te keren. (vergl. Siero e.a., 1984; Jonkers, 1983; Kok, 1986a). Grady (1984) stelt dat borstzelfonderzoek een preventieve gedraging is zonder feedback. De enige mogelijke uitkomsten van borstzelfonderzoek zijn volgens haar of negatief (men vindt iets verdachts) of neutraal (men vindt niets). Positieve uitkomsten zijn er naar haar mening niet. Wil men tot gewenst gedrag overgaan dan moeten er positieve stimulus condities zijn (vergl. ook R.W. Rogers, 1983).

In het in het project gebruikte voorlichtingsmateriaal is getracht deze positieve stimulus condities zoveel mogelijk aan te brengen door de mogelijke nadelen van borstzelfonderzoek af te zwakken en de voordelen te benadrukken. Zo is in de informatie benadrukt dat borstzelfonderzoek niet moeilijk is, dat het een middel is om borstkanker in een vroeg stadium op te sporen en dat vroege opsporing de genezingskansen aanzienlijk vergroot; dat 8 van de 10 afwijkingen in de borst geen borstkanker is en als afwijkingen vroeg opgespoord worden, ze beter te behandelen zijn; borstzelfonderzoek een methode is die weinig tijd kost en men zelf in de privé omgeving kan uitvoeren. Laatste wordt door Grady (1984) als een nadeel gezien. Immers de mogelijkheden tot extrinsieke beloning zijn gering juist omdat borstzelfonderzoek in een privé omgeving wordt verricht.

Uit de resultaten van de nul-meting kwam naar voren dat de gepercipieerde effectiviteit van borstzelfonderzoek vrij hoog is. Op de uitspraak "Door borstzelfonderzoek kan ik borstkanker in een vroeg stadium opsporen" zegt maar liefst 91% van de respondenten dat waarschijnlijk tot zeer waarschijnlijk te vinden. Dit is van belang in verband met de discussie rond de invloed van angst in voorlichting over borstkanker. Kok (1986a) stelt dat wanneer een persoon de eigen effectiviteit laag inschat, angstaanjagende voorlichting een negatief effect kan hebben. Analoog aan Leventhal (1984) maakt hij in dit verband het onderscheid tussen angstcontrole en gevaarcontrole. Angstcontrole is gedrag waarmee vooral de emotionele reacties op het bericht onder controle worden gehouden. Gevaarcontrole is gedrag waarmee vooral cognitief het onderkende gevaar onder controle wordt gehouden. Gevaarcontrole is meestal identiek met het in de voorlichting aanbevolen (gewenste) gedrag mits de persoon dat gedrag ook als beste middel tegen het gevaar ziet. Angstcontrole kan juist weerstand tegen het aanbevolen gedrag oproepen, wanneer dit gedrag teveel met de oorzaak van

de angst geassocieerd wordt. In de voorlichtingsfolders is zoveel mogelijk gestreefd naar het geven van informatie gericht op gevaarcontrole.
Een ander punt van overweging bij de beïnvloeding van attituden door middel van voorlichting betreft de geloofwaardigheid van de communicator en in verband hiermee de mate waarin reeds overeenstemming bestaat tussen de opinie van de communicator en die van de informatie-ontvanger, voordat de communicatie plaatsvindt. De geloofwaardigheid van (huis)-artsen als belangrijke informatieverstrekkers in dit project kan als hoog beschouwd worden. Dat komt zowel uit de resultaten van de nul-meting als uit de literatuur (zie hoofdstuk 2) naar voren. In termen van Rogers and Shoemaker (1971) kunnen zij als belangrijke opinion leaders gezien worden in dit verband. Voor wijkverpleegkundigen is dit uit de literatuur niet duidelijk. Uit de resulaten van de nul-meting kwam naar voren dat 15% van de ondervraagde vrouwen (n=801) aangeeft bij eventuele vragen over borstkanker een wijkverpleegkundige te zullen raadplegen.
Op de voorlichtingsbijeenkomsten was de "communicator" voor zover het meer de medische aspecten van borstkanker betrof steeds een professionele hulpverlener (een arts of een wijkverpleegkundige). Wanneer het de maatschappelijke en emotionele aspecten rond borstkanker betrof een (ex)patiënte. Hoe geloofwaardig een communicator overkomt, hangt sterk af van de mate waarin deze zelf een positieve attitude heeft ten aanzien van voorlichting over borstkanker en het doen van borstzelfonderzoek. Deze hangt weer af van de afweging van voor en nadelen die de hulpverlener heeft ten aanzien van het aanbevelen van in casu borstzelfonderzoek en de hoeveelheid informatie waarover hij beschikt bij het maken van die afweging. De vanuit het project georganiseerde bijscholingen voor wijkverpleegkundigen en huisartsen hadden als functie kennis over het onderwerp op peil te brengen. In paragraaf 6.8. wordt, althans voor wijkverpleegkundigen, duidelijk dat daar ook alle aanleiding toe was.
Hoewel verschillende aktiviteiten erop gericht waren de voorlichtingsaktiviteiten door huisartsen met name te intensiveren bleek dat toch niet altijd mogelijk. Het uitreiken van folders over borstkanker en borstzelfonderzoek aan alle vrouwen die het spreekuur van de huisarts bezoeken, of in contact komen met de wijkverpleegkundige (bijvoorbeeld via consultatiebureau's) valt in de dagelijkse praktijk niet als strikte richtlijn te hanteren.
De subjectieve beoordeling van de situatie door intermediairen zelf, speelt een doorslaggevende rol bij de mate waarin zij het geven van voorlichting over borstkanker/borstzelfonderzoek intensiveren. Aan deze subjectieve beoordeling ligt ten grondslag een waarden- en normenpatroon met betrekking tot gezondheidszorg en de verantwoordelijkheid van mensen voor hun eigen gezondheid. Een zekere weerstand is merkbaar tegen het aanbieden van voorlichting, omdat dit naar de beoordeling van de intermediairen niet altijd aansluit bij de behoeften van de cliënt en de situatie van het moment. Men is soms bang, mensen nodeloos ongerust te maken door "zomaar" uitreiken van folders over borstkanker. Met name huisartsen zijn bang, dat zij door dit gebaar bij vrouwen de indruk wekken dat er iets met hen aan de hand is. Het onder de aandacht brengen van het borstzelfonderzoek geeft in dit kader minder problemen. Tot het uitreiken van voorlichtingsmateriaal over borstkanker en borstzelfonderzoek en het geven van voorlichting hierover, zijn deze intermediairen bereid, naar mate dit naar hun persoonlijke beoordeling past in de context van het moment. Aarzeling bij het uitdelen van voorlichtingsmateriaal is niet alleen toe te schrijven aan het mogelijk niet eens zijn met de inhoud van het materiaal. Uit ander onderzoek (Jonkers en Pruyn, 1981) bleek dat de gepercipieerde

waarde van de inhoud van schriftelijk voorlichtingsmateriaal door hulpverleners (als uitreikers van het materiaal) en de doelgroep (als ontvangers van het materiaal) geheel verschillend kan zijn. Wil schriftelijk materiaal een effectief middel zijn in de voorlichting over, in dit geval, borstkanker dan moet het aansluiten bij de behoeften van de ontvanger, maar tegelijkertijd ook bij de voorwaarden die de verstrekker van het materiaal aan de inhoud verbindt. Aan alle huisartsen en wijkverpleegkundigen in de proefregio is het voorlichtingsmateriaal in concept toegezonden met de vraag of zij ermee akkoord gingen genoemd te worden als personen bij wie men voor meer informatie terecht kon en of zij bereid waren het voorlichtingsmateriaal uit te reiken. Allen, op één huisarts na, gingen daarmee akkoord; (de ene huisarts ging er wel mee akkoord voorlichtingsmateriaal in zijn wachtkamer te deponeren).
Door zelf posters en bijbehorend voorlichtingsmateriaal langs te brengen bij alle huisartsen in het proefgebied, tenslotte, is rekening gehouden met een mogelijke afwijzende houding van huisartsen voorlichtingsmateriaal te distribueren omdat het ze te veel moeite zou kosten. Het neerleggen van folders over borstkanker en borstzelfonderzoek in de wachtkamer, vergezeld met bijbehorende posters is mede geïnspireerd door Hill et al. (1979) die daar positieve resultaten mee boekten.

6.6.4. Intentie

Naast attituden spelen volgens Fishbein & Ajzen (1975) subjectieve normen een belangrijke rol bij het verklaren van de intentie tot gedrag.
Ook Freidson (1981) stelt dat de interpretatie van symptomen en gedrag van mensen gedeeltelijk wordt bepaald door heersende waarden en normen met betrekking tot ziekte en gezondheid in een bepaalde sociale groep. Het geven van groepsgewijze voorlichting biedt in dit project de mogelijkheid om borstkanker bespreekbaar te maken binnen een afgegrensde context, door voorlichtingsbijeenkomsten te organiseren bij bestaande plaatselijke of regionale groepen en instellingen en in bedrijven. In beide typen groepsbijeenkomsten (via vrouwenverenigingen en via bedrijven) is er sprake van situaties waar een stimulerende invloed vanuit de sociale omgeving kan uitgaan. In totaal zijn er in de regio 66 van dergelijke bijeenkomsten georganiseerd (5). In totaal werden die bijeenkomsten door ca. 2500 vrouwen bijgewoond. Zoals al eerder is aangegeven is de problematiek rond borstkanker niet alleen maar belicht als medisch probleem, maar vooral als maatschappelijk probleem. Voorlichtingsbijeenkomsten georganiseerd vanuit bestaande verenigingen, bedrijven en instellingen hebben als voordeel dat op deze wijze ook minder gemotiveerde vrouwen bij de voorlichting betrokken worden: mechanismen van sociale netwerken en sociale controle spelen daarbij een rol. Dergelijke voorlichtingsbijeenkomsten zouden uitstralingseffect kunnenhebben naar een veel grotere groep vrouwen (en mannen) dan die, welke feitelijk door de voorlichtingsbijeenkomst is bereikt, doordat naar aanleiding van de bijeenkomst bijvoorbeeld met vrienden of kennissen over de bijeenkomst wordt gesproken. Al eerder in dit hoofdstuk is gesproken over de belangrijke rol die met name huisartsen spelen in de voorlichting over borstkanker en borstzelfonderzoek en de aktiviteiten om deze rol in de praktijk ook zoveel mogelijk verwezenlijkt te zien. Uit de nul-meting is naar voren gekomen dat bij het bepalen van de eigen gedragsintentie veel afhangt van de wijze waarop men de invloed van de huisarts op dat gedrag percipieert. In paragraaf 6.5.1. is al aangegeven dat ook met behulp van massamedia invloed uitgeoefend kan worden op "overtuigingen" van het publiek en daarmee indirect op de "normatieve overtuigingen" van de te bereiken doelgroep.

Tot slot wordt hier nog vermeld dat het ook van belang is, in te spelen op "subjectieve normen" van intermediairen door instemming te krijgen van voor de doelgroep invloedrijke anderen. In dit kader zijn bijvoorbeeld contacten gelegd met plaatselijke huisartsenverenigingen, ziekenhuizen in de regio en plaatselijke besturen van kruisverenigingen. De bereidheid van de in het projectgebied werkende intermediairen aan de voorlichtingsaktiviteiten mee te doen wordt vergroot als hun "bedrijfstak" positief oordeelt over die aktiviteiten.

6.6.5. Gedrag

Kok (1985) stelt dat voorlichting een gedragsintentie tot daadwerkelijk gedrag kan omzetten als aangegeven wordt hoe een bepaald (nieuw) gedrag vertoond, volgehouden en ingebouwd kan worden in het leefpatroon. In het voorlichtingsmateriaal is getracht duidelijk aan te geven hoe dat gedaan kan worden. Duidelijke instructies, d.w.z. zeggen wat iemand precies moet doen, spelen in dit verband een grote rol (zie Siero e.a., 1984). Belangrijk is om zoveel mogelijk barrières die vrouwen ervan weerhouden een positieve intentie om te zetten tot gedrag, weg te nemen. Al eerder is aangegeven dat door het zo ruim mogelijk verspreiden van het foldermateriaal de drempel tot het verkrijgen van dat materiaal zoveel mogelijk verlaagd is. Alle voorichtingsmateriaal werd kosteloos ter beschikking gesteld.

6.6.6. Gedragsbehoud

Tenslotte wordt in deze paragraaf nog aangegeven welke aktiviteiten zijn ondernomen in het kader van de laatste stap uit het model van Kok (1985): gedragsbehoud.
Een essentiële voorwaarde bij het bewerkstelligen van "gedragsbehoud" is dat mensen positieve feedback krijgen op het gedrag dat ze vertonen. Juist bij het doen van borstzelfonderzoek levert dit problemen op. Hierop werd in paragraaf 6.6.3. al ingegaan.
De positieve feedback die men van borstzelfonderzoek zou krijgen speelt zich af op langere termijn in de zin dat, als men door regelmatig borstzelfonderzoek zelf met borstkanker geconfronteerd wordt dat de kans op een betere levensverwachting verhoogt. Omdat eventuele positieve feedback pas op langere termijn speelt is de kans groter dat als men t.a.v. borstzelfonderzoek gedragsbehoud wil bewerkstelligen, dat niet kan zonder voortdurende externe stimuli (vergl. Schunk en Carbonari, 1984). Dat wil bijvoorbeeld zeggen dat de voorlichtingsboodschap moet worden herhaald. Een probleem hierbij is volgens DiMatteo en DiNicola (1982) dat als bijvoorbeeld steeds de huisarts de communicator is in dit verband en men iedere keer de boodschap hoort als men zijn huisarts ziet, de boodschap te voorspelbaar wordt en de kans wordt vergroot dat deze genegeerd wordt. Verder kan herhaalde blootstelling aan de boodschap ook een boemerangeffect hebben, als de ontvanger van de boodschap sceptisch staat tegenover de inhoud ervan. Door de boodschap dan steeds te herhalen, kan de voorgelichte juist een negatieve houding ertegen innemen.
Met al deze beperkingen zijn er vooral aktiviteiten in de voorwaardenscheppende sfeer ondernomen om voldoende voorwaarden te creëren voor het uitvoeren van de voorlichting, medewerking en bereidwilligheid van de betrokkenen te aktiveren en zoveel mogelijk in stand te houden. Daartoe is op de eerste plaats een nieuwsbrief uitgegeven waarin gedurende de gehele duur van het project betrokkenen op de hoogte zijn gehouden. De nieuwsbrieven zijn ongeveer eens in de drie maanden uitgegeven.
Voorts is geregeld telefonisch contact onderhouden met huisartsen, hoofd-

wijkverpleegkundigen en instellingen die het voorlichtingsmateriaal distribueren. Door middel van deze contacten is getracht de belangstelling voor het project en de medewerking bij het geven van voorlichting in stand te houden c.q. te vergroten.

Gezien het tijdelijke karakter van het onderzoeksproject is het projectteam slechts een beperkte periode actief bij het opzetten, uitvoeren en ondersteunen van de voorlichting over borstkanker. Er is derhalve veel belang gehecht aan het creëren van voldoende mogelijkheden in de regio om de door het project gestarte voorlichting te kunnen continueren. Mede op grond van dit uitgangspunt is gekozen voor een benadering via bestaande intermediairen en groepen bij het geven van voorlichting. Een dergelijke benadering vormt echter op zichzelf geen voldoende voorwaarde voor continuering van de voorlichting, aangezien de coördinerende en aktiverende rol, tijdens de voorlichtingsperiode vervuld door het projectteam, verdwijnt na afloop van het project. Reeds ruimschoots voor het einde van het project is gezocht naar mogelijkheden deze coördinerende en aktiverende functie over te dragen. Binnen het proefgebied zijn daartoe werkgroepen gestart bestaande uit vrijwilligers (contactpersonen vanuit vrouwenorganisaties, vanuit besturen van plaatselijke kruisverenigingen, vanuit plaatselijke verenigingen van de Vereniging tot steun aan het Koningin Wilhelmina Fonds). Deze werkgroepen hebben als taak de voorlichting te continueren en te stimuleren. De plaatselijke bevolking kan op deze werkgroepen een beroep doen indien er behoefte bestaat aan voorlichting of andere aktiviteiten op het gebied van borstkanker. Zij hebben voornamelijk een "wegwijzer functie", gedeeltelijk een uitvoerende functie. Gekozen is voor plaatselijke werkgroepen om de afstand van en naar de bevolking zo klein mogelijk te houden. Uit continuïteitsoverwegingen maken zij gebruik van de plaatselijke kruisvereniging als contactadres.
Tenslotte is aan het einde van het project binnen de proefregio, en in het controlegebied een uitvoerige documentatiemap gedistribueerd met daarin allerlei praktische richtlijnen bij het opzetten van voorlichtingsaktiviteiten. Ook daarbij te gebruiken folders, instruktieboekjes, lezingen etc. zijn er in opgenomen (2) (Rutten & Jonkers, 1982). Voor landelijke verspreiding is de handleiding beschikbaar gesteld aan het voorlichtingscentrum van de Stichting Koningin Wilhelmina Fonds.

6.7. Onderzoek bij wijkverpleegkundigen naar kennis en opvattingen over borstkanker (6).

6.7.1. Inleiding

In het kader van het project "Omgaan met borstkanker" is getracht om de rol van wijkverpleegkundige als "voorlichter" te stimuleren. Op posters in foldermateriaal, in krantenartikelen e.d. zijn vrouwen in de proefregio gewezen op de mogelijkheid meer informatie in te winnen bij de huisarts of de wijkverpleegkundige. Als wijkverpleegkundigen ingeschakeld worden bij deze voorlichting is het noodzakelijk dat zij zelf over voldoende kennis over borstkanker beschikken en dat zij een positieve attitude innemen t.o.v. voorlichting over borstkanker en het doen van borstzelfonderzoek. Om na te gaan in hoeverre dat het geval is, is bij de start van de voorlichtingscampagne in 1980 aan wijkverpleegkundigen, aangesloten bij de Provinciale Kruisvereniging Zuid-Holland, gevraagd hun medewerking te verlenen aan een onderzoek. De vraagstelling in dit onderzoek luidt: hoe staan wijkverpleegkundigen tegenover voorlichting over borstkanker. Eerder heeft Van den Heuvel (1978) gesteld dat professionele hulpverleners in de eerste lijn, met name huisartsen en wijkverpleegkundigen, een belang-

rijke rol kunnen spelen in de kennisoverdracht en voorlichting over ziekten aan het publiek. Vooral de laatste jaren wordt het belang van deze voorlichtende rol van wijkverpleegkundigen onderschreven. Van oudsher is de taak van de wijkverpleegkundige meer een verzorgende. Uit de resultaten van de nul-meting (zie ook hoofdstuk 5) kwam onder meer naar voren dat ruim 60% van de ondervraagden zegt de steun van een wijkverpleegkundige na een borstamputatie belangrijk tot zeer belangrijk te vinden. In ditzelfde onderzoek gaf evenwel ook 15% van de ondervraagden aan het waarschijnlijk tot zeer waarschijnlijk te achten informatie in te winnen bij een wijkverpleegkundige bij vragen over borstkanker.
Meer specifiek kan de bovengenoemde vraagstelling als volgt geformuleerd worden:

- wat zijn de houdingen en gedragingen met betrekking tot het geven van voorlichting over (borst)kanker en het stimuleren van borstzelfonderzoek;
- nauw verband met deze vraag houdt de vraag: in hoeverre zijn wijkverpleegkundigen goed geïnformeerd over borstkanker, met andere woorden, wat weten zij van de ziekte.

Een deel van deze vraagstelling komt overeen met die uit een onderzoek van Van den Heuvel (1978), waarin de algemene vraagstelling luidde: "hoe denken wijkverpleegkundigen over kanker". Een aantal vragen dat in zijn onderzoek aan 110 wijkverpleegkundigen, aangesloten bij de Provinciale Kruisvereniging Noord-Holland is voorgelegd, is in de vragenlijst van het onderhavige onderzoek meegenomen. Een aantal resultaten uit het onderzoek van Van den Heuvel (1978) kan derhalve vergeleken worden met de resultaten uit dit onderzoek.

6.7.2. Onderzoekspopulatie en onderzoeksprocedure

In mei 1980 is aan 119 wijkverpleegkundigen in Zuid-Holland een vragenlijst verzonden met bijsluiting van een gefrankeerde antwoordenveloppe. In een begeleidend schrijven is het doel van het onderzoek uitgelegd en benadrukt dat de enquête gegevens anoniem verwerkt worden. Na drie weken is aan alle voornoemde wijkverpleegkundigen een herinneringsbrief gestuurd met het verzoek (voor zover van toepassing) de toegezonden vragenlijst ingevuld te retourneren. Eind juni waren 88 geldige lijsten ontvangen, hetgeen neerkomt op een response van 74%.
Algemene kenmerken van de onderzochte wijkverpleegkundigen zijn:

Tabel 6.1

leeftijd	%
20-29	34
30-39	25
40-49	20
50-	21
	100 n=86*

*niet alle totalen komen uit op 88. Dat komt doordat niet alle vragen beantwoord zijn.

Wat de burgerlijke staat betreft: de meeste wijkverpleegkundigen in deze studie zijn gehuwd of wonen samen (63%). Op één na bestaat de populatie uit vrouwen. Tabel 6.2. geeft aan hoeveel ervaring de respondenten hebben in hun huidige functie.

Tabel 6.2
Aantal jaren in huidige functie

aantal jaren in huidige funktie	%
korter dan twee jaar	23
drie tot vijf jaar	34
zes tot tien jaar	18
elf tot twintig jaar	15
langer dan twintig jaar	10
	100 n=84

6.7.3. Resultaten
Houding en gedrag m.b.t. het geven van voorlichting over borstkanker

Ongeveer 94% van de ondervraagden heeft een positieve houding t.o.v. voorlichting over borstkanker; 6% oordeelt neutraal over de wenselijkheid van dit type voorlichting. Een iets lager percentage ondervraagden (85%) vindt dat de wijkverpleegkundige een voorlichtingstaak heeft, 2% vindt dat niet en ruim 11% heeft daar geen mening over (2% geeft geen antwoord). Iets meer dan de helft van de ondervraagden geeft wel eens voorlichting over borstkanker. In 20% van de gevallen betreft dit uitsluitend voorlichting aan borstkankerpatiënten. Opvallend is dat hoewel ongeveer 50% van de ondervraagden zegt voorlichting te geven over borstkanker, 65% aangeeft vragen te krijgen over borstkanker. Blijkbaar beantwoordt 15% van de respondenten deze vragen niet zelf. Ongeveer éénderde geeft aan geconfronteerd te worden met vragen over borstzelfonderzoek.
Onderstaande tabellen geven inzicht in de frequentie waarmee de ondervraagde wijkverpleegkundigen met vragen over borstkanker en borstzelfonderzoek geconfronteerd worden. Deze tabellen geven tevens aan van wie deze vragen komen.

Tabel 6.3
Vragen over borstkanker

vragen over borstkanker (aantallen in percentages, n=88)	2-5 x per maand	1x per maand	1xper 2 maanden	paar maal per jaar	weet niet	totaal
van borstkankerpatiënten	10	14	5	8	63	100
van niet borstkankerpatiënten	9	8	3	8	72	100

Tabel 6.4
Vragen over borstzelfonderzoek

vragen over borstzelfonderzoek (aantallen in percentages)	2-5 x per maand	1x per maand	1x per 2 maanden	paar maal per jaar	weet niet	totaal
van borstkankerpatiënten*	3	5	1	6	85	100
van niet-borstkankerpatiënten**	8	5	1	6	79	100

* n=88, ** n=87

Van de 75 wijkverpleegkundigen die wel van mening zijn dat zij een voorlichtingstaak hebben geeft 75% aan deze taak belangrijk tot zeer belangrijk te vinden; 24% oordeelt neutraal over het belang van deze taak, één ondervraagde vindt deze taak volkomen onbelangrijk. Van alle ondervraagden geeft 42% de wens te kennen meer voorlichting te willen geven. Eenzelfde percentage (42%) wijkverpleegkundigen vindt dat zij genoeg voorlichting geven, 15% twijfelt of ze meer voorlichting willen geven. Van hen die aangeven niet meer voorlichting te willen geven blijkt ruim eenderde nooit voorlichting over borstkanker te geven.
Een belangrijk gegeven is het feit dat 24% van de ondervraagden aangeeft zelf onvoldoende (22%) tot ruim onvoldoende (2%) voorlichting te krijgen. Ruim 4% twijfelt of ze zelf voldoende voorlichting krijgen; 71% acht de voorlichting die zij gekregen hebben voldoende tot ruim voldoende. Ruim 36% van de wijkverpleegkundigen zegt wel eens instructies voor borstzelfonderzoek te geven, 59% zegt dit nooit te doen (5% geeft geen antwoord). Verder zegt 68% zelf regelmatig (1 x per maand) borstzelfonderzoek te doen; ruim 30% geeft aan dit niet te doen. In het voornoemde onderzoek van Van den Heuvel (1978) waren deze percentages resp. 11% en 10%. Ruim 96% van de ondervraagden geeft overigens aan het wenselijk tot zeer wenselijk te vinden dat vrouwen regelmatig borstzelfonderzoek doen.

6.7.4. Kennis over borstkanker

In totaal zijn vijf kennisvragen over borstkanker in de vragenlijst opgenomen. Zij hebben betrekking op vóórkomen van borstkanker, sterfte aan borstkanker, oorzaken van borstkanker en borstzelfonderzoek. De "geen antwoord" categorieën zullen in onderstaande tabellen niet apart vermeld worden. Vóórkomen van borstkanker: twee vragen:
- Een op de 17 mannen krijgt ooit in zijn leven longkanker. Hoe groot schat u de kans van een vrouw ooit in haar leven borstkanker te krijgen?
- Hoeveel procent van de opgespoorde knobbels in de borst is volgens u borstkanker?

Tabel 6.5
Een op de 17 mannen krijgt ooit in zijn leven longkanker. Hoe groot schat u de kans van een vrouw ooit in haar leven borstkanker te krijgen?

1 op de 4 à 5	6 %	
1 op de 6 à 10	9 %	
1 op de 11 à 15	28 %	juiste antwoord
1 op de 16 à 16	19 %	
1 op de 25 à 40	13 %	
1 op de 45 à 100	7 %	
1 op de 1000	1 %	
niet ingevuld/ weet niet	17 %	
	100 %	n=88

Zoals bovenstaande tabel laat zien werd deze vraag door 28% van de ondervraagden juist beantwoord. Een even hoog percentage (28%) scoort dichtbij het goede antwoord (9% en 19%), terwijl 27% duidelijk een onjuist antwoord geeft.
Ter vergelijking van de schatting naar het vóórkomen van borstkanker is de respondenten ook de vraag voorgelegd hoe groot zij de kans achten voor een vrouw om baarmoederhalskanker te krijgen. Opvallend is dat men de kans op het krijgen van dit type kanker ongeveer even hoog schat als de kans op het krijgen van borstkanker (in werklijkheid is deze kans 1 op de ongeveer 85).

Tabel 6.6
Hoeveel procent van de opgespoorde knobbels in de borst is volgens u borstkanker?
Het juiste antwoord is 10 à 20.

0 - 10 %	8 %	
10 - 20 %	8 %	juiste antwoord
20 - 30 %	17 %	
30 - 40 %	18 %	
40 - 50 %	9 %	
50 - 60 %	14 %	
60 - 70 %	5 %	
70 - 80 %	7 %	
80 - 100 %	13 %	
	100 %	n=88

Meer dan de helft van de ondervraagden heeft duidelijk een verkeerd beeld van het percentage "knobbels in de borst" dat op borstkanker duidt.
Slechts 8% schat dit percentage juist, terwijl 25% (8% + 17%) redelijk in de buurt zit.

In het onderzoek van Van den Heuvel (1978) is wijkverpleegkundigen een lijstje voorgelegd met mogelijke oorzaken van borstkanker. Dezelfde lijst is voorgelegd aan de respondenten in dit onderzoek. De antwoordpercentages die tussen haakjes staan zijn uit het onderzoek van Van den Heuvel. De aantallen hebben betrekking op de aangekruiste mogelijke oorzaken. De vraag luidde:

Tabel 6.7
Kunt u in het onderstaande aangeven wat volgens u mogelijke oorzaken van borstkanker zijn?
(De onjuiste antwoorden zijn onderstreept).

	aantal	%	(van den Heuvel, 1978 n=110)
verkeerde voeding	17	19,3	(5,5)
stoot tegen de borst	12	13,6	(44,5)
erfelijkheidsfactoren	46	52,3	(57,3)
anti-conceptiepil	19	21,6	(21,8)
anti-transpiratiespray	1	1,1	(4,5)
zorgen en piekeren	9	10,2	(6,4)
nog onbekende factoren	76	86,4	(niet gevraagd)

Ruim 86% van de ondervraagden noemt "nog onbekende factoren" als mogelijke oorzaak van borstkanker. In vergelijking met de resultaten uit het onderzoek Van den Heuvel (1978) wordt "verkeerde voeding" vaker genoemd maar stoot tegen de borst ongeveer 30% minder. Ter toelichting op de tabel dient nog vermeld te worden dat hoewel "verkeerde voeding" en

"erfelijkheidsfactoren" niet onderstreept zijn, daarmee gesuggereerd zou worden dat dit inderdaad oorzaken van borstkanker zijn. Hierover is onvoldoende bekend. Het zou echter onjuist zijn ze als stellige "foute" antwoorden aan te merken.

Als vraag naar kennis omtrent de sterfte aan borstkanker is opgenomen: Hoeveel van de 100 vrouwen van middelbare leeftijd met een vroeg opgespoorde borstkanker is volgens u vijf jaar na behandeling nog in leven?
De aantallen die naar aanleiding van deze vraag gegeven zijn variëren van 5 tot 98. Het door ons als "juist" aangemerkte antwoord luidt 70 of meer van de 100. Het gemiddelde aantal geschat door de wijkverpleegkundigen ligt op ongeveer 60 van de 100.

Tabel 6.8
Geschatte vijf jaars overlevingskans bij vroeg opgespoorde borstkanker

70 of meer van de 100	42 %	juiste antwoord
35 tot 60 van de 100	28 %	
minder dan 30 van de 100	13 %	
geen antwoord/weet niet	17 %	
	100 % n = 88	

Een laatste vraag die men als "kennisvraag" zou kunnen aanmerken luidde: "Heeft u het idee dat u precies weet hoe borstzelfonderzoek te doen?" Ongeveer 90% van de ondervraagden beantwoordde deze vraag bevestigend; 8 % had niet het idee het precies te weten en 2 % gaf geen antwoord.

6.7.5 Samenvatting en discussie van het onderzoek onder wijkverpleegkundigen

In dit onderzoek komt duidelijk naar voren dat een ruime meerderheid (85%) van de 88 geënquêtteerde wijkverpleegkundigen vindt dat zij een voorlichtingstaak heeft. De meesten achten deze taak belangrijk tot zeer belangrijk. Als het gaat om voorlichting over borstkanker zegt een lager percentage wijkverpleegkundigen (50%) voorlichting over borstkanker te geven, zowel aan borstkankerpatiënten als niet borstkankerpatiënten. Niet alle wijkverpleegkundigen die benaderd worden met vragen over borstkanker (65%) beantwoorden deze vragen zelf. Een reden daarvan zou kunnen zijn dat zij zelf onvoldoende over de ziekte geïnformeerd zijn. Ruim 22% van de ondervraagden geeft ook daadwerkelijk aan dat zij zelf onvoldoende voorlichting geven. Het percentage wijkverpleegkundigen dat meer voorlichting zou willen geven is het hoogst onder de groep die vindt dat ze zelf onvoldoende voorlichting krijgen.
Ten aanzien van de kennisvragen kan gesteld worden dat deze t.a.v. voorkomen, 5-jaars overlevingskansen en oorzaken van borstkanker vaak onjuist beantwoord worden.
Meer dan de helft van de ondervraagden heeft een te pessimistisch beeld van de betekenis van een knobbel in de borst; slechts 28% heeft een juiste voorstelling van het vóórkomen van borstkanker. Enige verontrusting kan uitgesproken worden over de misvattingen die bij wijkverpleegkundigen bestaan over de oorzaken van borstkanker. Naast de 19 maal genoemde oorzaak "de anti-conceptiepil" en de 9 maal genoemde oorzaak "zorgen en

piekeren" zijn 12 wijkverpleegkundigen (14%) van mening dat "een stoot tegen de borst" mogelijk de oorzaak is van borstkanker. Opgemerkt dient te worden dat met name voor alle kennisvragen geldt dat een relatief hoog percentage wijkverpleegkundigen (15-20%) geen antwoord geeft, hetgeen erop zou kunnen wijzen dat ze het juiste antwoord niet weten.
De mate waarin het vóórkomen van baarmoederhalskanker geschat wordt door de 88 wijkverpleegkundigen is ongeveer gelijk aan de schatting van het voorkomen van borstkanker. Dit is een beeld dat men ook ziet bij het publiek. (zie hoofdstuk 5). Waarschijnlijk is deze schatting beïnvloed door de vele publiciteit rondom bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker van de laatste jaren.
Het aantal vrouwelijke wijkverpleegkundigen dat aangeeft zelf regelmatig borstzelfonderzoek (1 x per maand) te doen is erg hoog, aanzienlijk hoger dan bij andere vrouwen uit het publiek (ongeveer 25% ; zie hoofdstuk 5) en dan bij wijkverpleegkundigen uit het onderzoek van Van den Heuvel (11%). De kans bestaat dat het in dit onderzoek gevonden hoge percentage wijkverpleegkundigen dat zegt 1 x per maand borstonderzoek te doen beïnvloed is door "sociale wenselijkheid". Een groot deel van de ondervraagden is werkzaam in het Waterweg-Noordgebied, waar het voornoemde voorlichtingsproject over borstkanker gehouden is.
Uit bovenstaande mag geconcludeerd worden dat de wijkverpleegkundigen zeker bereid zijn voorlichting over (borst)kanker een belangrijke plaats te geven binnen hun takenpakket. De gegevens laten echter tevens zien dat er behoefte bestaat aan meer bijscholing op dit gebied, zeker als 22% van de ondervraagden expliciet aangeeft zelf te weinig voorlichting te krijgen en hun kennis onvoldoende blijkt. De resultaten van dit onderzoek vormden aanleiding om wijkverpleegkundigen in de proefregio bij te scholen in hun kennis over borstkanker en het overdragen van informatie hierover.

6.8. Onderzoek in wachtkamers bij huisartsen

6.8.1. Inleiding

Bij het geven van voorlichting over borstkanker en borstzelfonderzoek, worden huisartsen beschouwd als belangrijke intermediairen. De voorlichtingsfolders worden deels door de huisartsen zelf uitgereikt, deels in wachtkamers neergelegd. In de loop van het project bleek, dat de folders slechts weinig uit de wachtkamers van huisartsen werden meegenomen.
Dit i.t.t. de verwachting die men mocht hebben op basis van resultaten uit de nul-meting. Op de vraag aan respondenten: "Als u in de wachtkamer van uw huisarts een folder over borstkanker zou zien, zou u deze dan lezen?" antwoordde ruim 47% dat beslist te zullen doen en 31% dat naar alle waarschijnlijkheid te zullen doen. Het leek derhalve zinnig meer inzicht te krijgen in hetgeen feitelijk met de folders in de wachtkamers gebeurt: wordt er bijvoorbeeld helemaal geen aandacht aan geschonken, of worden ze wel bekeken, maar weer teruggelegd?
Besloten werd hiertoe een klein onderzoek uit te voeren in de vorm van een reeks observaties in de wachtkamers van een aantal huisartsenpraktijken in het Waterweg-Noordgebied.
Doel van het onderzoek was antwoord te krijgen op de volgende vragen:
- worden folders in de wachtkamer gelezen c.q. bekeken?
- worden folders door de aanwezigen in de wachtkamer meegenomen?
- vormen folders aanleiding om in de wachtkamer over het onderwerp borstkanker te praten?

6.8.2. Voorbereiding

Voor de uitvoering van de observaties is de medewerking gevraagd van drie vrouwelijke leden van de plaatselijke KWF-verenigingen in Schiedam, Vlaardingen en Maassluis, die reeds eerder als interviewster participeerden in het project. De vrouwen observeerden in andere plaatsen dan waar zij geïnterviewd hadden.
Huisartsen van in totaal zeven praktijken werden benaderd, geselecteerd op grond van hun betrokkenheid bij het project en de te verwachten medewerking aan het onderzoek.
In totaal zegden huisartsen uit vijf praktijken hun medewerking toe. Van deze vijf praktijken zijn er drie gesitueerd in de buitenwijken (één in Schiedam, één in Vlaardingen, één in Maassluis) en twee in de stadskernen (Schiedam en Vlaardingen).

Uitvoering
Het onderzoek werd in oktober 1980 uitgevoerd. Hierbij werden drie verschillende situaties gecreëerd; behalve de eigenlijke observatie leek het zinvol eveneens te bekijken of "voorbeeld-gedrag" van de observanten in de wachtkamer zou leiden tot meer interesse voor de folders bij de aanwezigen.
Hiertoe ontvingen de observanten de volgende opdrachten:

situatie 1: U neemt plaats in de wachtkamer en doet verder niets.
situatie 2: U neemt plaats in de wachtkamer. Na enkele minuten pakt u één of meer folders van het project. U leest ze en stopt ze vervolgens in uw tas.
situatie 3: U doet hetzelfde als onder 2. Echter terwijl u de folder aan het lezen bent, mompelt u: "Hé!?" (Op een toon van belangstellende verwondering), gevolgd door "Goede folder". Na het lezen stopt u ook nu weer de folders in uw tas.

In totaal is iedere opdracht vijf maal uitgevoerd, dat wil zeggen in elke wachtkamer één maal. De observanten bezochten ieder éénmaal alle vijf de huisartsen praktijken met verschillende opdrachten.
Door hen geen vaste huisartsenpraktijk te geven, maar te rouleren is getracht het "observanten-effect" te minimaliseren.
Onderstaand schema geeft aan welke observanten (P, G, en T) bij welke huisartsen (Vlaard 1, Vlaard 2, Schie 1, Schie 2, Maas 1) in welke situaties (1, 2, 3) geregistreerd hebben.

Huisarts :	Vlaard 1	Vlaard 2	Schie 1	Schie 2	Maas 1
	P1	T1	G1	G2	P2
	G2	P2	T2	T3	G3
	T3	G3	P3	P1	T1

Figuur 6.3
Observatieschema onderzoek bij huisartsen

Elke observatie duurde een half uur. Vooraf is bij de huisartsen geïnformeerd naar het tijdstip/de dag waarop de wachtkamer doorgaans het drukst bezet is.

6.8.3. Resultaten en conclusies van het onderzoek in wachtkamers

Gemiddeld waren ongeveer 9 à 10 mensen tijdens de observatie in de wachtkamer aanwezig.
Bij de huisartsen met inloopspreekuur lag dit gemiddelde op ongeveer 14 personen, bij de huisartsen met afspraakspreekuur op ongeveer 5 personen. Over het geheel genomen, was hierbij de verdeling mannen/vrouwen ongeveer gelijk. Het aantal aanwezige kinderen werd niet geregistreerd. De gemiddelde leeftijd van de mensen in de wachtkamer was ongeveer 40 jaar.

Uit het onderzoek blijkt dat de aanwezige folders nauwelijks worden bekeken of worden meegenomen en dat er niet of nauwelijks wordt gesproken in de wachtkamer.
Het "voorbeeld-gedrag" van de observanten in de tweede en derde situatie gaf geen waarneembaar effect te zien bij de andere aanwezigen in de wachtkamer. Niemand reageerde hierop door zelf een folder te pakken of er iets over te zeggen.

Geconcludeerd kan worden, dat in de wachtkamers niet of nauwelijks merkbaar gereageerd wordt op het aanwezige voorlichtingsaanbod.
Afgezien van het feit, dat -als gevolg van het afspraakspreekuur- mensen tegenwoordig slechts korte tijd in de wachtkamer zitten, kan deze passieve houding mogelijk ten dele verklaard worden door het gepreoccupeerd zijn met het bezoek aan de arts en de geremdheid door de aanwezigheid van anderen in de wachtkamer.
Bij enkele huisartsen, die over een kleedkamertje beschikken tussen wachtkamer en spreekkamer en op een consultatiebureau zijn betreffende folders in kleedruimten gelegd.

In die situatie verdwenen de folders steeds weer "als sneeuw voor de zon". De conclusie die uit deze bevindingen is getrokken is dat er blijkbaar toch een te grote drempel heerst voor vrouwen om foldermateriaal over borstkanker in een wachtkamer van een huisarts te pakken als anderen dat kunnen signaleren. (Mensen zouden er wat van kunnen denken?). Naar aanleiding van dit onderzoek is besloten het aantal distributiepunten van de folders aanzienlijk uit te breiden en ook te deponeren op meer "anonieme plaatsen" (zie § 6.6.2.). Folders dienen weliswaar in de wachtkamer beschikbaar te zijn voor geïnteresseerden, maar enig effect van de voorlichting via de huisarts kan pas verwacht worden, wanneer deze de vrouwen zelf wijst op de folders en het belang hiervan en ze eventueel aan hen uitreikt.
De huisartsen zijn derhalve verzocht het persoonlijk uitreiken van de folders over borstkanker en borstzelfonderzoek -indien mogelijk- te intensiveren.

6.9. Samenvatting en conclusie

In dit hoofstuk is een overzicht gepresenteerd van de in het project "Omgaan met borstkanker" gehouden voorlichtingsaktiviteiten, gericht op het stimuleren van informatiezoekend gedrag m.b.t. borstkanker en het doen van borstzelfonderzoek.
Eerst is ingegaan op enkele problemen met betrekking tot de inhoud en vorm van de voorlichting die bij het plannen en opzetten van de voorlichtingsaktiviteiten een rol speelden. Tevens is daarbij een aantal uitgangspunten geformuleerd.
Als belangrijk probleem met betrekking tot de inhoud van de voorlichting is gesignaleerd dat men vrouwen door middel van voorlichting tot een maandelijkse handeling i.v.m. gezondheid (borstzelfonderzoek) tracht aan te zetten zonder dat er directe dreiging bestaat van ziekte. Daarbij gaat het bovendien nog om een handeling die geen remedie vormt voor de ziekte, in de zin dat als men nu maar maandelijks borstzelfonderzoek doet men geen borstkanker krijgt.
Wat de vorm van de voorlichting betreft is opgemerkt dat aanwijzingen voor gerichte instrumentaria om door middel van voorlichting de in dit onderzoek bedoelde gedragingen te beïnvloeden nagenoeg ontbreken.
In dit hoofdstuk is een overzicht gegeven van in de literatuur beschreven ervaringen met aktiegericht onderzoek erop gericht om het doen van borstzelfonderzoek te bevorderen.
Op verschillende wijzen is de laatste decennia getracht het doen van borstzelfonderzoek te bevorderen. Op enkele uitzonderingen na zijn deze pogingen niet of nauwelijks vergezeld gegaan van gedegen evaluatieonderzoek om de effecten van deze inspanning vast te stellen. Onder gedegen onderzoek wordt in dit kader tenminste een wat Cook & Campbell (1979) een "Untreated Control Group Design with Pretest and Posttest" verstaan waarbij een interventie in de experimentele groep voorafgegaan wordt door een beginmeting in zowel de experimentelegroep als in een controlegroep en waar eveneens gelijktijdig in beide groepen een nameting volgt.
Verder ontbreekt het in de meeste studies aan een theoretisch kader waarin de relatie tussen onafhankelijke variabelen en de afhankelijke (gedrags)variabelen verduidelijkt en de selectie van de variabelen verantwoord wordt.
In dit project is gebruik gemaakt van zowel massamedia, groeps- als individuele voorlichting om kennis, houdingen en gedragingen m.b.t. borstkanker te beïnvloeden. Bij de beschrijving van de specifieke aktiviteiten die in dit kader ondernomen zijn wordt gebruik gemaakt van het model van gedragsbeïnvloeding door voorlichting van Kok (1985). Dit model combi-

neert het model van Fishbein en Ajzen met enkele voorlichtingsmodellen, nl. die van McGuire (1974) en E.M. Rogers (1983).
Beschreven wordt hoe met behulp van verschillende voorlichtingsmethoden en het uitvoeren van verschillende voorwaardenscheppende aktiviteiten getracht is invloed uit te oefenen op de fasen: aandacht, begrip, attitude, intentie, gedrag en gedragsbehoud uit het model van Kok (1985).
Bij het vestigen van aandacht op de problematiek rond borstkanker is gesteld dat borstkanker niet alleen als medisch probleem maar ook als maatschappelijk probleem aandacht behoeft. Deze aandacht dient niet alleen bij het publiek bewerkstelligd te worden om via de opeenvolgende stappen tot gedragsverandering te komen maar ook bij hulpverleners. Op verschillende manieren is getracht de aangeboden informatie zo begrijpelijk mogelijk te maken. Dit niet alleen door begrijpelijke taal te schrijven in het schriftelijk voorlichtingsmateriaal, maar ook door zo duidelijk mogelijk instructies te geven wat zelf te doen aan de problematiek rond borstkanker. Verder is getracht meer begrip voor wat het betekent borstkanker te hebben, resp. gehad te hebben, bij te brengen bij het publiek door ook (ex)patiënten in de voorlichtingsaktiviteiten te betrekken.
In de pogingen om via het trekken van aandacht en zorg te dragen voor "begrijpelijke" voorlichting attituden te beïnvloeden is zoveel mogelijk getracht de voordelen van het inwinnen van informatie en het doen van borstzelfonderzoek in de voorlichting te benadrukken en de nadelen ervan af te zwakken. Ook is aandacht besteed in dit hoofdstuk aan de geloofwaardigheid van de communicator in dit verband en de mate waarin deze geloofwaardigheid op zijn beurt weer beïnvloed wordt door kennis, ervaringsdeskundigheid en opvattingen over borstkanker bij de communicatoren zelf. Eigen opvattingen van hulpverleners als communicatoren van voorlichting spelen ook een belangrijke rol bij het beïnvloeden van gedragsintenties via de subjectieve norm. In dit kader is onder meer aangegeven hoe door middel van het organiseren groepsbijeenkomsten getracht is mechanismen als sociale netwerken, sociale controle en "social support" te gebruiken bij het beïnvloeden van de subjectieve norm. Met betrekking tot de laatste fasen in het model van Kok: gedrag en gedragsbehoud, is aangegeven welke pogingen zijn ondernomen om barrières die de stap van intentie tot gedrag zouden kunnen blokkeren zoveel mogelijk te elimineren en voorwaarden te creëren die een stimulerende rol kunnen spelen bij het bewerkstelligen van gedragsbehoud.
Tot slot is een tweetal deelonderzoeken beschreven. Het eerste heeft tot doel na te gaan hoe het staat met kennis en opvattingen van wijkverpleegkundigen t.a.v. borstkanker. Dit is van belang te weten als zij ingeschakeld worden als belangrijke communicatoren van voorlichting aan het publiek. Conclusies uit dit deelonderzoek is dat hoewel de ondervraagde wijkverpleegkundigen wel van mening zijn een voorlichtingstaak naar het publiek te hebben, zij daar m.b.t. borstkanker en borstzelfonderzoek niet altijd even goed voor toegerust zijn. Veelal bestaan er ook bij hen nog allerlei misvattingen over borstkanker en dienen zij derhalve eerst intensieve bijscholing te ondergaan voordat zij een dergelijke voorlichtingstaak op zich nemen. De behoefte aan dergelijke bijscholing geven zij zelf in ruime mate aan.

Het tweede deelonderzoek dat in dit hoofdstuk beschreven wordt betreft een onderzoek in wachtkamers van huisartsen. Gekeken is of en in welke omstandigheden vrouwen bereid zijn foldermateriaal dat in de wachtkamers van huisartsen aanwezig is te lezen en/of mee te nemen.
De conclusie die uit dit deelonderzoek getrokken is, dat wanneer voorlichtingsmateriaal in een privacy-situatie wordt aangeboden men meer geneigd is er gebruik van te maken. De indruk bestaat dat vrouwen voor anderen (bekenden) niet willen weten dat ze informatie over borstkanker inwinnen.

Noot 1
Voor een uitvoeriger beschrijving van in de gelegde contacten c.q. aanwezige instellingen, organisaties en personen van belang voor het project wordt verwezen naar:

R. Jonkers; T. Ronner; M. Rutten; J. Alleyn; T. van de Horde.
Omgaan met borstkanker.
Interimrapport, Den Haag/Rotterdam, 1980.

Noot 2
Voor een uitvoerige beschrijving van het voorlichtingsmateriaal wordt verwezen naar:

M. Rutten; R. Jonkers.
Voorlichting over borstkanker, een praktische handleiding.
Provinciale Kruisvereniging Zuid Holland; Stichting KWF; Den Haag/Amsterdam, 1982.

Noot 3
Vrouwenraden zijn een soort koepelorganisaties van vrouwenverenigingen. Vertegenwoordigers van deze vrouwen verenigingen hebben zitting in de vrouwenraad.

Noot 4
De berekening van de leesbaarheidsscore is gebaseerd op Douma (1960); de kwalifikatie van de leesbaarheidsscore is gebaseerd op Flesch (1977). Douma heeft de formule van Flesh enigszins aangepast op grond van de overweging dat het Engels minder woorden nodig heeft dan het Nederlands. Ook de opbouw van de woorden in lettergrepen is niet gelijk. Douma stelt daarom voor de zinslengte niet met 1.02 maar met 0.93 en het aantal lettergrepen niet met 0.85, maar met 0.77 te vermenigvuldigen. De formule luidt dan:

Leesgemakscore= (gemiddelde zinslengte x 0.93) + (aantal lettergrepen per 100 woorden x 0.77) - 206,84.

Noot 5
Voor een uitvoerig verslag van de opzet, uitvoering en evaluatie van de voorlichtingsbijeenkomsten wordt verwezen naar:
M. Rutten; R. Jonkers: T. Ronner: J. Alleyn; T. van de Horde.
Omgaan met borstkanker.
3e interimrapport, Den Haag/Rotterdam, januari 1982.

Noot 6
Deze paragraaf is een bewerkte versie van een eerder verschenen artikel:
R. Jonkers - Meer voorlichting over borstkanker is noodzakelijk.
Maatschappelijke Gezondheidszorg (M.G.Z.) 8,12, 1980. p. 18-22.

HOOFDSTUK 7

EFFECTEN VAN DE VOORLICHTINGSAKTIVITEITEN

7.1. Inleiding

In dit hoofdstuk zal worden getracht een antwoord te formuleren op de in hoofdstuk 1 geformuleerde tweede vraagstelling van dit proefschrift: "Wat is de invloed van GVO interventies met betrekking tot borstkanker en borstzelfonderzoek op informatiezoekend gedrag en het doen van borstzelfonderzoek". Om dit na te kunnen gaan is evaluatie-onderzoek een noodzakelijk hulpmiddel. (Kok, 1985; Schuurman, 1983). Schuurman (1983) stelt dat onderzoek in dit verband eveneens noodzakelijk is om over enige fundering te beschikken voor beleidsbeslissingen. Daarbij moeten op z'n minst een drietal vragen beantwoord worden: (1983, p. 15) :

1. is voorlichting of GVO het geijkte middel om het gestelde doel te bereiken?
2. dient het GVO programma te worden voortgezet of niet, gezien de bereikte resultaten?
3. zo ja, kan het programma, of onderdelen ervan, worden verbeterd?

In dit hoofdstuk zal vooral worden ingegaan op de 1e vraag. De overige 2 vragen zullen in de "discussie en aanbevelingen" van hoofdstuk 8 nader besproken worden.

In het kader van het project "Omgaan met borstkanker" zijn in het proefgebied Waterweg-Noord een aantal voorlichtingsaktiviteiten ondernomen. Deze zijn in het vorige hoofdstuk uitvoerig besproken. Kok (1986b) stelt dat wil men na afloop kunnen zeggen of voorlichtingsaktiviteiten geslaagd zijn of niet dan dient er evaluatie-onderzoek plaats te vinden dat aan tenminste twee kenmerken voldoet.

In de eerste plaats is het essentieel dat evaluatie-onderzoek experimenteel gebeurt, dat wil zeggen met een adequate controlegroep. Het effect van een GVO-programma is betekenisloos als het niet vergeleken kan worden met het effect van een ander programma of van geen programma. In de tweede plaats is bij evaluatie-onderzoek essentieel dat de evaluatie het proces van verandering volgt, door de verschillende stappen in het veranderingsmodel (zie figuur 6.1., paragraaf 6.4.) te meten. Aan beide voorwaarden is in dit onderzoek getracht te voldoen. De bespreking van de resultaten van een vier-tal metingen in het proefgebied en het controlegebied (zie onderzoeksdesign, hoofdstuk 4, figuur 4.2.) zal wederom in grote lijnen geschieden aan de hand van het in hoofdstuk 6 afgebeelde gedragsverandering-model van Kok (1985).

Dat betekent dat in paragraaf 7.3. zal worden ingegaan op de mate waarin het gebruikte voorlichtingsmateriaal de aandacht van de vrouwen in het proefgebied heeft getrokken en de mate waarin de inhoud ervan begrepen is. In paragraaf 7.4. zal worden ingegaan op effecten op kennisniveau. Wanneer vrouwen voorlichtingsmateriaal hebben gelezen c.q. voorlichtingsbijeenkomsten hebben bijgewoond zou men mogen verwachten dat dat resulteert in een toename van de kennis over borstkanker en borstzelfonderzoek. Vervolgens zal in paragraaf 7.5. op effecten op attituden en in paragraaf 7.6. op intenties en gedragingen worden ingegaan. Voordat in paragraaf 7.9. enkele conclusies worden getrokken en dit hoofdstuk kort wordt samengevat wordt in paragraaf 7.7. nog kort ingegaan op samenhangen tussen enkele "externe variabelen" en het waargenomen en gelezen hebben van voorlichtingsmateriaal en in paragraaf 7.8. op de latente en manifeste behoefte aan informatie.

7.2. Presentatie van de gegevens

De presentatie van de gegevens in dit hoofdstuk is hoofdzakelijk geordend langs twee lijnen:
- vergelijking van gegevens van het proefgebied met gegevens van het controlegebied;
- vergelijking van gegevens uit het proefgebied van vrouwen die de voorlichtingsaktiviteiten hebben opgemerkt met gegevens van vrouwen uit het proefgebied die de voorlichtingsaktiviteiten niet of nauwelijks hebben opgemerkt. Dit laatste gebeurt vooral dan, wanneer in het proefgebied veranderingen optreden. Door een dergelijke vergelijking kan men nagaan of opgetreden veranderingen ook toe te schrijven zijn aan de ondernomen voorlichtingsaktiviteiten.

Vergelijking vindt in de regel plaats tussen gegevens uit "nieuwe" steekproeven. Dat zijn steekproeven waarbij respondenten voor de eerste keer in dit onderzoek geïnterviewd worden. Waar vergelijkingen worden gemaakt met of tussen panelgroepen, wordt dit uitdrukkelijk vermeld.
Bij de vergelijking zal op sommige plaatsen, waar voornamelijk sprake is van toetsing van data, gebruik worden gemaakt van signifikantietests. Op andere plaatsen is dat nagelaten. Dit heeft vooral te maken met het onderscheid dat bij dit type onderzoek gemaakt dient te worden tussen signifikantie en relevantie. De impliciete veronderstelling waarvan bij het starten van de voorlichtingsaktiviteiten is uitgegaan is dat vrouwen die bloot hebben gestaan aan een intensieve voorlichtingscampane beter met borstkanker kunnen omgaan dan vrouwen die niet zijn blootgesteld aan een dergelijke campagne. Wanneer er slechts geringe verschuivingen op indikatoren van "Omgaan met borstkanker" optreden in het proefgebied ten opzichte van het controlegebied dan is het zeer wel mogelijk dat de gevonden verschillen statistisch signifikant zijn. Echter er is al snel sprake van statistische signifikantie wanneer de aantalle respondenten per indikator groot genoeg zijn. Het is dan vervolgens de vraag of dergelijke gevonden statistische signifikante verschillen wel relevante informatie geven. Met relevante informatie wordt bedoeld beleidsrelevante informatie ter beantwoording van de in de inleiding van dit hoofdstuk gestelde vragen (vergelijk Schuurman, 1983).
Op grond van dezelfde argumenten waarop in sommige gevallen is afgezien van toetsingen op statistische signifikantie is in andere gevallen afgezien van het uitvoerig beschrijven van vergelijkingen van gevonden resultaten op sommige variabelen. Steeds zal in dit hoofdstuk worden aangegeven wanneer dat het geval is en zal de motivatie daartoe nader worden toegelicht.

7.3. Waarneming van de voorlichting: aandacht en begrip

In deze paragraaf zal worden beschreven wat en waar voorlichting geïnitieerd vanuit het project "Omgaan met borstkanker" is waargenomen. De mate waarin het voorlichtingsmateriaal is waargenomen vormt een indikatie voor de mate waarin men ontvankelijk is voor voorlichting over borstkanker. "Waarneembare" voorlichtingsaktiviteiten die in het project uitgevoerd zijn betreffen het publiceren van artikelen in kranten, het verspreiden van posters en folders en het organiseren van voorlichtingsbijeenkomsten. De mate waarin deze aktiviteiten zijn waargenomen en de mate waarin de geboden informatie gelezen en begrepen is wordt hieronder besproken. Verder wordt kort iets gezegd over waargenomen voorlichting over borstkanker in het controlegebied.

7.3.1. Waarneming van posters, folders en krantenartikelen

In de loop van het project is het gebruikte voorlichtingsmateriaal in toenemende mate waargenomen. Meldde na vier maanden 53% van de ondervraagden in het projectgebied een artikel in de krant gezien te hebben en/of een poster te hebben zien hangen en/of een folder gezien te hebben, na 10 maanden gaf 73% van de ondervraagden dat aan en na ruim anderhalf jaar 81% van de ondervraagden. Dit laatste percentage heeft alleen betrekking op waarneming van posters en/of foldermateriaal. De waarneming van het voorlichtingsmateriaal wordt in de volgende tabellen nader uitgewerkt.
In de volgende tabel wordt aangegeven in welke mate het voorlichtingsmateriaal in het Waterweg-Noordgebied is waargenomen:

Tabel 7.1
Waarneming van de voorlichting, naar type voorlichting en onderzoeksgroep.

	1e evaluatie meting	2e evaluatie meting	3e evaluatie meting
kranten	15 % (n=214)	17 % (n=127)	-
posters	13 % (n=213)	50 % (n=127)	65 % (n=96)
folders	15 % (n=208)	22 % (n=125)	28 % (n=93)

De verschillen in waarneming van posters en folders tussen eerste, tweede en derde evaluatiemeting zijn beide signifikant op $p<.05$ niveau (Posters: $\chi^2 = 33,90$; df = 2; folders: $\chi^2 = 7,64$; df=2)

Een overzicht van de waarnemingspercentages per folder levert het volgende beeld op:

Tabel 7.2
Waarneming van voorlichtingsmateriaal naar type folder

	1e eval. (n =214)	2e eval. (n=127)	3e eval. (n=96)
type folder			
strooibiljet	9 %	12 %	12 %
borstkanker	5 %	6 %	10 %
borstzelfonderzoek	7 %	7 %	16 %

In de bovenstaande tabellen zijn uitsluitend de percentages opgenomen uit de "nieuwe" steekproeven. Dat wil zeggen, alleen die percentages zijn opgenomen die betrekking hebben op respondenten die voor de eerste keer geïnterviewd werden. Uit de tabellen wordt duidelijk dat er een stijgende lijn is in de mate waarin het voorlichtingsmateriaal in het projectgebied is waargenomen. De waarnemingspercentages in de panelgroepen liggen in het algemeen wat hoger. Deze verschillen zijn toe te schrijven aan een intervieweffect, d.w.z. dat de kans dat vrouwen die 2x geïnterviewd zijn wellicht door het interview gestimuleerd worden om informatie in te winnen. In de panelgroepen is het voorlichtingsmateriaal gemiddeld door resp. 23% (strooifolder); 17% (folder over borstkanker) en 24% (folder over borstzelfonderzoek) waargenomen.

De meeste vrouwen die een folder gezien hebben, hebben deze ook gelezen. In de 3e evaluatiemeting zegt 83% van de ondervraagden die één van de folders gezien heeft deze ook gelezen te hebben.
In hoofdstuk 6 is reeds aangegeven dat de in de voorlichtingscampagne gebruikte folders aan een leesbaarheidstoets zijn onderworpen teneinde enig zicht te krijgen op de begrijpelijkheid van de geboden informatie. Een moeilijk geschreven tekst zal door mensen met een laag opleidingsniveau in het algemeen niet goed begrepen en daardoor ook niet goed gelezen worden. Hoewel de gehanteerde Flesh-Douma test (Douma, 1960; Flesh, 1977) geen harde garantie biedt voor leesbaarheidstoetsing geeft zij wel een indicatie voor leesbaarheid. Zoals al eerder gesteld kan de leesbaarheid van de folders als "vrij gemakkelijk" gekwalificeerd worden. In de derde evaluatiemeting is een extra controle vraag op dit punt gesteld. Deze luidde:
"In de voorlichting over borstkanker staat duidelijk wat je moet doen". Vrijwel alle ondervraagde vrouwen die het voorlichtingsmateriaal, gebruikt in het project, gelezen hebben zijn het eens met deze uitspraak.

7.3.2. Plaats van de waargenomen voorlichting

Zoals al eerder vermeld is, zijn in het project gebruikte folders in de eerste voorlichtingsperiode uitsluitend verspreid via huisartsen en wijkverpleegkundigen. Een uitzondering hierop vormden de strooibiljetten die tezamen met de posters op een groot aantal plaatsen te zien c.q. verkrijgbaar waren (1). Gedurende de tweede voorlichtingsperiode vond er een uitbreiding plaats van het aantal distributiepunten van de voorlichtingsfolders. Tevens werd het aanbod per distributiekanaal verruimd. De instellingen die in de eerste voorlichtingscampagne alleen de strooifolders verspreidden ontvingen ook de folders borstkanker en borstzelfonderzoek. Aan de distributiekanalen werden toegevoegd drogisterijen en postkantoren. Tenslotte werden huisartsen en wijkverpleegkundigen verzocht de informatie over borstkanker en borstzelfonderzoek wat directer en duidelijker onder de aandacht van hun cliënten te brengen.
Van de respondenten die de poster hebben zien hangen zegt 71% in de derde evaluatiemeting deze bij de huisarts gezien te hebben. Over alle respondenten gerekend heeft 50% de poster zien hangen bij de huisarts. Minder dan 10% van de respondenten geeft aan de poster gezien te hebben in een Kruisgebouw/bij wijkverpleegkundige of in een apotheek of op één van de andere plaatsen waar de poster opgehangen is.
Ook wat de folders betreft komt naar voren dat deze het meest gesignaleerd zijn bij de huisarts.
Van de respondenten die één van de folders gezien heeft, heeft 51% die bij de huisarts gezien. Over alle respondenten genomen heeft 19% tenminste één folder gezien bij de huisarts. Ook hier zijn de overeenkomstige percentages voor de andere plaatsen aanmerkelijk lager. Kruisgebouw/bij wijkverpleegkundige, apotheek, wijkgebouw/bibliotheek en ziekenhuis worden elk door maximaal 5% van de respondenten genoemd. "Overige plaatsen" wordt door 12% van de respondenten gescoord. Tot die overige plaatsen behoren drogisterijen en postkantoren.

7.3.3. Voorlichtingsbijeenkomsten

Tijdens de tweede en de derde voorlichtingscampagne zijn in totaal 66 voorlichtingsbijeenkomsten gehouden, waarmee c.a. 2500 vrouwen direct bereikt werden met voorlichting over borstkanker en borstzelfonderzoek. Deze voorlichtingsbijeenkomsten zijn in een drietal typen te onderscheiden: via vrouwenverenigingen, via bedrijven en via open bijeenkomsten, als volgt verdeeld: (zie ook bijlage 7.1.).

Tabel 7.3
Overzicht voorlichtingsbijeenkomsten

	Aantal bijeenkomsten	Totaal aantal bezoekers	Gemiddeld per bijeenkomst
vrouwenverenigingen	45	±1860	±41
bedrijven	15	± 580	±38
open bijeenkomsten	6	± 50	± 8
	66	±2490	

Zoals hierboven blijkt werden de z.g. "open bijeenkomsten" slecht bezocht. Deze werden aangekondigd via plaatselijke en regionale dagbladen, huis-aan-huisbladen etc. Na zes van dergelijke bijeenkomsten georganiseerd te hebben is besloten daar verder van af te zien.
Met name bij vrouwenverenigingen is op grote schaal van dit aanbod gebruik gemaakt: van de 55 benaderde verenigingen hebben 45 het project-team verzocht een voorlichtingsbijeenkomst te verzorgen.
Bij bedrijven en instellingen was de respons op het voorlichtingsaanbod geringer dan bij de vrouwenverenigingen: van de 50 benaderde bedrijven reageerden 30 positief, hetgeen resulteerde in 15 voorlichtingsbijeenkomsten, deels gecombineerd voor verschillende instellingen. De bijeenkomsten zijn mede georganiseerd vanwege de bevinding uit de nul-meting dat 50% van de ondervraagde vrouwen (part-time) werkzaamheden buitenshuis heeft en vanwege dat feit niet kunnen (willen) deelnemen aan een voorlichtingsbijeenkomst. Uit de derde evaluatiemeting komt naar voren dat 50% van de ondervraagden (in de nieuwe steekproef) zegt te weten dat er in het Waterweg-Noord gebied voorlichtingsbijeenkomsten zijn georganiseerd. In de 2e evaluatiemeting bedroeg dat percentage 46%. Het percentage vrouwen dat de bijeenkomsten ook daadwerkelijk bezocht heeft, ligt aanmerkelijk lager (ongeveer 7% van de vrouwelijke bevolking, ouder dan 20 jaar). Dit ogenschijnlijk lage percentage vereist enige toelichting. De lezingen zijn georganiseerd via met name vrouwenverenigingen, buurtverenigingen en instellingen voor gezinsverzorging in het projectgebied. Uit het onderzoek komt naar voren dat ongeveer 13% van de vrouwelijke bevolking lid is van dit type verenigingen.
Conclusie is dat voornoemde typen verenigingen een goede ingang vormen bij het organiseren van voorlichtingsbijeenkomsten over borstkanker. Verwacht mag worden dat de voorlichtingsbijeenkomsten niet alleen effect hebben naar de groep mensen die feitelijk deze vorm van voorlichting heeft bijgewoond, maar eveneens effect heeft naar de naaste omgeving van deze bereikte groep.
Hoewel cijfers ontbreken om dit hard aan te tonen bleek uit nagesprekken met contactpersonen van verenigingen/instellingen/bedrijven dat na enige tijd nog gesproken wordt over de gegeven voorlichting: in deze gesprekken worden dan ook leden/collega's betrokken die de voorlichtingsbijeenkomsten om welke reden dan ook, niet hebben bijgewoond. Verder heeft een aantal verenigingen om een tweede bijeenkomst verzocht, teneinde hun leden alsnog gelegenheid te bieden de voorlichting bij te wonen. Bij een drietal gemeentelijke instellingen bestond na de eerste bijeenkomst voor vrouwelijke personeelsleden, behoefte een dergelijke voorlichting eveneens te organiseren voor mannelijke personeelsleden met hun echtgenotes. Uit deze vervolg-aanvragen kan afgeleid worden, dat er sprake is van een zeker uitstralingseffect.

Naast het houden van nabesprekingen met contactpersonen van verenigingen, bedrijven en instellingen waar voorlichtingsbijeenkomsten zijn gehouden, zijn de bijeenkomsten door middel van schriftelijke vragenlijsten, deels uitgedeeld op de bijeenkomsten zelf, deels later nagezonden aan deelnemers van de bijeenkomsten. Uit de antwoorden op de vragenlijsten komt naar voren dat de meningen van de respondenten over het programma van de voorlichtingsbijeenkomst in het algemeen positief tot zeer positief zijn.
Meer dan 90% vindt beide lezingen -zowel de algemene inleiding als de inleiding door ex-patiënten- interessant en duidelijk.
Ruim 86% vindt de instructie van het borstzelfonderzoek aan de hand van dia's duidelijk. Bij de eerst gehouden bijeenkomsten vond een aantal bezoekers, dat de diaserie wat duidelijkheid betreft te wensen overliet. Op basis van deze reakties is de volgorde van de serie enigszins gewijzigd en de hierbij gegeven mondelinge instructie uitgebreid. In de gewijzigde versie blijkt de instructie duidelijker over te komen.
De percentages moeten met enige voorzichtigheid geïnterpreteerd worden. De non-respons op de verschillende vragenlijsten bedroeg gemiddeld 50%. Er dient derhalve rekening te worden gehouden met de mogelijkheid van een vertekening in gunstige richting: het is immers waarschijnlijk dat met name vrouwen die een uitgesproken positieve mening hebben over de bijeenkomst, meer geneigd zijn na afloop een vragenlijst in de vullen en op te sturen. In bijlage 7.2. wordt een volledig overzicht gegeven van non respons gegevens. Elders (Rutten en Jonkers, 1982) wordt een uitvoerig evaluatieverslag gegeven van de gehouden voorlichtingsbijeenkomsten.

7.3.4. Voorlichting over borstkanker in het controlegebied Dordrecht

Voorlichtingsmateriaal over borstkanker is niet alleen waargenomen in het Waterweg-Noord gebied, doch ook in het controlegebied Dordrecht. In de periode, waarin de voorlichtingsactiviteiten, ontwikkeld vanuit het project "Omgaan met borstkanker", zijn gehouden, is ook via andere media relatief veel aandacht besteed aan borstkanker en aan borstzelfonderzoek. Met name in weekbladen als Margriet, Libelle, Viva, Privé, Mix e.d., bladen die door veel vrouwen gelezen worden, is kanker en dan vooral borstkanker een veel beschreven onderwerp (geweest). In de controlegroep van de tweede evaluatiemeting geeft bijna 40% van de respondenten aan het laatste half jaar iets in de krant of in een tijdschrift gezien te hebben over borstkanker. Uit de derde evaluatiemeting komt naar voren dat 15% uit de panelgroep (n=106) en 28% uit de nieuwe groep (n=93) in Dordrecht onlangs een folder hebben gezien over borstkanker of borstzelfonderzoek. Overigens betreft dit in geen van de gevallen een projectfolder. Het is duidelijk dat deze feiten de resultaten van het onderzoek, waar het gaat om de evaluatie van kennistoename, houdingsveranderingen en gedragsveranderingen kan verstoren in de vergelijking controle-/proefgroepen.

7.4. Effecten van voorlichting op kennis over borstkanker en borstzelfonderzoek

7.4.1. Inleiding

Uit de in de vorige paragraaf vermelde gegevens blijkt, dat een aanzienlijk percentage van de volwassen vrouwen in het proefgebied voorlichtingsmateriaal uit de campagne heeft opgemerkt (81% volgens de laatste evaluatiemeting). Ook zijn er veel vrouwen geweest die informatiemateriaal van het project gelezen hebben. In het bijzonder op grond van dit laatste zou men een verhoging van het kennisniveau ten aanzien van borstkanker en borstzelfonderzoek in het proefgebied kunnen verwachten.

In deze paragraaf wordt nagegaan in hoeverre dit het geval is.

Bij de analyse van de voorlichtingseffecten worden de kennisniveau's zoals die in de nulmeting en de drie evaluatiemetingen zijn vastgesteld bij de respondenten, vergeleken. Kennis over oorzaken en symptomen van borstkanker alsmede kennis over het doen van borstzelfonderzoek worden onderzocht. (2) De gevonden resultaten in het proefgebied worden vergeleken met de resultaten van de vrouwen in het controlebebied. In deze vergelijking zijn geen resultaten uit de tweede evaluatiemeting in het controlegebied betrokken. De reden hiervan is dat er bij deze meting in het controlegebied geen nieuwe groep respondenten is geïnterviewd.

Naast inzicht in veranderingen van het algemene kennisniveau in het proefgebied is het van belang te weten welke vrouwen van het voorlichtingsmateriaal gebruik hebben gemaakt. Binnen deze paragraaf komt daarom de vraag aan de orde of juist die vrouwen die voorafgaand aan de voorlichtingscampagne weinig kennis over borstkanker en borstzelfonderzoek hadden, voorlichtingsmateriaal gelezen hebben. Het is niet ondenkbaar dat het voorleggen van een vragenlijst zoals in het kader van het project is gebeurd, bij de geïnterviewde belangstelling wekt voor de problematiek rond borstkanker. De persoonlijke benadering die het interviewen eigen is, zou een stimulans kunnen zijn meer met informatie over borstkanker te doen. Ook aan deze kwestie zal in deze paragraaf aandacht besteed worden.

7.4.2. Kennis over oorzaken van borstkanker

In onderstaande tabel is de verandering in kennis over oorzaken weergegeven, uitgedrukt in gemiddelde scores van vrouwen (voor gegevens over frequenties van aantallen juiste antwoorden, zie bijlage 7.3.).

Tabel 7.4
Gemiddeld aantal juiste antwoorden op vragen naar misvattingen over oorzaken van borstkanker bij vrouwen in het proefgebied en het Controlegebied (min. score = 0 ; max. score = 9).

	0 meting	1e evaluatie	2e evaluatie
proefgebied	5.5	6.1	5.4
controlegebied	5.5	5.7	-

In de derde evaluatiemeting zijn geen vragen over mogelijke oorzaken van borstkanker gesteld. Dit is nagelaten naar aanleiding van de resultaten van de tweede evaluatiemeting, die geen verandering in de gewenste richting vertoonden t.o.v. resultaten van de nul-meting en eerste evaluatiemeting. Voor het proefgebied is te zien dat zich geen afname van misvattingen over oorzaken van borstkanker heeft voorgedaan. De metingen in het controlegebied leveren ongeveer dezelfde resultaten op.

7.4.3. Kennis over symptomen van borstkanker

De vragen m.b.t. symptomen van borstkanker zijn te splitsen in een tweetal typen: een zestal vragen waarin een symptoom wordt genoemd en de overige vragen waarin een algemene klacht over de gezondheid wordt genoemd, die echter geen symptoom van borstkanker is. Bij beide typen is

de respondent verzocht aan te geven of zij het verschijnsel al of niet als een symptoom van borstkanker ziet. De vragen zijn:
Symptomen die mogelijk op borstkanker kunnen wijzen zijn:
Symptomen
- knobbel in de borst
- vochtuitscheiding uit de tepel
- kuiltje in de huid van de borsten
- pijn op één plaats in de borsten
- verandering in grootte of vorm van de borsten
- huidverkleuring van de borsten

Niet-symptomen of algemene klachten
- duizeligheid
- hoofdpijn
- misselijkheid en braken
- pijn bij het ademhalen
- uitslag rond de tepel
- voortdurend hoesten

In tabel 7.5. is de verandering van kennis van symptomen van borstkanker voor de groep vragen, waarin symptomen worden genoemd, uitgedrukt in gemiddeld aantal juiste antwoorden voor de onderzochte groepen. (Voor gegevens over frequentie van aantallen juiste antwoorden, zie bijlage 7.3.).

Tabel 7.5
Gemiddeld aantal juiste antwoorden op vragen naar symptomen van borstkanker, waarin symptomen worden genoemd, bij vrouwen in het proefgebied en het controlegebied per meting (min. score = 0 ; max. score = 6).

	0 meting	1e eval.	2e eval.	3e eval.
proefgebied	3.6	4.0	3.6	3.6
controlegebied	3.7	3.8	-	3.4

Voor het proefgebied is te zien dat zich geen toename aan kennis op dit punt heeft voorgedaan. De metingen in het controlegebied leveren ongeveer dezelfde percentages op.

In tabel 7.6. is de verandering van kennis van symptomen van borstkanker voor de groep vragen, waarin algemene klachten werden genoemd, uitgedrukt in het gemiddeld aantal juiste antwoorden voor de onderzochte groepen. (Voor gegevens over frequentie van aantallen juiste antwoorden, zie bijlage 7.3.).

Tabel 7.6
Gemiddeld aantal juiste antwoorden op vragen naar symptomen van borstkanker, waarin algemene klachten worden genoemd, bij vrouwen in het proefgebied en controlegebied per meting (min. score = 0 ; max. score = 6).

	0 meting	1e eval.	2e eval.	3e eval.
proefgebied	2.4	2.7	2.5	2.0
controlegebied	2.6	2.7	-	1.9

Ook hier wordt duidelijk dat zich in het proefgebied geen toename van kennis heeft voorgedaan. De metingen in het controlegebied leveren ongeveer dezelfde scores op.

7.4.4. Kennis over borstzelfonderzoek

In tabel 7.7. is de verandering van kennis over borstzelfonderzoek te zien, uitgedrukt in gemiddeld aantal juiste antwoorden voor de onderzochte groepen. (Voor gegevens over frequentie van aantallen juiste antwoorden zie bijlage 7.3.)

Tabel 7.7
Gemiddeld aantal juiste antwoorden op vragen naar het juist doen van borstzelfonderzoek bij vrouwen in het proefgebied en controlegebied per meting (min. score = 0 ; max. score = 2).

	0 meting	1e eval.	2e eval.	3e eval.
proefgebied	1.6	1.6	1.4	1.5
controlegebied	1.6	1.6	-	1.5

Voor het proefgebied is te zien dat ook op dit punt zich geen toename van kennis van borstzelfonderzoek heeft voorgedaan. Hierbij moet worden aangetekend dat het aanvangskennisniveau tamelijk hoog is. De metingen in het controlegebied leveren ongeveer dezelfde scores op.

7.4.5. Kennisniveau vóór de voorlichtingscampagnes en het gelezen hebben van voorlichtingsmateriaal

Hiervoor is duidelijk geworden dat er geen toename in de onderscheiden typen kennis is opgetreden als men de experimentele groep met de controlegroep vergelijkt. Ook als men de panelgroepen in de beide groepen met elkaar vergelijkt treden geen noemenswaardige verschillen op. De conclusie die hieruit getrokken kan worden is dat de voorlichtingsaktiviteiten ondernomen vanuit het project "Omgaan met borstkanker" geen invloed op het kennisniveau bij de vrouwelijke bevolking in de experimentele regio teweeg heeft gebracht.

Als men de gegevens uit de tweede en de derde evaluatiemeting in het experimentele gebied afzonderlijk bekijkt dan valt op dat er wel verschillen bestaan in kennisniveau's tussen respondenten die wel en respondenten die geen voorlichtingsmateriaal hebben gelezen en/of een voorlichtingsbijeenkomst hebben bijgewoond. Het is echter mogelijk dat deze verschillen reeds bestonden bij de aanvang van de voorlichtingscampagne. Voor alle hiervoor onderscheiden kennisniveau's blijkt dat het geval te zijn. Vrouwen die het gedurende de voorlichtingscampagne gedistribueerde voorlichtingsmateriaal hebben gelezen en/of een voorlichtingsbijeenkomst hebben bijgewoond geven vóór de aanvang van de campagne 4% tot 11% meer juiste antwoorden op kennisvragen dan hen die dit niet gelezen hebben c.q. bijgewoond hebben. De voorlichting heeft blijkbaar vooral die vrouwen bereikt die al een wat hoger kennisniveau hadden. In tabel 7.8. wordt dit verduidelijkt.

Tabel 7.8
Percentages respondenten die voorlichtingsmateriaal gelezen en/of een voorlichtingsbijeenkomsten hebben bijgewoond en die een laag of een hoog kennisniveau hadden bij de aanvang van de voorlichtingscampagne.

	kennisniveau vóór de aanvang van de voorlichtingscampagne over:							
	oorzaken***		symptomen I*		symptomen II**		borstzelfonderzoek	
	laag	hoog	laag	hoog	laag	hoog	laag	hoog
percentage vrouwen dat voorlichtingsmateriaal heeft gelezen en/of een voorlichtingsbijeekomst heeft bijgewoond	40	51	42	52	43	50	40	52
(n)	(65)	(94)	(77)	(81)	(79)	(76)	(57)	(108)

* symptomen 1: vragen over symptomen waarbij werkelijke symptomen zijn opgenom
** symptomen 2: vragen over symptomen waarbij algemene klachten zijn opgenomen
*** de categorieën hoog-laag zijn door dichotomisering van de antwoorden per kennisniveau tot stand gekomen. Hoog kennisniveau betekent meer dan de helft van de vragen goed beantwoord; laag kennisniveau betekent de helft of minder van de vragen goed beantwoord.

Van de respondenten met een laag kennisniveau heeft ongeveer 40% voorlichtingsmateriaal gelezen en/of een voorlichtingsbijeenkomst bijgewoond. Van de respondenten met een hoog kennisniveau heeft ongeveer 50% dit gedaan.
De verschillen in kennisniveau's tussen hen die voorlichtingsmateriaal gelezen en/of een voorlichtingsbijeenkomst hebben bijgewoond en hen die dit niet hebben gedaan, zoals geconstateerd in de evaluatiemetingen, lijken volgens de panelanalyse voornamelijk veroorzaakt te zijn door de overeenkomstige verschillen bij de aanvang van de campagne.
Wat meer respondenten met een al relatief hoog kennisniveau ten aanzien van de problematiek rond borstkanker hebben van de voorlichtingscampagne gebruik gemaakt.

7.5. Effecten van voorlichting op attituden

7.5.1. Inleiding

Uit de gegevens van de nul-meting is naar voren gekomen dat met de daar gehanteerde meetinstrumenten houdingen ten aanzien van voorlichting over borstkanker en ten aanzien van borstzelfonderzoek positief tot zeer positief blijken te zijn. Het was om empirische redenen niet te verwachten dat door de voorlichtingscampagne de al positieve houdingen nog meer in gunstige zin veranderingen zouden ondergaan. Bovendien zijn dergelijke veranderingen die dan bijzonder klein moeten zijn uit beleidsmatige overwegingen niet interessant. Derhalve zijn de attitudemetingen zoals deze in de nul-meting plaatsvonden niet alle in de vervolgmetingen herhaald. Alleen de directe attitude ten aanzien van borstzelfonderzoek is systematisch in de evaluatiemetingen meegenomen. De resultaten laten zien dat de

attitude ten aanzien van borstzelfonderzoek tijdens de campagneperiode zowel in het proef- als het controlegebied geen noemenswaardige veranderingen heeft ondergaan.

De positieve attituden zouden een artefact kunnen zijn van de gehanteerde meetmethoden.
In de vorming van attituden gaat het om een afweging van vóór en nadelen van het gewenste gedrag. Als vrouwen in een interview over bijvoorbeeld borstzelfonderzoek de voor- en nadelen van borstzelfonderzoek niet kennen of nooit zo tegen elkaar afgewogen hebben dan zou de neiging kunnen bestaan, wanneer men daar naar gevraagd wordt, positieve oordelen te geven. Dat zou verder in de hand gewerkt kunnen worden door een meetmethode zoals door Fishbein en Ajzen voorgesteld, waarin men naast "beliefs" ook vraagt naar evaluaties van attributen behorend bij het object of het gedrag in de belief-uitspraak genoemd. De attributen m.b.t. uitspraken over borstzelfonderzoek bijvoorbeeld gaven alle positieve tot zeer positieve scores te zien. In de derde evaluatiemeting is een aantal attitude uitspraken opgenomen waarin "nieuwe" attributen ten aanzien van voorlichting over borstkanker, voorlichting over borstzelfonderzoek en doen van borstzelfonderzoek zijn opgenomen. Bovendien zijn deze attitude uitspraken niet indirect gemeten volgens de "Fishbein" methode of direct via Likert-schalen, maar direct d.m.v. vijfpunt punt-schalen waarop men kan aangeven in hoeverre men het eens of oneens is met de uitspraken. Door vergelijking van de attitudescores m.b.v. beide meetmethoden gemeten, kan men enerzijds een indicatie krijgen of de eerder gevonden positieve attitudes inderdaad een artefact zijn van de gehanteerde meetmethode. Tevens krijgt men een indicatie of wellicht andere overwegingen dan in eerste instantie gevraagd een rol spelen bij de bepaling van attituden. De antwoord scores op de "nieuwe" attitudevragen worden op item-niveau in deze paragraaf besproken. Door bespreking op item-niveau krijgt men meer inzicht in welke mogelijke voor- en nadelen in de overwegingen een rol spelen. Verder wordt in deze paragraaf besproken in hoeverre vrouwen die wel en vrouwen die geen voorlichtingsmateriaal hebben gelezen bij de nulmeting van elkaar verschilden in de mate waarin zij een positieve attitude innamen t.o.v. voorlichting over borstkanker en het doen van borstzelfonderzoek.

7.5.2. Opvattingen over borstzelfonderzoek

In de derde evaluatiemeting is aan de respondenten een viertal uitspraken voorgelegd m.b.t. opvattingen ten aanzien van het doen van borstzelfonderzoek. In onderstaande tabel wordt van alle onderzochte groepen aangegeven in hoeverre men het eens of oneens is met deze uitspraken.

Tabel 7.9
Opvattingen over borstzelfonderzoek, derde evaluatiemeting in gemiddelde scores (min. score negatief = 1 ; max. score positief = 5).

Uitspraak:	proefgebied			controlegebied	
	NWW nieuw	NWW 0-3	NWW 1-3	Dord. nieuw	Dord. 1-3
1. Ik vind de voordelen van bzo** zeker opwegen tegen de nadelen.	3.8	4.2	3.9	3.9	3.9
2. Het doen van bzo vind ik maar een enge zaak.	3.8	4.0	3.9	3.7	3.9
3. Het doen van bzo vind ik ingewikkeld.	3.6	4.0	3.8	3.6	3.5
4. Met het doen van bzo schiet je in feite niets op.	4.0	4.0	3.9	3.9	3.8
n= ( )	(94)	(93)	(84)	(94)	(106)

* WWN-nieuw = Nieuwe steekproef Waterweg Noord (proefgebied)
Dord-nieuw = Nieuwe steekproef Dordrecht (controlegebied)
0-3 = Panelgroep, geïnterviewd bij de nulmeting én de 3e evaluatiemeting
1-3 = Panelgroep, geïnterviewd bij de 1e en 3e evaluatiemeting

** bzo = borstzelfonderzoek

Hoewel de spreiding over de antwoordcategorieën wat groter is dan bij de indirecte of directe attitudemeting op de "Fishbein manier" geeft deze tabel aan dat de attitude ten aanzien van het doen van borstzelfonderzoek overwegend positief is. De "positieve" percentages liggen in de panelgroepen hoger dan in de nieuwe steekproeven, een verschijnsel dat hier al eerder is toegeschreven aan een intervieweffect. Ook hier zijn er geen noemenswaardige verschillen in percentages tussen het controlegebied en het proefgebied. In hoofdstuk 6 is aangegeven dat bij attitudevorming in dit verband van groot belang is dat men de effectiviteit van het aanbevolen gedrag hoog inschat. In de nieuwe steekproef Waterweg Noord zegt ruim drie kwart van de ondervraagden het oneens te zijn met de uitspraak: "Met het doen van borstzelfonderzoek schiet je in feite niets op".

7.5.3. Opvattingen m.b.t. voorlichting over borstzelfonderzoek

Naast een aantal opvattingen over voorlichting over borstkanker in het algemeen is in de derde evaluatiemeting een drietal uitspraken opgenomen dat betrekking heeft op het nut van de voorlichting.
In tabel 7.10. wordt weer per onderzochte populatie aangegeven in hoeverre men het eens is of oneens is met de voorgelegde uitspraken.

Tabel 7.10
Opvattingen over voorlichting over borstzelfonderzoek in gemiddelde scores (min. score negatief = 1 ; max. score positief = 5).

Uitspraak:	proefgebied			controlegebied	
	NWW nieuw	NWW 0-3	NWW 1-3	Dord. nieuw	Dord. 1-3
1. Je kunt tegenwoordige geen blad meer openslaan of er wordt over borstzelfonderzoek gesproken.	3.1	3.3	3.2	3.4	3.4
2. Van die voorlichting over borstzelfonderzoek word je niet veel wijzer.	3.6	3.8	3.9	3.6	3.6
3. Voorlichting over borstzelfonderzoek maakt vrouwen alleen maar banger.	3.6	3.8	3.7	3.9	3.7
n=( )	(94)	(93)	(84)	(94)	(106)

* WWN nieuw = Nieuwe steekproef Waterweg Noord (proefgebied) 3e evaluatiemeting
Dord nieuw = Nieuwe steekproef Dordrecht (controlegebied) 3e evaluatiemeting
0-3 = Panelgroep geïnterviewd bij de nulmeting én de 3e evaluatie meting
1-3 = panelgroep geïnterviewd bij de 1e én de 3e evaluatiemeting

Uitspraken 2 en 3 uit de tabel zeggen direct iets over door de ondervraagden gepercipieerde voor- of nadelen van voorlichting over borstzelfonderzoek. Respondenten uit de nieuwe steekproeven in het proefgebied en het controlegebied verschillen niet van elkaar in de mate waarin ze het oneens zijn met de uitspraak dat je van voorlichting over borstzelfonderzoek niet veel wijzer zou worden. Beide groepen zijn het ook in sterke mate mee oneens met de uitspraak dat voorlichting vrouwen alleen maar banger maakt. In het controlegebied zijn vrouwen het daar in sterkere mate oneens dan in het proefgebied. Een lage score op uitspraak (1) hoeft geen negatieve opvatting t.a.v. voorlichting over borstkanker en borstzelfonderzoek te betekenen. De antwoordscores zijn in zoverre informatief dat vrouwen uit het proefgebied en in het controlegebied het in vrijwel even sterke mate eens zijn met deze uitspraak.

7.5.4. Opvattingen over het nut van voorlichting over borstkanker

Vragen naar voor- en nadelen van in dit geval voorlichting over borstkanker is vragen naar gepercipieerde effectiviteit, gepercipieerd nut. In de derde evaluatiemeting is over dit onderwerp een zestal vragen aan de onderzoeksgroepen voorgelegd. Tabel 7.11. geeft weer hoe de verdelingen zijn van de gemiddelde scores antwoorden van respondenten op deze uitspraken.

Tabel 7.11
Opvattingen met betrekking tot voorlichting over borstkanker in gemiddelde scores (min. score negatief = 1 ; max. score positief = 5).

Uitspraak	proefgebied			controlegebied	
	NWW nieuw	NWW 0-3	NWW 1-3	Dord. nieuw	Dord. 1-3
1. Al die voorlichting over borstkanker is wat overdreven.	4.0	3.9	3.8	3.6	3.8
2. Ik vind het niet zinvol om aan borstkanker veel aandacht te besteden.	4.1	4.1	4.1	4.1	3.8
3. Borstkanker is voor mij belangrijk genoeg om daar veel aandacht aan te besteden.	4.1	4.0	4.0	4.1	3.9
4. Ik vind voorlichting over borstkanker alleen nodig als je het van nabij meemaakt.	4.0	4.2	4.0	4.1	3.9
5. Door voorlichting over borstkanker wordt veel angst weggenomen.	3.5	3.3	3.5	3.5	3.6
6. Als ik weet waar voorlichting over borstkanker te vinden is, dan weet ik meer dan genoeg.	2.7	3.5	2.8	2.6	3.0
n=( )	(94)	(93)	(84)	(94)	(106)

* WWN nieuw = Nieuwe steekproef Waterweg Noord (proefgebied)
Dord nieuw = Nieuwe steekproef Dordrecht (controlegebied)
0-3 = Panelgroep geïnterviewd bij de nulmeting én de 3e evaluatie meting
1-3 = Panelgroep geïnterviewd bij de 1e en 3e evaluatiemeting

De eerste vier uitspraken zeggen iets over de mate waarin men het terecht respectievelijk onterecht vindt dat er veel aandacht aan borstkanker in de voorlichting wordt gegeven. Uit de scores in tabel 7.11. wordt duidelijk dat men in het algemeen zeer positief staat tegenover die voorlichting. Met andere woorden, de gevonden postitieve houdingen, gemeten volgens de "Fishbein-methode" zijn geen artefact van deze meetmethode. Ook hier weer geldt dat vrouwen in het proefgebied daarin niet of nauwelijks verschillen van vrouwen in het controlegebied.
Ongeveer 30% van de ondervraagden is het niet eens met de bewering dat voorlichting over borstkanker angst kan reduceren. Hoewel zowel in het proefgebied als in het controlegebied meer dan 80% van de ondervraagden het oneens is met de uitspraak voorlichting over borstkanker alleen maar nodig te vinden als men het van nabij meemaakt, is ook ongeveer 50% van de ondervraagden van mening het meer dan voldoende te vinden als men weet waar informatie te halen is. (Een lage score op deze uitspraak wil niet zeggen dat men negatief staat tegenover voorlichting. Bij de berekening van de gemiddelden is aan het antwoord "helemaal mee eens" een score 1 toegekend, helemaal mee oneens een score 5). Vooral de antwoordscores op de laatste uitspraak zijn in zoverre informatief dat men zich kan afvragen

of meer intensieve voorlichtingscampagnes zoals hier gevoerd qua methode op die wijze wel noodzakelijk of zelfs gewenst zijn. Hierop wordt in de discussie in hoofdstuk 8 teruggekomen.

7.5.5. Samenhangen tussen aspecten van de indirecte attitude ten aanzien van borstzelfonderzoek en voorlichting over borstkanker en het gelezen hebben van voorlichtingsmateriaal

Op analoge wijze als dat in paragraaf 7.4.5. van dit hoofdstuk is beschreven voor kennis over borstkanker en borstzelfonderzoek is hier nagegaan of vrouwen die wel voorlichtingsmateriaal hebben gelezen en/of een voorlichtingsbijeenkomst hebben bijgewoond van elkaar verschillen in de mate waarin zij een positieve attitude innemen t.a.v. borstkanker en borstzelfonderzoek vóór de start van de voorlichtingscampagne. Daartoe is voor de afzonderlijke belief-uitspraken en de evaluaties van deze afzonderlijke beliefs (b x e produkten), die gebruikt zijn voor de indirecte attitude t.a.v. voorlichting over borstkanker, nagegaan in hoeverre deze samenhangen met het gelezen hebben van voorlichtingsmateriaal. Gegevens zijn afkomstig van de panelgroep uit het proefgebied waarvan de respondenten zijn geïnterviewd in de nul- en in de derde evaluatiemeting.

De "beliefs" zijn:
- voorlichting over borstkanker vermindert angst voor de ziekte;
- door voorlichting kweek je meer begrip voor wat het betekent borstkanker te hebben;
- voorlichting leidt tot meer kennis over borstkanker.

Er is geen samenhang gevonden tussen deze beliefs en bijbehorende evaluaties en het al of niet gelezen hebben van voorlichtingsmateriaal.
Ook is nagegaan de samenhang tussen afzonderlijke b x e produkten van de indirecte attitude ten aanzien van borstzelfonderzoek (zie paragraaf 5.2.3. hoofdstuk 5) met het gelezen hebben van voorlichtingsmateriaal. Gemiddelden zijn gegeven in tabel 7.12.

Tabel 7.12
Gemiddelde scores op de b x e produkten ter bepaling van de indirecte attitude ten aanzien van borstzelfonderzoek bij de aanvang van de voorlichtingscampagne voor hen die het voorlichtingsmateriaal niet, en hen die materiaal wel gelezen hebben

	niet lezers	lezers
In een vroeg stadium opsporen (1	14,9	17,1
Lichaam leren kennen (1	8,1	11,8
In stand houden gezondheid (1	13,6	16,0
Gerustellen (1	12,3	12,2
Indirecte attitude ten aanzien van borstzelfonderzoek (2	48,9	57,1

1) scorebereik -21 - +21
2) scorebereik -81 - +84

Vrouwen die meer vinden dat je door borstzelfonderzoek borstkanker in een vroeg stadium kan opsporen, geven vaker aan het voorlichtingsmateriaal gelezen te hebben. Alleen een sterke overtuiging dat borstzelfonderzoek geruststelt, hangt niet samen met het lezen van voorlichtingsmateriaal. Hoewel de indirecte attitude ten aanzien van borstzelfonderzoek een signifikante samenhang vertoont met het gelezen hebben van voorlichtingsmateriaal,

blijkt ook hier dat vrouwen die voorlichtingsmateriaal hebben gelezen c.q. een voorlichtingsbijeenkomst hebben bijgewoond al vóór de start van de voorlichtingscampagne een positievere houding ten aanzien van borstzelfonderzoek te hebben dan vrouwen die het materiaal niet gelezen hebben respectievelijk de bijeenkomsten niet hebben bijgewoond.

7.6. Intentie en gedrag m.b.t. inwinnen van informatie over borstkanker en het doen van borstzelfonderzoek

7.6.1. Inleiding

Intentie tot gedrag en gerapporteerd gedrag m.b.t. borstzelfonderzoek en inwinnen van informatie worden in deze paragraaf tezamen besproken. Zoals het model van Ajzen en Fishbein (1975, 1980) en het model van gedragsbeïnvloeding door voorlichting aangeven zijn naast attituden, subjectieve normen van belang bij het voorspellen, c.q. verklaren van gedrag. Daarom zal in paragraaf 7.6.2. eerst kort gesproken worden in hoeverre er verandering opgetreden is in de door de respondenten gepercipieerde opvattingen van signifikante anderen ten aanzien van inwinnen van informatie en het doen van borstzelfonderzoek, alsmede de invloed van eventuele veranderingen daarin op de intentie tot gedrag. Vervolgens zal besproken worden of en in hoeverre intenties en gedragingen veranderd zijn in de loop van het project in de in de voorlichting beoogde richting.

7.6.2. Invloed van signifikante anderen op subjectieve normen

Uit de resultaten van de nul-meting kwam naar voren dat vrouwen zich bij hun besluit al of niet borstzelfonderzoek te doen in sterke mate laten leiden door wat zij veronderstellen dat de huisarts ervan zal vinden. In de volgende tabel is te zien in hoeverre de gepercipieerde invloed van de huisarts ten aanzien van het doen van borstzelfonderzoek tijdens de voorlichtingscampagne veranderingen heeft ondergaan. Weergegeven zijn de percentages van antwoorden op de uitspraak "Mijn huisarts vindt dat ik borstzelfonderzoek moet doen" in de nul-meting en de derde evaluatiemeting. De "motivation to comply" veranderde niet noemenswaardig.

Tabel 7.13
Percentages van antwoorden* op de uitspraak "Mijn huisarts vindt dat ik borstzelfonderzoek moet doen" van vrouwen in het proefgebied in de nulmeting en in de derde evaluatiemeting.

	Proefgebied		Controlegebied	
	0 meting (n=411)	3e eval. (n=96)	0 meting (n=385)	3e eval. (n=46)
waarschijnlijk	49,9	63,6	46,0	61,6
weet niet	44,8	27,1	50,4	30,2
onwaarschijnlijk	5,3	9,3	3,6	8,2
	100 %	100 %	100 %	100 %
	χ^2 =11,06;df=2; p <.05		χ^2=19.94;df=2;p <.05	

* De antwoorden zeer waarschijnlijk, vrij waarschijnlijk en waarschijnlijk zijn samengenomen. Zo ook de antwoorden zeer onwaarschijnlijk, vrij onwaarschijnlijk en onwaarschijnlijk.

In de tabel 7.13. is te zien dat de ondervraagde vrouwen in het proefgebied in de periode van de voorlichtingscampagne het waarschijnlijker zijn gaan vinden dat hun huisarts vindt dat zij borstzelfonderzoek moeten doen. Opvallend is overigens dat ten opzichte van de nul-meting in de derde evaluatiemeting 4% meer vrouwen aangeven het onwaarschijnlijk te zijn gaan vinden dat hun huisarts vindt dat zij borstzelfonderzoek moeten doen. Deze verschuivingen kunnen echter niet toegeschreven worden aan de voorlichtingsaktiviteiten van het project "Omgaan met borstkanker" omdat zich in het controlegebied eenzelfde ontwikkeling blijkt te hebben voorgedaan als in het proefgebied.
De overige normatieve overtuigingen die o.a. betrekking hebben op de mate waarin men denkt dat de huisarts vindt dat men geïnformeerd moet zijn over borstkanker hebben geen veranderingen van betekenis ondergaan.
Bij vrouwen die geen borstzelfonderzoek doen, maar wel de intentie hebben dat te doen speelt de gepercipieerde invloed van de huisarts een toenemende rol. In onderstaande tabel worden Pearson correlaties (r) en multiple correlatie coëfficiënten (R) gepresenteerd van directe attituden t.a.v. borstzelfonderzoek en gepercipieerde invloed van de huisarts uit gegevens van de nul-meting en de tweede evaluatiemeting. Attituden met betrekking tot het doen van borstzelfonderzoek en subjectieve normen t.a.v. gedrag vormen de belangrijkste voorspellende variabelen tot gedragsintenties.

Tabel 7.14
Meervoudige correlatiecoëfficiënten R van de combinatie van direct attituden t.a.v borstzelfonderzoek en de gepercipieerde invloed van de huisarts daarbij, op de intentie tot het doen van borstzelfonderzoek

	Intentie borstzelfonderzoek te doen		
	Panelgroep nulmeting n=49	Panelgroep 2e meting n=49	Nieuwe groep 2e meting n=46
directe attituden t.a.v. borstzelfonderzoek	r=.29	r=.43	r=.36
gepercipieerde invloed van de huisarts erbij	R=.30	R=.50	R=.47

Voor alle correlaties geldt: $p < .05$

Na één jaar voorlichting wordt van de intentie borstzelfonderzoek te gaan doen door de directe attitude t.a.v. borstzelfonderzoek 18% van de variantie in de panelgroep en 13% in de nieuwe steekproef verklaard.
De gepercipieerde invloed van de huisarts neemt sterk toe. In de 0-meting voegde deze variabele praktisch niets toe aan het voorspellen van gedragsintenties. Na 1 jaar voorlichting voegt de variabele in de panelgroep ($.50^2 - .43^2$ =) 6,5% en in de nieuwe steekproef 9% toe.
Ondanks de toegenomen gepercipieerde positieve invloed van met name de huisarts zijn er nauwelijks of geen veranderingen opgetreden in gerapporteerd gedrag respectievelijk intenties tot gedrag. In de volgende paragrafen wordt daarop verder ingegaan.

7.6.3. Effecten van voorlichting op het doen van borstzelfonderzoek

In tabel 7.15. wordt duidelijk dat gedurende de voorlichtingscampagne niet of nauwelijks veranderingen zijn opgetreden in de frequentie waarmee borstzelfonderzoek wordt gedaan. Zowel in het Waterweg Noordgebied als in Dordrecht is het percentage vrouwen dat borstzelfonderzoek doet gelijk gebleven.

Tabel 7.15
Doen van borstzelfonderzoek tenminste één keer per twee à drie maanden in percentages

	0 meting	1e eval.	2e eval.	3e eval.
proefgebied	60.0 %	65.5 %	63.2 %	55.2 %
(n)	(414)	(214)	(125)	(96)
controlegebied	57.0 %	60.0 %	-	62.5 %
(n)	(383)	(195)		(96)

Uit de nulmeting is komen vast te staan dat het doen van borstzelfonderzoek niet automatisch betekent dat men borstzelfonderzoek ook op de juiste wijze doet (zie hoofdstuk 5, paragraaf 5.2.2.). Weliswaar is geen vooruitgang geboekt in het doen van borstzelfonderzoek, het kan evenwel zijn dat er wel vooruitgang is geboekt in het juist doen van borstzelfonderzoek.
Zowel voor wat betreft het proefgebied als het controlegebied is het percentage vrouwen dat op een juiste wijze borstzelfonderzoek doet ongeveer gelijk gebleven.
De vraag dringt zich op hoe het mogelijk is dat er geen verbetering in het proefgebied optreedt, terwijl toch gebleken is dat het voorlichtingsmateriaal door veel vrouwen is gelezen. Het voorlichtingsmateriaal zou vooral gebruikt kunnen zijn door vrouwen die reeds aan borstzelfonderzoek doen. Meer duidelijkheid hierin kan worden verkregen indien de resultaten van de panelgroepen worden bezien. Alleen de gegevens van de panelgroepen waarvan de vrouwen in de nul-meting voor de eerste maal zijn geïnterviewd, zijn gebruikt. Er heeft zich een geringe toename in het doen van borstzelfonderzoek voor deze groepen voorgedaan: van 61 naar 69%. Bij vrouwen die geen voorlichtingsmateriaal gelezen hebben is overigens eveneens een vooruitgang te constateren en wel van 57% naar 66%. Bij vrouwen die wel voorlichtingsmateriaal gelezen hebben is een vooruitgang geboekt van 66% naar 74%. De vooruitgang in het doen van borstzelfonderzoek voor de panelgroepen lijkt onafhankelijk van het gelezen hebben van voorlichtingsmateriaal.
Er is eveneens gevraagd of de respondent het idee heeft precies te weten hoe borstzelfonderzoek te doen. Zowel in Dordrecht als in Waterweg Noord is het percentage vrouwen dat denkt te weten hoe precies borstzelfonderzoek te doen niet toegenomen. Op mogelijke andere verklaringen voor het uitblijven van effecten van voorlichting op het doen van borstzelfonderzoek wordt in hoofdstuk 8 teruggekomen.

7.6.4. Informatie-inwinnend gedrag

De bereidheid om informatie over borstkanker in te winnen lijkt groot. Immers, een goede graadmeter voor dergelijk gedrag is de mate waarin voorlichtingsmateriaal waargenomen en gelezen is. In de voorlichtings-

campagne is echter sterk nadruk gelegd zich voor meer informatie te wenden tot de huisarts of een wijkverpleegkundige. In de nul-meting zei 84% van de respondenten in het Waterweg-Noordgebied het tenminste waarschijnlijk te achten, indien men iets wil weten over borstkanker of zaken die daarmee te maken hebben, dat te vragen aan de huisarts. Voor wat betreft de wijkverpleegkundige is dat 15% . In de derde evaluatiemeting liggen deze percentages op respectievelijk op 88% en 13%. Ook hier zijn wederom geen noemenswaardige verschillen te constateren met het controlegebied. Op de vraag of men wel eens met de huisarts praat over borstkanker treden lichte verschillen op in de antwoordscores tussen proefgebied en controlegebied.
Onderstaande tabel verduidelijkt dit.

Tabel 7.16
Percentages vrouwen die aangeven wel eens met de huisarts te praten over borstkanker in de nulmeting en de derde evaluatiemeting

	proefgebied (nulmeting)	proefgebied (3e eval.)	controlegebied. (nulmeting)	controlegebied (3e eval.)
praat wel eens met de huisarts over borstkanker	14,1 % (n=411)	19,4 % (n=96)	15,1 % (n=386)	13,7 % (n=96)

In het proefgebied is er sprake van een lichte toename van het percentage vrouwen dat wel eens met de huisarts praat over borstkanker in het controlegebied van een lichte afname. De verschillen blijven echter klein. Het feit dat de huisarts daadwerkelijk weinig geconsulteerd wordt met vragen over borstkanker lijkt niet toe te schrijven te zijn aan een zekere schroom dat te doen. Ruim 75% van de ondervraagde vrouwen in het proefgebied en het controlegebied antwoorden "via de huisarts" op de vraag: "Als u iets wilt weten over borstkanker, wat vindt u dan de prettigste manier om aan informatie te komen?" Slechts 6% van de ondervraagden in het proefgebied noemt in dit verband "folders". Er is geen verband tussen het lezen van voorlichtingsmateriaal en de intentie vragen te stellen aan de huisarts als men iets wil weten over borstkanker. Zowel 85% van de vrouwen die het voorlichtingsmateriaal wel, als 85% van de vrouwen die het voorlichtingsmateriaal niet hebben gelezen zegt het waarschijnlijk tot zeer waarschijnlijk te vinden de huisarts te raadplegen als men informatie wil hebben over borstkanker. De wijkverpleegkundige speelt in dit kader een aanzienlijk minder belangrijke rol.
De bereikbaarheid van het voorlichtingsmateriaal dat wil zeggen de mate waarin ondervraagden aangeven het gemakkelijk of moeilijk te vinden om aan informatie over borstkanker te komen, tenslotte vormde geen beletsel informatie over borstkanker in te winnen. In beide onderzoeksgebieden is in de derde evaluatiemeting aan de respondenten een tweetal vragen voorgelegd m.b.t. bereikbaarheid van informatie over borstkanker. De uitspraken luidden:

"Het is moeilijk om aan informatie over borstzelfonderzoek te komen" en "Het is gemakkelijk om aan informatie over borstkanker te komen". De antwoordmogelijkheden liepen op een 5-puntschaal van "helemaal mee eens" naar "helemaal mee oneens".

Tabel 7.17
Antwoorden op de uitspraak "het is moeilijk om aan informatie over borstzelfonderzoek te komen" in de derde evaluatiemeting in percentages.

	proefgebied		controlegebied		
	Panel 0-3	Panel 1-3	Nieuw 3e eval.	Panel 1-3	Nieuw 3e eval.
helemaal mee eens	3	4	3	12	10
mee eens	14	13	15	18	23
geen mening	7	11	27	17	21
mee oneens	45	51	35	44	32
helemaal mee oneens	31	21	20	9	14
	100	100	100	100	100
n=( )	(93)	(84)	(95)	(106)	(94)

Verschillen in gemiddelde scores van de beide nieuwe steekproeven zijn significant op $p < .10$ niveau ($\chi^2 = 7,89$; df=4)

Duidelijk wordt dat de respondenten in het proefgebied het minder met de uitspraak eens zijn dat het moeilijk is aan informatie over borstzelfonderzoek te komen dan in het controlegebied:
72% van de respondenten in het proefgebied die in de eerste en in de derde evaluatiemeting geïnterviewd zijn is het oneens met deze uitspraak tegen 53% van de panelgroep in het controlegebied. Wanneer de "nieuwe" groepen vergeleken worden dan bedragen deze percentages resp. 55% en 46%.
Dergelijke verschillen zijn ook gevonden in de antwoordpercentages op de uitspraak: "Het is gemakkelijk om aan informatie over borstkanker te komen (zie tabel 7.18).

Tabel 7.18
Antwoorden op de uitspraak: "Het is gemakkelijk om aan informatie over borstkanker te komen" in de derde evaluatiemeting in percentages.

	proefgebied		controlegebied		
	Panel 0-3	Panel 1-3	Nieuw 3e eval.	Panel 1-3	Nieuw 3e eval.
helemaal mee eens	27	29	19	10	15
mee eens	48	48	44	38	35
geen mening	12	14	26	34	25
mee oneens	12	5	8	17	20
helemaal mee oneens	1	4	3	1	5
	100	100	100	100	100
n= ( )	(92)	(84)	(94)	(106)	(93)

Verschillen in gemiddelde scores van de beide nieuwe steekproeven zijn significant op $p < .05$ niveau ($\chi^2 = 18,36$; df=4)

In het proefgebied is 63% van de ondervraagden het eens met de uitspraak "het is gemakkelijk aan informatie over borstkanker te komen", tegen 50% in het controlegebied.

7.7. Samenhangen tussen "externe variablen" en het waargenomen en gelezen hebben van voorlichtingsmateriaal (3)

In deze paragraaf worden kort enkele samenhangen weergegeven tussen de

in dit onderzoek betrokken "externe variabelen" en het gelezen hebben van voorlichtingsmateriaal. Op deze wijze wordt enig inzicht verkregen in welke vrouwen wel en welke vrouwen geen gebruik hebben gemaakt van de voorlichting. Niet zal worden gekeken naar samenhangen tussen externe variabelen. Deze zijn reeds uitvoerig besproken in hoofdstuk 5. De samenhangen die hieronder kort worden besproken zijn gebaseerd op gegevens verkregen uit de nieuwe steekproef in het proefgebied van de derde evaluatiemeting (n=96). Uit de onderzoeksgegevens komt naar voren dat vrouwen die het voorlichtingsmateriaal gelezen hebben in het algemeen jonger zijn ($r = -.21$; $p < .05$) en een hogere sociaal economische status hebben ($r = .15$; p .05). Vrouwen die aktief zijn in het sociale leven en meer sociale contacten onderhouden geven vaker aan het voorlichtingsmateriaal gelezen te hebben dan vrouwen die een geringe sociale participatie vertonen ($r=.22$; $p < .05$). Geen duidelijke samenhangen zijn gevonden tussen het al dan niet gelezen hebben van voorlichtingsmateriaal en de "Locus of Control" variabelen. In de literatuur (zie bijvoorbeeld Janis, 1967) wordt er nogal eens vanuit gegaan dat er een curvelineair verband bestaat tussen de hoeveelheid angst die een voorlichtingsboodschap teweeg brengt en het vertonen van gewenst gedrag. Teveel angst of te weinig angst maken dat de voorlichtingsboodschap niet overgenomen wordt.
Er zou een zekere bezorgdheid moeten zijn wil er aktie komen. In dit hoofdstuk is nagegaan of vrouwen met een extreem hoog (situatie-) angstniveau of met een extreem laag (situatie-) angstniveau minder vaak het voorlichtingsmateriaal hebben gelezen. Uit de gegevens komt naar voren dat er geen verband bestaat tussen het hebben van een laag of een hoog angstniveau en het lezen van voorlichtingsmateriaal. Evenmin is er sprake van een verband tussen het hebben van een extreem hoog persoonsangstniveau en het lezen van voorlichtingsmateriaal.
Tenslotte is ook geen samenhang gevonden tussen het hebben van vroegere ervaringen met (borst)kanker in de nabije omgeving en het al dan niet gelezen hebben van voorlichtingsmateriaal.

7.8. Behoefte aan informatie over borstkanker latent?

Een mogelijk antwoord op de vraag hoe het komt dat een redelijk percentage van de ondervraagde vrouwen het voorlichtingsmateriaal wel opgemerkt en gelezen heeft doch het niet heeft gebruikt (bijvoorbeeld in de zin van vertalen naar veranderingen op kennis- en gedragsniveau) kan zijn dat men alleen onder bijzondere omstandigheden van het materiaal gebruik hoeft te maken, namelijk indien men zelf op directe wijze met borstkanker wordt geconfronteerd. In dat geval zou men kunnen stellen dat de behoefte aan informatie een meer latent karakter heeft. Informatie wordt pas omgezet in gedrag als daar een directe aanleiding toe is. Om hier meer inzicht in te krijgen is in de derde evaluatiemeting aan de respondenten een tweetal uitspraken voorgelegd: "Als ik weet waar voorlichting over borstkanker te vinden is, dan weet ik meer dan genoeg" en "Ik vind voorlichting over borstkanker alleen nodig als je het van nabij meemaakt". Op beide uitspraken is er een samenhang gevonden met het al dan niet gelezen hebben van voorlichtingsmateriaal. Op de eerste uitspraak is de correlatie: $r=.23$; $p<.05$ op de tweede: $r=.17$; $p<.05$. Met andere woorden, vrouwen die niets gelezen hebben zijn het vaker met de twee genoemde uitspraken eens dan vrouwen die wel het voorlichtingsmateriaal gelezen hebben.
Uit de gegevens van de laatste evaluatiemeting en die van de nul-meting komt tenslotte naar voren dat de behoefte aan meer informatie over borstkanker afneemt. Dat geldt zowel voor het proefgebied als voor het

controlegebied. Vóór de start van de voorlichtingsaktiviteiten zei 78% van de ondervraagden in het proefgebied behoefte te hebben aan meer informatie over borstkanker, bij de eindmeting is dit percentage gedaald tot 54%. In het controlegebied daalde dit percentage aanzienlijk minder: van 72% naar 65%.
In Waterweg-Noord zegt 55% van de ondervraagden in de 3e evaluatiemeting van mening te zijn nog steeds onvoldoende van borstkanker af te weten. Er is een duidelijke samenhang met het gelezen hebben van voorlichtingsmateriaal. Vrouwen die zeggen onvoldoende van borstkanker te weten hebben ook in mindere mate het voorlichtingsmateriaal gelezen ($r=.41$; $p<001$; $n=95$).

7.9. Samenvatting en conclusies

In dit hoofdstuk is getracht een antwoord te vinden op de 2e vraagstelling van deze studie: "Wat is de invloed die GVO-interventies met betrekking tot borstkanker en borstzelfonderzoek op informatiezoekend gedrag en het doen van borstzelfonderzoek". Verder is nagegaan wat de invloed van voorlichting is op de determinanten van dat gedrag. De resultaten van het evaluatie onderzoek worden hieronder puntsgewijs samengevat.

- Het voorlichtingsmateriaal dat in de campagnes gebruikt is, is in redelijke mate waargenomen. Ruim 80% van degenen die het materiaal hebben waargenomen hebben het ook gelezen. Voorlichtingsmateriaal wordt in de meeste gevallen waargenomen bij de huisarts.
- Aan de in totaal 66 gehouden voorlichtingsbijeenkomsten hebben ca. 2500 vrouwen deelgenomen. De meeste bijeenkomsten werden georganiseerd via vrouwenverenigingen (45). In bedrijven werden 15 bijeenkomsten georganiseerd; er vonden 6 z.g. open bijeenkomsten plaats. De bijeenkomsten zijn (op de open bijeenkomsten na) redelijk goed bezocht en werden positief gewaardeerd. De laatste conclusie dient met enige voorzichtigheid gesteld te worden gezien de hoge non-respons bij het evaluatie-onderzoek van de bijeenkomsten. Met name "oudere" vrouwen zijn bereikt. Ruim 68% van de vrouwen die voorlichtingsbijeenkomsten via vrouwenverenigingen bijwoonden is 45 jaar of ouder. Vrouwen die lid zijn van een vrouwenvereniging behoren gemiddeld tot de wat hogere (45 jaar en ouder) leeftijdsgroepen.
- Ondanks het feit dat het in het project gedistribueerde voorlichtingsmateriaal in redelijke mate is waargenomen heeft dat niet geleid tot een toename in kennis over borstkanker en borstzelfonderzoek als men een vergelijking maakt met het kennisniveau van de respondenten in het controlegebied; wel blijken er verschillen in kennisniveau te bestaan tussen vrouwen in het proefgebied die wel en die geen voorlichtingsmateriaal hebben waargenomen c.q. een voorlichtingsbijeenkomst hebben bijgewoond. Deze verschillen bleken echter al te bestaan voor de start van de voorlichtingscampagne. De campagne heeft blijkbaar die mensen bereikt die al een hoger kennisniveau hadden.
- Attitudemetingen zoals deze in de nul-meting plaatsvinden zijn niet alle in de vervolgmetingen herhaald. Het was niet te verwachten dat door de voorlichtingscampagne de al positieve houdingen nog in gunstige zin veranderingen zouden ondergaan. Om na te gaan of de gevonden positieve attituden ten aanzien van borstkanker en borstzelfonderzoek een artefact zijn van de in de nul-meting gehanteerde meetmethoden is in de derde evaluatiemeting op andere wijze getracht attituden te meten. Geconcludeerd wordt dat hoewel er meer spreiding optreedt in de antwoordscores de attituden ten aanzien van voorlichting over

borstkanker en borstzelfonderzoek op andere wijze gemeten eveneens een overwegend positief tot zeer positief beeld te zien geven. Met name van belang is de bevinding dat de ondervraagde vrouwen de effectiviteit van het aangevolen gedrag hoog inschatten. Overigens treden geen noemenswaardige verschillen op in scores tussen respondenten in het proefgebied en in het controlegebied.
Er is geen samenhang gevonden tussen het al dan niet gelezen hebben van in het project gebruikt schriftelijk voorlichtingsmateriaal en de houding die men inneemt ten aanzien van voorlichting over borstkanker. Wel blijkt een dergelijke samenhang te bestaan de indirecte attitude ten aanzien van borstzelfonderzoek en het gelezen hebben van voorlichtingsmateriaal. Ook deze samenhang is echter schijnbaar, omdat vrouwen die wel voorlichtingsmateriaal gelezen hebben al voor de start van de voorlichtingscampagne positiever waren over het doen van borstzelfonderzoek dan vrouwen die geen voorlichtingsmateriaal gelezen hebben.

- Bij vrouwen die geen borstzelfonderzoek doen, maar wel de intentie hebben om dat te gaan doen, blijkt dat de gepercipieerde invloed van de huisarts op gedrag een toenemende rol te spelen. Na een jaar voorlichting voegt de variabele "gepercipieerde invloed" van de huisarts op het doen van borstzelfonderzoek 9% aan verklaarde variantie toe. Dit geldt echter zowel voor het proefgebied als het controlegebied.
- De frequentie waarmee het doen van borstzelfonderzoek gedaan wordt verandert niet, evenmin als de kwaliteit van het borstzelfonderzoek.
- Er zijn geen wijzigingen opgetreden in de bereidheid informatie in te winnen wanneer men binnen het proefgebied een vergelijking maakt tussen resultaten uit de nul-meting en de derde evaluatie-meting. Ook ten opzichte van bevindingen in het controlegebied treden geen verschillen op. De huisarts speelt een belangrijke rol als men iets wil weten over borstkanker. Ruim 85% van de ondervraagde vrouwen noemen hem/haar als de meest waarschijnlijke informatiebron. Dit is onafhankelijk van het feit of men voorlichtingsmateriaal heeft gelezen of niet. De wijkverpleegkundige speelt in dit verband een minder belangrijke rol.
Vrouwen uit de proefregio zeggen in vergelijking met vrouwen uit het controlegebied het gemakkelijker te vinden om aan informatie over borstkanker en borstzelfonderoek te komen. Dat duidt erop dat het uitblijven van kennis- en gedragsveranderingen in het proefgebied, als vergeleken wordt met het controlegebied, niet verklaard kunnen worden uit onvoldoende toegankelijkheid van het voorlichtingsmateriaal.
- Vrouwen die voorlichtingsmateriaal gelezen hebben, zijn over het algemeen jonger, hebben een hogere sociaal economische status en onderhouden meer sociale contacten dan vrouwen die geen voorlichtingsmateriaal gelezen hebben. De mate waarin men angst ervaart, intern versus extern georiënteerd is of ervaringen heeft met (borst) kanker blijkt geen invloed te hebben op het lezen van voorlichtingsmateriaal.
- De behoefte aan voorlichtingsmateriaal over borstkanker heeft een latent karakter. Informatie wordt pas vertaald naar gedragsveranderingen wanneer daar een directe aanleiding toe is. Er blijkt een negatieve samenhang te bestaan tussen het gelezen hebben van voorlichtingsmateriaal en de geuitte behoefte aan informatie over borstkanker. Deze behoefte neemt af bij vrouwen die het voorlichtingsmateriaal hebben gelezen.

Noot 1

Via de volgende kanalen werd materiaal verspreid:	aantal
1. Huisartsen	59
2. Kruisgebouwen	19
3. Maatschappelijk werk/Gezinsverzorging	6
4. Ziekenhuizen	3
5. GG en GD	1
6. Geestelijke Gezondheidszorg	1
7. Apotheken	18
8. Bibliotheken	3
9. Dienstencentra/Ontmoetingscentra	4
10. Buurthuizen	8
11. Vormingswerk/Samenlevingsopbouw	4
12. Rechtswinkel/Burgerraadslieden	5
13. Overige	12
	143

Noot 2

Ten aanzien van kennis over epidemiologische feiten van borstkanker is een drietal vragen in analyses betrokken:

- Ongeveer één op de 17 mannen krijgt longkanker. Hoe groot schat u de kans van een vrouw borstkanker te krijgen? Als "juist" aangemerkt antwoord: 1 op 10 à 20.
- Stel er zijn 10 vrouwen met borstkanker. Hoeveel denkt u dat er van deze 10 van hun ziekte zullen genezen? Als "juist" aangemerkt antwoord: 4 à 5.
- Welke van de volgende 2 groepen vrouwen heeft een grotere kans op het krijgen van borstkanker? vrouwen van 20 - 40 jaar
  vrouwen van 40 - 60 jaar (juiste antwoord).

Aan evaluatie op deze vragen kleven een aantal methodologische bezwaren. Zo is uit de 2e evaluatiemeting bijvoorbeeld naar voren komen gekomen dat de introduktie "1 op 17 mannen krijgt longkanker" op de vraag naar vóórkomen van borstkanker bij vrouwen grote invloed uitoefent op het percentage juiste antwoorden op die vraag. Verder zijn bij voornoemde vragen geen "weet niet"-categorieën opgenomen, waardoor "gokken" waarschijnlijk is voorgekomen. Deze bezwaren zijn aanleiding geweest om de vragen in de vragenlijst van de derde evaluatiemeting niet meer op te nemen. Er wordt ook afgezien van rapportage.

Noot 3

Met behulp van aparte vragenlijsten is nagegaan welke vrouwen bereikt zijn met voorlichtingsbijeenkomsten. (vergelijk paragraaf 7.3.3). Achtergrondkenmerken van de vrouwen worden in dit hoofdstuk niet apart besproken maar in deze noot kort weergegeven:

Welke vrouwen zijn met behulp van de bijeenkomsten bereikt?

Met de voorlichtingsbijeenkomsten werd beoogd in eerste instantie niet-borstkankerpatiënten te bereiken. Uit de vragenlijsten bij vrouwenverenigingen blijkt dat van de bereikte groep 96% zelf geen borstkanker heeft. Ongeveer een kwart van de respondenten heeft een familielid met borstkanker, en een derde deel een kennis met borstkanker.

Via de bijeenkomsten bij vrouwenverenigingen is derhalve hoofdzakelijk de doelgroep niet-borstkankerpatiënten bereikt.

Via de voorlichtingsbijeenkomsten bij vrouwenverenigingen zijn met name oudere leeftijdsgroepen bereikt: meer dan tweederde deel van het aantal

bezoekers (68%) is 45 jaar of ouder, iets meer dan een kwart (27%) is tussen de 30 en 45 jaar oud.
Het minst zijn op deze wijze de jongere leeftijdsgroepen bereikt: slechts 5% van de bezoekers was jonger dan 30 jaar.
Ruim driekwart van het aantal bezoekers bij vrouwenverenigingen is gehuwd of woont samen.
Het merendeel van de aldus bereikte vrouwen (75%) is zelf lid van een vrouwenorganisatie; 23% als gast door anderen meegevraagd of bezochten de bijeenkomst na een aankondiging hiervan in de krant gelezen te hebben.
56% van de bezoekers had de poster "omgaan met borstkanker" wel eens gezien; 48% gaf aan wel eens een instructie te hebben gehad van borstzelfonderzoek; 33% had wel eens een folder gezien over borstkanker en/of borstzelfonderzoek.
Voorts geeft 27% aan niet zozeer voor het onderwerp te komen, maar veeleer omdat het hun gebruikelijke verenigingsbijeenkomst is.

Bij de open bijeenkomst was ongeveer 50% van de bereikte groep vrouwen zelf borstkankerpatiënt. Van de overige 50% had een aantal een andere vorm van kanker: men verwachtte bij deze bijeenkomst ook specifieke voorlichting te kunnen krijgen over hun ziekte.

Via de voorlichtingsbijeenkomsten in bedrijven en instellingen zijn met name de jongere leeftijdsgroepen bereikt: ruim 83% van de aldus bereikte vrouwen is jonger dan 45 jaar; 55% is 30 jaar of jonger. 63% van de bereikte groep is gehuwd of woont samen.

HOOFDSTUK 8

DISCUSSIE

8.1. Inleiding

De twee vragen waar in dit proefschrift getracht is een antwoord op te formuleren zijn vanuit verschillende invalshoeken gesteld.
De eerste vraag: "Welke zijn de gedragsdeterminanten van informatiezoekend gedrag rond borstkanker en het doen van borstzelfonderzoek, is vooral vanuit sociaal-wetenschappelijke of in dit geval liever vanuit GVO-optiek relevant. De toepassing van een aantal theoretische veronderstellingen op een voor GVO relevant inhoudsveld kan inzichten opleveren waarmee GVO als wetenschappelijk aandachtsveld een stap verder komt. De beantwoording van de tweede vraag nl. "wat is de invloed die GVO-interventies met betrekking tot borstkanker en borstzelfonderzoek op deze gedragingen en determinanten uitoefent?, is, hoewel zeker niet irrelevant voor GVO als wetenschappelijke discipline, vooral voor de ontwikkeling van voorlichtingsbeleid relevant. De opdrachtgever, in dit geval de Stichting Koningin Wilhelmina Fonds legde ten tijde van het toewijzen van subsidie hoge prioriteit bij het geven van voorlichting over kanker, op een wijze die effectief dient te zijn. Om dat te achterhalen is wetenschappelijk onderzoek nodig.
De onderzoeker zit in een type onderzoek als het onderhavige met wat Swanborn (1981) noemt een drievoudige loyaliteit. Van hem wordt verwacht dat hij een objectief en nuttig rapport schrijft voor de opdrachtgevende instantie. Als wetenschapper moet hij tegelijkertijd aan een aantal criteria voor wetenschappelijk onderzoek voldoen en wil hij ook nog het liefst grensverleggend bezig zijn. Tenslotte nog loyaliteit naar hemzelf. Als medeontwikkelaar van de in het aktie-gerichte onderzoek ontwikkelde interventies ziet hij graag dat de maatschappelijke doeleinden waarop het programma ontwikkeld is met behulp van zijn programma gerealiseerd worden. Gegeven deze drievoudige loyaliteit zal in onderstaande toch getracht worden de belangrijkste resultaten uit deze studie op een objectieve wijze te bediscussiëren.
Eerst zal in paragraaf 8.2. een samenvatting worden gegeven van de belangrijkste resultaten van het onderzoek dat is verricht ter beantwoording van de twee vraagstellingen. Vervolgens zal bij deze bevindingen eerst in paragraaf 8.3. een aantal theoretische kanttekeningen geplaatst worden en vervolgens in paragraaf 8.4. een aantal methodologische. Tot slot zal in paragraaf 8.5. een aantal aanbevelingen geformuleerd worden m.b.t. onderzoek en toekomstige voorlichtingsaktiviteiten.

8.2. Samenvatting van de resultaten

In veel GVO-onderzoek ontbreekt het aan een theoretisch kader dat inzicht kan bieden in de redenen waarom mensen zich gedragen zoals zij zich gedragen. Het achterhalen van determinanten van gedrag is echter een voorwaarde om zicht te krijgen op de mogelijkheden die men als voorlichter heeft om gedrag te beïnvloeden en effecten van deze beïnvloedingspogingen op systematische wijze te evalueren. In het in deze studie beschreven onderzoek is ten behoeve van de beantwoording van de eerste vraagstelling met name gebruik gemaakt van het theoretisch model van Fishbein & Ajzen (1975). Dit model diende als denkkader, als werkmodel bij het zoeken naar gedragsdeterminanten ter verklaring van het inwinnen van informatie over borstkanker en het doen van borstzelfonderzoek. Op basis

van de variabelen uit het model van Fishbein & Ajzen en op basis van een selectie van overige variabelen die op grond van literatuurgegevens relevant werden geacht in verband met de in dit proefschrift onderzochte gedragingen is getracht te achterhalen welke de belangrijkste gedragsdeterminanten in dit verband zijn. Hoewel attituden en subjectieve normen de twee hiervoor genoemde typen gedragingen (c.q. gedragsintenties) het best verklaren is de samenhang van deze variabelen met de gedrags(intentie) variabelen niet sterk. (1) De direct gemeten attitude ten aanzien van borstzelfonderzoek en de subjectieve norm t.a.v. borstzelfonderzoek verklaren 15% van het te verklaren gedrag (doen van borstzelfonderzoek). De directe attitude en subjectieve norm m.b.t. informatie-inwinnend gedrag verklaren 20% van de variantie m.b.t. de intentie informatie over borstkanker in te winnen. De attitude is in beide gevallen de best verklarende variabele. Van de overige, "externe" variabelen die in de analyses betrokken zijn, vertoont kennis over borstkanker en borstzelfonderzoek slechts zeer zwakke samenhang met de hoofdvariabelen in het model van Fishbein & Ajzen. Verder is gevonden dat jongere vrouwen meer de intentie hebben borstzelfonderzoek te doen als zij het niet eerder gedaan hebben dan oudere vrouwen. De gedragsintentie is ook sterker naarmate vrouwen actiever participeren in het sociale leven. Tenslotte is gevonden dat vrouwen die in sterkere mate vinden dat artsen uitmaken of zij gezond blijven of ziek worden een relatieve negatieve houding innemen ten aanzien van voorlichting over borstkanker.
De conclusie die uit de analyses gericht op het beantwoorden van de eerste vraagstelling getrokken kan worden, is dat het theoretische model van Fishbein & Ajzen zoals toegepast in dit onderzoek slechts matig bruikbaar is bij het achterhalen van de belangrijkste gedragsdeterminanten van het doen van borstzelfonderzoek en de intentie tot het inwinnen van informatie met betrekking tot borstkanker. In de hierna volgende paragrafen wordt getracht zowel vanuit theoretisch als methodologisch perspectief een verklaring te vinden voor de geringe verklarende kracht op gedrag van de twee belangrijkste "Fishbein" variabelen in dit verband: de attitude en de subjectieve norm.

Hoewel het voorlichtingsmateriaal dat bij de diverse voorlichtingsaktiviteiten in het project "Omgaan met borstkanker" in redelijke mate is waargenomen en gelezen, zijn de effecten op kennis-, houdings- en gedragsniveau praktisch nihil. Verschillen tussen scores van respondenten in de experimentele groep en de controlegroep treden niet op of zijn, indien zij wel optreden, niet toe te schrijven aan de voorlichtingsinterventies.
De voorlichtingscampagne heeft vooral die vrouwen bereikt die al een hoger kennisniveau hadden voor de start van de campagne of voor de start van de campagne al een zeer positieve attitude hadden ten aanzien van voorlichting over kanker. Noch in de mate waarin men geneigd is informatie in te winnen over borstkanker noch in de mate waarin men borstzelfonderzoek doet treden tengevolge van de voorlichtingsinterventies veranderingen op. Dat komt niet omdat bijvoorbeeld de geboden voorlichting niet toegankelijk is, men maakt er echter geen aktief gebruik van in de zin dat het meetbaar is aan de hand van de daarvoor in dit onderzoek gestelde criteria. Het lezen van voorlichtingsmateriaal hangt samen met leeftijd: jongere vrouwen zeggen vaker het materiaal te lezen. Ook vrouwen die tot hogere sociaal economische lagen behoren en meer sociale contacten onderhouden zijn meer geneigd het voorlichtingsmateriaal te lezen dan vrouwen met een lagere sociaal economische status, respectievelijk minder sociale contacten onderhouden.
In de voorlichting over borstkanker speelt met name de huisarts een belangrijke rol. Verreweg de meeste vrouwen noemen hem/haar als de belangrijkste informatiebron als men informatie wil hebben over borst-

kanker. Geconludeerd wordt tenslotte dat de behoefte aan voorlichting met name een latent karakter heeft. Men maakt pas gebruik van voorlichtingsmateriaal wanneer daar een directe aanleiding voor is, bijvoorbeeld als men van nabij met (borst)kanker mee geconfronteerd wordt.
Het antwoord op de tweede vraagstelling van deze studie zou op grond van de resultaten uit onderhavige evaluatie onderzoek moeten luiden: GVO interventies hebben geen invloed op (de geneigdheid) aktief informatie over borstkanker in te winnen. Evenmin oefenen zij invloed uit op het doen van borstzelfonderzoek of de veronderstelde determinanten van deze gedragingen.
De conclusie zou op grond van deze bevindingen kunnen luiden dat voorlichtingsaktiviteiten zoals uitgevoerd in het project omgaan met borstkanker zinloos zijn als zij zich richten op het beïnvloeden van kennis, attituden en gedragingen m.b.t. borstkanker en borstzelfonderzoek.
In het onderstaande zal worden betoogd dat het wellicht toch wat voorbarig is om een dergelijke conclusie te trekken. Daarbij zullen wat theoretische en methodologische kanttekeningen geplaatst worden.

8.3. Theoretische kanttekeningen

Zoals reeds in de inleiding van dit hoofdstuk is aangegeven is het theoretisch model van Ajzen & Fishbein in dit onderzoek niet op zijn formele geldigheid getoetst. De geldigheid van het model als zodanig staat ook hier niet ter discussie, wel de wijze waarop het in dit onderzoek is toegepast. De nadruk in het hier beschreven onderzoek lag op het veranderen van gedrag. Na verschillende soorten voorlichtingsinterventies is geen verandering in gedrag opgetreden. Hoe komt het nu dat vrouwen bewust zijn van het bestaan van borstzelfonderzoek, een redelijk kennisniveau hebben over borstkanker, zeer positief staan tegenover voorlichting over borstkanker in het algemeen en borstzelfonderzoek in het bijzonder, positief staan tegenover het doen van borstzelfonderzoek en het toch niet (goed) doen.

Sociale leertheorie en het beloningsprincipe
De interventies die zijn uitgevoerd om vrouwen tot gedragsverandering aan te zetten zijn gebaseerd op de sociale leertheorie. De sociale leertheorie gaat uit van het beloningsprincipe. Dat wil zeggen: mensen vertonen gedrag omdat het lonend is en vertonen dat gedrag dus niet als ze daar geen beloning aan ontlenen. Het betekent ook dat blijkbaar het meerendeel van de in dit onderzoek betrokken vrouwen het niet doen van borstzelfonderzoek als het meest lonende gedrag zien. Niet duidelijk is waar de bekrachtiging van het doen van borstzelfonderzoek precies uit bestaat. Uit het onderzoek komt naar voren dat vrouwen wel aangeven borstzelfonderzoek lonend te achten bijvoorbeeld als middel om borstkanker in een vroeg stadium op te sporen en daarmee de kans op genezing bij het krijgen van borstkanker te vergroten. Al eerder is gesteld dat nooit een garantie gegeven kan worden dat men borstkanker er ook vroeg mee zal opsporen, evenmin kan de garantie worden gegeven dat men in dat geval zal genezen van de ziekte. Een bijkomend belangrijk probleem is dat, zo er al een beloning in deze zin plaatsvindt, deze zich pas op langere termijn zal manifesteren.
Als je je tanden regelmatig poetst dan voorkom je daarmee slechte adem, je mond wordt verfrist en op langere termijn voorkom je caviteiten. Als je je regelmatig wast, voel je je fris, zie je er fris uit, ruik je lekker enz. en je voorkomt op langere duur huidinfecties. Als je gezond en niet te veel eet, voel je je fitter, zitten je kleren beter en voorkom je bijvoorbeeld obesitas. Al dit type gedragingen ondervinden op korte-termijn bekrachtiging en geven bovendien ook nog garanties op gezondheidswinst op langere termijn.

Als je borstzelfonderzoek doet dan voel je je niet opeens beter, aangenamer. Je wordt er bijvoorbeeld ook niet aantrekkelijker door. Een korte-termijn beloning ontbreekt nagenoeg. De werkelijke ironie, kan men haast stellen, zit in het feit dat de beloning op langere termijn bestaat uit het vinden van borstkanker. Daarin schuilt een groot probleem bij het bewegen vrouwen borstzelfonderzoek te doen.
Een eerste verklaring voor het uitoefenen van gedrag in de gewenste richting zou derhalve kunnen zijn dat de in de voorlichting genoemde voordelen in ieder geval op korte termijn maar ook op langere termijn niet als belonend (genoeg) ervaren worden.

Sociale leertheorie: cognitieve- en gedragstheorieën

Vojtecky (1984) stelt dat in de GVO de programma rationales meestal hun wortels hebben in de sociale leertheorie, maar dat de doelen, de voorlichtingsinterventies en evaluatiemethoden niet altijd consistent zijn met de leertheorie die aan het programma ten grondslag ligt.
Analoog aan Bigge (1982) maakt Vojtecky (1984) een onderverdeling in cognitieve theorieën en gedragstheorieën binnen de sociale leertheorie. Binnen de gedragstheorie van de behavioristische school voltrekt leren van nieuw gedrag zich door conditionering door middel van bekrachtiging van gedragingen. Volgens de gedragstheorie komt de stimulus tot gedragsverandering van buitenaf, vanuit de omgeving. Men wordt gestimuleerd vanuit de behoefte iets te verwerven dat men niet heeft of omdat men geconfronteerd wordt met een onaangename stimulus, die men wil vermijden. Wanneer de response de behoefte bevredigt of het ongemak elimineert dan ervaart het individu die als beloning en wordt het gedrag bekrachtigd. De menselijke natuur wordt in essentie als passief gezien m.b.t. de omgeving. Een individu beantwoordt, reageert in plaats van zelf aktie te nemen. Het gedrag kan geconditioneerd worden op z.g. klassieke of operante wijze. De klassieke conditionering is gebaseerd op het stimulus-response principe. Operante conditionering is gebaseerd op het feed-back principe. Dat betekent dat wanneer een response een behoefte bevredigt of een onaangename stimulus elimineert de kans toeneemt dat bij een toekomstige vergelijkbare situatie op dezelfde wijze gehandeld wordt. In het voorgaande is er al op gewezen dat instrumentele conditionering niet erg voor de hand ligt als directe beloning uitblijft.
In de praktijk van GVO wordt veel meer nadruk gelegd op cognitieve theorieën waarbij leren gelijkgesteld wordt aan het ontwikkelen van inzicht en begrip. Inzicht en begrip vormen een potentiële leidraad voor gedrag. In cognitieve theorieën vindt leren opzettelijk, doelgericht en creatief plaats. Er is sprake van een proces waarin nieuwe inzichten voor het individu leiden tot een herordening van zijn bestaande cognitieve structuur. In de behavioristische opvatting is leren gelijk aan gedrag. Zoals gezegd neemt de GVO praktijk vaak de cognitieve leertheorie als vertrekpunt. De gepleegde interventies zijn sterk cognitief van aard. De vraag is dan wel of men met dergelijke interventies op korte termijn gedragsveranderingen mag verwachten. Als men mensen op korte termijn bepaald gedrag wil aanleren dan zijn wellicht andersoortige interventies nodig. Cognitieve leertheoretici stellen dat leren cognitieve en affectieve situaties en processen kan beïnvloeden bij individuen, individuele gedragskeuzen kan beïnvloeden. Met andere woorden als GVO zich baseert op cognitieve leertheorieën dan dient haar succes mogelijk in eerste instantie afgemeten te worden aan het beïnvloeden van genoemde situaties en processen. Tot zover dient dan ook in eerste instantie haar doel te reiken. Dit past ook binnen de visie dat GVO eigen verantwoordelijkheid van het individu stimuleert, gedragsalternatieven aanreikt en erop gericht is mensen te stimuleren verantwoorde keuzen te maken. Hochbaum (1981) stelt in dit verband: "Even succesful health education cannot do more -and should not be held responsible for more- than to create certain cognitive and

affective conditions which we consider to be favorable, perhaps necessary (but not sufficient) to the emergence of the desired behaviors" (p. 5).
In deze studie is getracht door het theoretische model van Fishbein & Ajzen en het model van gedragsbeïnvloeding door voorlichting van Kok als vertrekpunt te nemen deze problemen te voorzien. Het model van Fishbein & Ajzen omdat het een leertheoretisch kader geeft voor de wijze waarop gedrag tot stand komt, waarbij een soort compromis wordt gevonden tussen de meer cognitieve theorieën en gedragstheorieën zoals hiervoor besproken. Een compromis in de zin dat in de attitude variabele cognitieve, affectieve én conatieve of gedragscomponenten vervat zijn. Daarnaast wordt rekening gehouden met gepercipieerde invloed van belangrijke anderen in de subjectieve norm variabele.
Het model van Kok maakt duidelijk dat de soorten interventies die men in GVO kan ondernemen afhankelijk zijn van de fase van gedragsbeïnvloeding c.q. de doelen die men stelt. Het uiteindelijke doel is gericht op het beïnvloeden van gedrag in verband met gezondheid.
Geredeneerd vanuit het zojuist genoemde citaat van Hochbaum (1981) zou de conclusie met betrekking tot het hier uitgevoerde onderzoek zijn dat het zich ten doel stellen gedragsveranderingen te bewerkstelligen d.m.v. de nu uitgevoerde interventies over een termijn van anderhalf jaar een irreële doelstelling is gebleken. Het type programma dat is uitgevoerd is gezien de gestelde evaluatiemaat (op gedragsniveau) niet geheel consistent met de theoretische basis m.b.t. leren die aan het programma ten grondslag ligt. Op deze conclusie doorredenerend zou men kunnen stellen dat met de nu gepleegde voorlichtingsinterventies men op de termijn dat zij uitgevoerd werden, niet méér verwacht mag worden dan dat er een gunstige conditie wordt geschapen waarin vrouwen zich openstellen voor informatie. Een conditie die wel een noodzakelijke maar geen voldoende voorwaarde is voor gedragsverandering. Vanuit de in deze studie gehanteerde theoretische uitgangspunten worden hieronder enkele andere kanttekingen geplaatst.

Het model van Ajzen & Fishbein: attitude en subjectieve norm als gedragsdeterminanten

Uit de analyses die gepresenteerd zijn in hoofdstuk 5 wordt duidelijk dat hoewel attituden en subjectieve normen wel de sterkste samenhang vertonen met de gedragsintentie, hun verklarende waarde in vergelijking met eerdere toepassingen van het model van Fishbein & Ajzen relatief laag is. (2) Voor een deel zijn hiervoor wellicht methodologische verklaringen aan te voeren. Hierop wordt in de volgende paragraaf teruggekomen. Wat de attitude betreft kan het zijn dat andere dan in deze situatie als saillant veronderstelde beliefs een rol spelen. Deze "beliefs" kunnen te maken hebben met juist die "externe variabelen" die, zoals in hoofdstuk 5 is verduidelijkt, een directe in plaats van een indirecte invloed uitoefenen op gedrag. Wat betreft (de intentie tot) het doen van borstzelfonderzoek kwam in dit hoofdstuk naar voren dat onafhankelijk van de attitude met name de variabelen kennis over borstzelfonderzoek, leeftijd en in mindere mate sociale participatie tot gedragsdeterminanten gerekend kunnen worden. Het is daarom wellicht noodzakelijk om bijvoorbeeld per leeftijdsgroep meer zicht te krijgen op beliefs die een rol spelen in verband met het doen van borstzelfonderzoek. Uit dit onderzoek is duidelijk geworden dat kennis over borstkanker niet of nauwelijks van invloed is op de attitude. Concluderend kan gesteld worden dat het de vraag is of in de voorlichting over borstkanker zoveel aandacht besteed moet worden aan feitelijkheden die

kennis over de ziekte moeten vergroten. Een uitzondering vormt wellicht voorlichting over borstzelfonderzoek. Kennis over borstzelfonderzoek heeft zelfs een directe invloed op de intentie tot het doen van borstzelfonderzoek.
In hoofdstuk 5 is aangegeven dat er een signifikant, zij het zwak (r = .13), verband bestaat tussen het hebben van vroegere ervaringen met borstkanker en de attitude ten aanzien van voorlichting over borstkanker. Deze samenhang geldt ongeacht het kennisniveau van de respondenten. De conclusie die, zij het wat voorzichtig vanwege de zwakke correlatie, getrokken kan worden, is dat er in de voorlichting in plaats van cognitieve meer aandacht aan ervaringsaspecten rond borstkanker besteed zou moeten worden. Deze conclusie wordt ondersteund door eerder onderzoek door Hauknes (1981) en de Carufel et al. (1981) die vonden dat in verband met voorlichting over respectievelijk roken en borstzelfonderzoek mensen ervaringsgegevens beter onthouden dan bijvoorbeeld meer cijfermatige informatie.
In de voorlichting worden voordelen m.b.t. het aanbevolen gedrag benadrukt en nadelen zoveel mogelijk afgezwakt. De mogelijkheid bestaat dat de benadrukte voordelen van relatief geringe betekenis zijn bij de overweging het aanbevolen gedrag te vertonen. Kok (1986b) stelt dat in de afweging van voor- en nadelen gezondheidsoverwegingen soms helemaal geen rol spelen.
Een andere belangrijke gedragsdeterminant in het model van Fishbein & Ajzen is de subjectieve norm. Hierbij speelt het ondervinden van steun uit de omgeving, "social support" een belangrijke rol. Veelal wordt er in de literatuur van uitgegaan dat de invloed van "social support" een positieve uitwerking heeft op gedrag. In een overzichtsartikel van Suls (1982) wordt aangegeven dat er uit onderzoek ook voorbeelden zijn te noemen van negatieve invloed van social support. Zo vond Mechanic (genoemd in Suls, 1982) dat bijvoorbeeld gezinsleden en vrienden ook stress kunnen bevorderen. Een stimulerende invloed van de partner op de vrouw om borstzelfonderzoek te doen kan een positieve bijdrage leveren aan het ook daadwerkelijk doen van borstzelfonderzoek. Er zou echter ook een negatieve werking op gedrag vanuit kunnen gaan. De mogelijkheid bestaat dat een vrouw wel een positieve attitude ten aanzien van borstzelfonderzoek inneemt omdat ze het bijv. een goede zaak vindt aandacht aan je gezondheid en je lichaam te schenken. Anderzijds kan de gedachte dat door borstzelfonderzoek een afwijking gevonden kan worden die op borstkanker duidt haar angstig maken en stress doen toenemen. Wanneer haar partner haar stimuleert borstzelfonderzoek te doen kan dat de druk bij de vrouw vergroten, omdat ze zich meer aangezet zal voelen tot een handeling die bij haar associaties met borstkanker oproept. Met andere woorden: er wordt vaak onvoldoende rekening gehouden met het feit dat goedbedoelde stimuli averechtse effecten kunnen hebben.
In dit onderzoek komt naar voren dat de gepercipieerde invloed van belangrijke anderen heel groot is (zie hfst. 5), maar dat de verklaarde variantie boven de eigen attitude minimaal is. Dit zou verklaard kunnen worden vanuit een negatieve invloed van social support op gedrag. Subjectieve normen met betrekking tot voorlichting over borstkanker en het doen van borstzelfonderzoek vertonen een relatief zwakke samenhang met gedragsintenties. Mogelijk is dit voor een deel toe te schrijven aan de wijze waarop deze variabelen gemeten zijn. Ajzen & Fishbein (1980) schrijven in dit verband: "....we are not at all certain that the measure of subjective norm proposed in this book is the best way of directly assessing perceived social pressure to perform or to not perform a behavior. Although we are convinced that perceived social pressure must be taken into account in order to explain social behavior, alternative ways of assessing that pressure might be developed". (p. 246). Een alternatief is echter nog niet voor handen.

Een andere verklaring voor de zwakke samenhang wordt ontleend aan Kok e.a. (1981). De mate waarin volgens hen de attitude en de subjectieve norm gedrag verklaren is afhankelijk van de mate waarin betreffend gedrag zichtbaar is. Zo zal huns inziens anoniem gedrag nauwelijks beïnvloed worden door subjectieve normen in zoverre deze afwijken van de eigen attitude. Attituden hebben volgens hen een grotere invloed op anoniem dan op publiek gedrag, terwijl de subjectieve normen een grotere invloed hebben op publiek dan op anoniem gedrag. Het inwinnen van informatie en het doen van borstzelfonderzoek zou men in dit kader als vormen van anoniem gedrag kunnen beschouwen.
Een laatste verklaring voor de relatief lage verklaarde variantie van de twee hoofdvariabelen in het model van Fishbein, attitude en subjectieve norm ten opzichte van gedrag(sintenties), kan te maken hebben met wat Verhallen (1984) noemt: "behavioral costs". Verhallen (1984) stelt dat instrumenteel gedrag (dit is gedrag dat moet leiden tot realisering van een bepaald doel) bepaald wordt door verwachte uitkomsten van dat gedrag en de gedragskosten die aan dat gedrag verbonden zijn. "Behavioral costs" of gedragskosten definieert hij als "...the behavioral price relative to the behavioral budget" (p. 91). Borstzelfonderzoek doen zou men kunnen opvatten als een vorm van instrumenteel gedrag. Het uiteindelijke doel waartoe dit gedrag moet leiden is bijvoorbeeld: borstkanker in een zo vroeg mogelijk stadium opsporen en daarmee de kans op voortijdige sterfte aan borstkanker zo klein mogelijk maken. Een vrouw zal geneigd zijn borstzelfonderzoek te doen als zij zich betreffend doel voor ogen stelt, groot rendement verwacht van het doen van borstzelfonderzoek op het gestelde doel en als de "gedragskosten" die daarmee gemoeid zijn in redelijke verhouding staan tot het beschikbare "gedragsbudget". Gedragskosten bestaan uit de som van "tijdskosten", psychische kosten en fysieke kosten. Tijdskosten worden gedefinieerd als de ratio tussen benodigde hoeveelheid tijd voor het gedrag en de hoeveelheid beschikbare tijd; psychische kosten als de psychische eisen die het gedrag vergen, gedeeld door het totale "mentale budget"; fysieke kosten als de ratio tussen fysieke eisen die het gedrag vergen en het "fysieke" budget.
Het relatieve gewicht van deze kostenfactoren is moeilijk te bepalen en zal sterk afhangen van het type gedrag. Toegepast op borstzelfonderzoek zijn gedragskosten, zoals hier bedoeld moeilijk te kwantificeren om zo na te gaan wat de invloed van deze kosten is op het uiteindelijk vertoonde gedrag. Hier wordt het door Verhallen (1984) gehanteerde begrip "behavioral costs" slechts vermeld als theoretisch construct. Meer onderzoek toegepast op borstzelfonderzoek zal de empirische bruikbaarheid van dit construct moeten aantonen.

Voorlichtingskundige kanttekeningen: problemen van inhoud en vorm

De resultaten van het in dit hoofdstuk beschreven onderzoek zijn tot nu toe vooral bediscussieerd vanuit gedragswetenschappelijke optiek. Hier worden ook nog enkele voorlichtingskundige kanttekeningen geplaatst. Wat de inhoud van de voorlichting betreft is er in vorige paragrafen van dit hoofdstuk al op gewezen dat de mogelijkheid bestaat, dat de in de voorlichting genoemde voordelen van het aanbevolen gedrag mogelijk niet als lonend (genoeg) worden ervaren. Ook is gesteld dat de informatie, met name in de schriftelijke voorlichting, een sterk cognitief karakter draagt. De mogelijkheid bestaat dat deze nadruk op cognities te sterk is. In haar proefschrift over geneigdheid tot medische consumptie concludeert Mootz (1981) dat emotioneel-evaluatieve determinanten bij medische consumptie een belangrijkere rol spelen dan rationeel-cognitieve determinanten. Zij concludeert dan ook dat voorlichting en pogingen tot kennisoverdracht in dit verband de feitelijke medische consumptie slechts in beperkte mate zullen beïnvloeden. Interventies die op de meer emotionele componenten

weten in te spelen, zullen daarvoor waarschijnlijk effectiever zijn. Mogelijk zijn in dit verband paralellen te trekken met de voorlichting over borstzelfonderzoek als een vorm van "medische consumptie".
Publieksvoorlichting over kanker is in veel gevallen erg moeilijk. In dergelijke voorlichting moeten de concrete voordelen van gedragsverandering die men aanbeveelt duidelijk zijn, wil zij succes hebben. Hiervoor is aangegeven dat daarin nu juist een groot probleem schuilt. Harde garanties voor het effect van borstzelfonderzoek in de zin van: minder kans op (sterven aan) borstkanker, zijn niet te geven. Het is in de voorlichting wellicht ook niet altijd even zinvol om over oorzaken van borstkanker te spreken, althans als voorlichting gericht is op beinvloeding van gedrag. Enkele voorbeelden kunnen dat verduidelijken. Vrouwen die pas op latere leeftijd een kind baren of helemaal geen kinderen krijgen hebben een hogere kans op het krijgen van borstkanker dan vrouwen die op jongere leeftijd een voldragen zwangerschap hebben gehad. Dit type kennis is nauwelijks vertaalbaar naar gedragsaanbevelingen om de kans op borstkanker te verkleinen. Om in termen van Kok (1986b) te blijven: er is sprake van een gezondheidsprobleem; er is een relatie tussen dit probleem en gedrag; praktisch gezien is dit gedrag echter niet (op ethisch verantwoorde wijze) te beïnvloeden. In zekere mate geldt dat ook bijvoorbeeld voor voorlichting waarin aandacht aan de relatie tussen voeding en borstkanker besteed wordt. Op zijn best zijn er vingerwijzingen te geven over welke voedingsbestanddelen in het algemeen nadelig werken en welke verband kunnen houden met een hogere weerstand tegen kanker. Desondanks is het nog niet mogelijk door middel van voorlichting specifieke aanwijzingen te geven hoe voedingsgewoonten borstkanker kunnen voorkomen.
Wat de vorm van de voorlichtingsaktiviteiten betreft: in het project is gebruik gemaakt van zowel massamedia, groepsvoorlichting als persoonlijke voorlichting. Qua bereik zijn er in het project duidelijke verschillen te signaleren. Vooral het schriftelijke voorlichtingsmateriaal is in bevredigende mate opgemerkt. Met behulp van de groepsbijeenkomsten zijn weliswaar 2500 vrouwen bereikt, doch op de totaal te bereiken vrouwelijke populatie in het experimentele gebied vormt dit slechts een klein percentage, ca. 7%. Tenslotte bestaat de stellige indruk dat de voorlichtingsrol van de huisarts en de wijkverpleegkundige met name een passieve is geweest. Met andere woorden zij fungeren wel als distributiekanaal voor het schriftelijke voorlichtingsmateriaal, doch spraken nauwelijks met patiënten over borstkanker. In de derde evaluatiemeting zegt slechts 18% van de ondervraagde vrouwen in het proefgebied wel eens met de huisarts over borstkanker te praten. Uit de reakties van interviewsters kwam regelmatig naar voren dat respondenten verbaasd reageerden als hen gevraagd werd of ze wel eens met een wijkverpleegkundige over borstkanker spraken. Wijkverpleegkundigen worden meer gezien in de rol van ziekenverzorger of van iemand die zich vooral bezighoudt met consultatieburau aktiviteiten. Bovendien komt men in veel gevallen pas met hen contact via de huisarts.
Het accent in dit project heeft daarom vooral gelegen op een massamediale aanpak, op publieksvoorlichting. Publieksvoorlichting zou men kunnen definiëren als uniforme voorlichting op een pluriforme populatie. Vrouwen, in dit geval, worden op een uniforme wijze aangespoord zich op een bepaalde wijze te gedragen. Het probleem waar men daarbij op kan stuiten is dat de motivatie, zoals verwoord in de voorlichtingsboodschap, niet aan hoeft te sluiten bij de motieven van de informatie-ontvangers. Uit literatuurgegevens, waarvan een deel van latere datum is dan deze studie, wordt, overigens net als in deze studie, duidelijk dat het effect van grootschalige voorlichtingscampagnes teneinde het doen van borstzelfonderzoek te bevorderen gering is.

Green (1977) stelt dat pamfletten, folders en dergelijke, vooral die mensen bereiken. die al gemotiveerd zijn om het aanbevolen gedrag te ondernemen. Verder zijn het geschikte methoden om de aandacht op een probleem te vestigen. Toegepast op het model van gedragsbeïnvloeding door voorlichting van Kok (1985) geldt dat van de interventies met name invloed verwacht mag worden op de factoren "aandacht" voor de groep vrouwen, die zich nog niet eerder zelf met problematiek rond borstkanker heeft beziggehouden en "gedragsverandering" voor de groep vrouwen die wel een positieve intentie heeft om bijvoorbeeld borstzelfonderzoek te doen, maar een extra stimulans nodig heeft ook betreffend gedrag te vertonen. Zodra het om het bereiken van "moeilijker" groepen gaat zijn volgens Green (1977) andere interventietechnieken nodig. De vraag rijst hoe voorlichting over borstkanker en borstzelfonderzoek dan wel gegeven moet worden wil zij het beoogde effect geven. In de inleiding van hoofdstuk 6 is al aangegeven dat een "kookboek" met voorlichtingsrecepten niet bestaat. In paragraaf 8.5. zal op grond van bevindingen in deze studie geprobeerd worden toch een aantal aanbevelingen in dit verband te geven.

In deze paragraaf is een aantal kanttekeningen geplaatst bij de resultaten van deze studie. Gezocht is naar een aantal theoretische verklaringen voor het uitblijven van gedragsveranderingen die met behulp van voorlichtingsinterventies getracht zijn te bewerkstelligen. Daarbij is kort aandacht besteed aan opvattingen van Vojtecky (1984) en Hochbaum (1981) die voor GVO geen bredere rol zien weggelegd dan het creëren van condities die het beïnvloeden van gedrag mogelijk kunnen maken. Het model van Kok (1985) gaat in die zin verder, dat het aangeeft aan welke voorwaarden voldaan moet zijn wil voorlichting wel tot gedragsverandering leiden. Het model Fishbein & Ajzen dat in het model van Kok geïntegreerd is wordt niet ter discussie gesteld. Het feit dat de belangrijkste verklarende variabelen in dit model relatief lage correlaties vertonen met gedrags(intenties) variabele wordt met name toegeschreven aan problemen met betrekking tot operationalisering van de variabelen met betrekking tot borstkanker en borstzelfonderzoek. Ook het model van Kok dat een stappenplan aangeeft om door middel van voorlichting gedrag te beïnvloeden, wordt niet ter discussie gesteld. Het uitblijven van gewenste effecten op gedrag wordt in verband gebracht met de vorm en de inhoud van de ondernomen interventies.

8.4. Methodologische kanttekeningen

In deze paragraaf zal kort worden ingegaan op enkele methodologische problemen die bij het onderzoek een rol speelden. In paragraaf 8.3. is geconcludeerd dat hoewel attituden en subjectieve normen in dit onderzoek wel de sterkste samenhang vertonen met de gedragsintentie, hun verklarende waarde in vergelijking met eerdere toepassingen van het model van Fishbein & Ajzen relatief laag is. In hun oorspronkelijke werk spreken Fishbein & Ajzen (1975) weliswaar over attituden ten aanzien van gedrag; bij de instructies over de wijze waarop attituden gemeten moeten worden, spreken zij over attituden ten aanzien van objecten. Een houding ten aanzien van een object (Ao) wordt naar hun zeggen gevormd door de som van produkten van overtuigingen (beliefs) ten aanzien van een object (Bo) x de evaluatie van kenmerken van dat object (Eo). In hun latere publikatie stellen Ajzen & Fishbein (1980) dat de "belief" uitspraken niet over "objecten" moeten gaan maar over gedragingen. In 1980 schrijven zij: ..... the theory does refer to attitude toward a behavior (rather than attitude toward an object or target...(p. 246).
De verklarende kracht van attituden die niet betrekking hebben op specifiek gedrag is naar hun eigen zeggen veel geringer dan attituden die wel

op specifiek gedrag gericht zijn. In dit onderzoek zijn de indirect gemeten attituden ten aanzien van borstzelfonderzoek en voorlichting over borstkanker niet altijd op te vatten als voorlichting ten aanzien van gedrag, doch ook als attitude ten aanzien van objecten. Dit verklaart mogelijk de relatief lage samenhang tussen indirecte attituden en gedragsintenties in dit onderzoek. Volgens Ajzen & Fishbein (1980) is het niet altijd noodzakelijk dat de attitude-uitspraken betrekking moeten hebben op één specifiek gedrag. Attitudeformuleringen kunnen ook op een algemeen niveau plaatsvinden. Alleen geldt wel hoe specifieker het gedrag des te specifieker dient ook de attitude en de subjectieve norm geformuleerd te worden.
Op grond van de in dit onderzoek opgedane ervaringen met het model van Ajzen & Fishbein wordt dan ook zeker niet geconcludeerd dat de toepassingswaarde in empirisch onderzoek m.b.t. GVO gering zou zijn. In 1980 schrijven Ajzen & Fishbein : "...we would like to make it clear that the theory formulated in this book is still in the process of development. Many years of intensive work on attitude theory and measurement have given us a good understanding of the ways attitudes are formed and of how they can best be measured...." (p. 246).
Later onderzoek, (zie b.v. Siero e.a., 1984; de Vries en Kok, 1986) bevestigt dat het model in dit opzicht zijn praktische bruikbaarheid voor de voorlichting en onderzoek op het terrein van GVO inderdaad lijkt waar te maken. Een andere mogelijke verklaring voor de relatief zwakke samenhang (relatief zwak ten opzichte van andere empirische toepassingen van het model van Ajzen & Fishbein) is de scheefheid in scores op de attitudemetingen. De meeste vrouwen geven aan een positieve tot zeer positieve houding te hebben ten aanzien van voorlichting over borstkanker en het doen van borstzelfonderzoek. Uiteraard kan het zijn dat vrouwen inderdaad zeer positieve opvattingen hebben op dit punt. Voor een deel kunnen ze wellicht ook verklaard worden vanuit het feit dat de voorgelegde vragen en uitspraken sociaal wenselijke antwoorden uitlokken. Het opstellen van een vragenlijst, waarin gevraagd wordt wat mensen van plan zijn te gaan doen of (zeggen) daadwerkelijk te doen in verband met hun gezondheid, is een precaire zaak. Immers "gezondheid" wordt in onze samenleving als een hoog goed beschouwd. Men is haast verplicht te zeggen dat men positief staat tegenover zaken die een positieve bijdrage kunnen leveren aan het behoud van gezondheid, met name als het gaat om vragen over (borst)kanker kan die geneigdheid positieve antwoorden te geven groot zijn. Als vrouwen het effect van regelmatig doen van borstzelfonderzoek niet kennen dan zou men de neiging kunnen hebben om, wanneer gevraagd wordt daarover te oordelen, in positieve zin te antwoorden. Het feit dat er naar gevraagd wordt (borstzelfonderzoek als methode voor vroege opsporing van borstkanker) kan de indruk geven dat het dan ook wel een effectief middel moet zijn in dit verband. Een ander probleem in dit verband is dat het vragen naar voor- en nadelen van b.v. borstzelfonderzoek (als methode van vroege opsporing van borstkanker) haast onvermijdelijk zal leiden tot het stellen van tendentieuze vragen of het voorleggen van tendentieuze uitspraken. Om effecten die toe te schrijven zijn aan de antwoordtendens naar sociale wenselijkheid (behoefte om van zichzelf een positief beeld tot uitdrukking te brengen) en "demand characteristics" (men laat zich beïnvloeden door wat men meent dat de interviewster wil horen) zoveel mogelijk te beperken zijn attitude-én gedragsvragen in dit onderzoek steeds via schriftelijke vragenlijsten gesteld.

In deze paragraaf is ingegaan op enkele problemen van meer methodologische aard bij de uitvoering van de onderhavige studie. In de eerste plaats kwamen enkele problemen ter sprake die verband houden met het meten van attituden. De attitudemetingen in deze studie hebben deels betrekking

op attituden ten aanzien van objecten, deels op die ten aanzien van gedrag. Dit houdt verband met het feit dat Fishbein & Ajzen in dit opzicht niet steeds even duidelijk zijn geweest over de wijze waarop betreffende metingen dienen plaats te vinden. Verder is aandacht besteed aan de problematiek rond de sociale wenselijkheid van vragen die gaan over gezondheid en gezondheidsgedrag.

8.5. Aanbevelingen

8.5.1. Aanbevelingen voor verder onderzoek

1.Op basis van de in dit onderzoek gevonden resultaten kan de conclusie worden getrokken dat arbeids- en kapitaalintensieve voorlichtingscampagnes gericht op de gehele (vrouwelijke) bevolking zoals uitgevoerd in het project "Omgaan met borstkanker", gericht op beïnvloeden van doen van borstzelfonderzoek op korte termijn (1 à 2 jaar), vruchteloos zijn. Meer onderzoek naar de effectiviteit om dergelijk gedrag met behulp van voorlichting te beïnvloeden is noodzakelijk. Meer aandacht dient daarbij geschonken te worden aan onderzoek naar determinanten van gedrag en de wijze waarop deze gedragsdeterminanten kunnen worden beïnvloed door middel van voorlichting. Het model van gedragsverandering door middel van voorlichting biedt daartoe een goed kader. Het model biedt aanknopingspunten om aan de hand van de erin genoemde fasen concrete doelstellingen te formuleren die men wil trachten door middel van voorlichting te realiseren. Meer onderzoek dient verricht te worden naar welke methoden van voorlichting het meest effectief zijn, gezien de gestelde doeleinden en naar wat de inhoud moet zijn van de voorlichtingsboodschap.
2. In vervolg op de eerste aanbeveling wordt hier gesteld dat met betrekking tot GVO evaluatie-onderzoek in het algemeen en evaluatie-onderzoek naar effecten van voorlichting op gedrag in verband met borstkanker in het bijzonder, meer onderzoek moet worden gedaan waarin personen over een lange tijdsperiode gevolgd kunnen worden en waarin periodiek veranderingen in kennis, houdingen en gedragingen worden gemeten.
Dit soort onderzoek geeft aan welke onmiddellijke effecten men van GVO interventies mag verwachten en welke veranderingen pas op langere termijn gerealiseerd kunnen worden. Afhankelijk van het type gedrag dat men met behulp van voorlichting tracht te bereiken, kan gedragsverandering veel tijd vergen. Hoewel niet direct af te leiden uit resultaten van dit onderzoek, verdient het aanbeveling beleidsinstanties, die doorgaans dergelijk type evaluatie-onderzoek financieren, erop te wijzen dat zij tenminste met twee belangrijke gegevenheden rekening dienen te houden:

a. als men van GVO-interventies gedragsverandering verwacht dan moet men rekening houden met wat Green (1977) noemt "Threshold-spending". Anders gezegd: de minimale som geld die men aan GVO moet besteden is het bedrag dat nodig is om het doel te bereiken. Hoewel deze uitspraak overkomt als een "open deur", leert de praktijk dat GVO'ers nogal eens met een tekort aan middelen zitten, gezien de gestelde doelen. Er is met andere woorden een zekere buffer of drempelfinanciering nodig voordat ook maar enige verandering in gedrag door voorlichting waarneembaar kan zijn.
   Is men niet bereid een dergelijke basisinvestering te plegen dan kan men volgens Green beter helemaal niet aan een campagne beginnen. "Iets is beter dan niets" gaat in dit geval niet op. Als dat "iets" duidelijk te weinig is om een gesteld doel te realiseren dan is het verspilling om toch geld voor doel aan te wenden en kan het GVO in een slecht daglicht stellen omdat effecten uitblijven. Meer onderzoek naar deze "drempelwaarden", behorend bij specifieke doelstellingen is noodzakelijk.
b. wanneer men investeert in voorlichting als middel om gedragsverande-

ring te bewerkstelligen dan dient men zich te realiseren dat om gedragsbehoud tot stand te brengen structurele financiering ten behoeve van voorlichting noodzakelijk is. Ook voor voorlichting is de wet van de verminderde meeropbrengst van toepassing. Dat wil zeggen dat met bepaalde voorlichtingsaktiviteiten bepaalde effecten verwacht mogen worden. Extra investeringen in dergelijke aktiviteiten leveren op een gegeven moment geen extra effecten (bijvoorbeeld in gedragsverandering) op. Het "point of diminishing returns" is bereikt. Bij continuering van voorlichting zal nog iets van het bereikte maximale effect verloren gaan, maar kan daarna in redelijke mate stabiel blijven. Meer onderzoek is noodzakelijk voor diverse GVO-onderwerpen, zoals voorlichting over borstzelfonderzoek en borstkanker, "points of dimishing returns" vast te stellen alsmede onderzoek naar mate de waarin en de wijze waarop voorlichtingsaktiviteiten, na bereiken van het "maximale effect", gecontinueerd moeten worden op een dergelijk effect over langere periode op een redelijk niveau te handhaven.

3. Meer onderzoek is noodzakelijk om nauwkeuriger in kaart te brengen via welke afweging van voor- en nadelen attituden rond het doen van borstzelfonderzoek tot stand komen. Deze afweging bepaalt uiteindelijk hoe lonend men gedrag percipieert. Pas dan kan opnieuw worden bezien òf voorlichting een hulpmiddel kan zijn om dergelijk gedrag te beïnvloeden en zo ja op welke wijze. Tevens verdient het aanbeveling om beter in kaart te brengen hoe gepercipieerde voor- en nadelen van in de voorlichting aanbevolen gedrag kunnen verschillen op achtergrondskenmerken van personen, i.e. vrouwen die men tracht te bereiken. De vaststelling in dit onderzoek dat bijvoorbeeld leeftijd en sociale participatie gedragsdeterminanten zijn van (de intentie tot het) doen van borstzelfonderzoek levert nog geen gegevens op voor een meer gerichte voorlichting om dat gedrag te beïnvloeden.
4. Meer experimenteel onderzoek is eveneens noodzakelijk naar de rol van de sociale omgeving in dit verband. Met name dient de rol van de huisarts als belangrijke informatiebron nader bestudeerd te worden. De indruk bestaat dat, hoewel de huisarts wel als belangrijke informant wordt gezien, de wijze waarop deze daar ook aktieve invulling aangeeft duidelijk verbeterd kan worden.
5. In dit verband verdient het ook aanbeveling nader onderzoek te doen naar de groep als "change agent" en de rol van voorlichting daarbij. Green (1977) spreekt in dit verband over voorlichting door middel van groepsdiscussie-beslissingsmethoden. Bond (1956) paste deze methode met succes toe bij het beïnvloeden van het doen van borstzelfonderzoek. De groep wordt als "change agent" gebruikt bij het veranderen van gedrag. In de voorlichting wordt nu meer nadruk gelegd op voor- en nadelen van gedrag bij het beïnvloeden van attituden. Met andere woorden in de voorlichting over borstkanker en borstzelfonderzoek wordt vooral geprobeerd via verschuivingen in persoonlijke opvattingen gedrag te veranderen. Alternatieve beïnvloedingspogingen waarbij op meer directe wijze de normatieve opvattingen (subjectieve norm) wordt beïnvloed verdienen nader onderzoek.

8.5.2. Aanbevelingen m.b.t. voorlichting

Inhoud

1. Het verdient wellicht aanbeveling om in de voorlichting het doen van borstzelfonderzoek meer uit de sfeer van het vroeg opsporen van borstkanker te halen. Nu wordt borstzelfonderzoek in de voorlichting in feite identiek gesteld aan het zoeken naar borstkanker. Borstzelfonderzoek is echter ook een methode die allerlei andere afwijkingen in de borst kan opsporen, die het waard zijn (vroeg)opgespoord te worden en toch geen enkele relatie met kanker vertonen. Dit zou de geneigdheid

om borstzelfonderzoek te gaan doen mogelijk kunnen doen toenemen.

2. Het verdient aanbeveling om in de voorlichting over borstkanker en borstzelfonderzoek zoveel en zo duidelijk mogelijk aan te geven wat de winst is voor de betrokkenen wier gedrag men probeert te beïnvloeden. Daarbij moeten de voordelen van het aanbevolen gedrag zoveel mogelijk benadrukt worden en de nadelen afgezwakt.
3. Omdat de manier waarop vrouwen borstzelfonderzoek doen veel te wensen overlaat (zie hoofdstuk 5) moet bij de voorlichting benadrukt worden dat men borstzelfonderzoek regelmatig doet en dat men borstzelfonderzoek zorgvuldig doet omdat alleen dan afwijkingen zijn op te sporen (vergl. Siero e.a., 1983).
4. Voorlichting over borstzelfonderzoek en borstkanker dient, wil zij effectief zijn in de zin dat zij leidt tot gewenst gedrag niet op een te cognitief-rationele wijze te worden aangepakt. Daarmee wordt bedoeld dat de nadruk vaak gelegd wordt op precieze informatie over symptomen, het belang van vroege opsporing en nauwkeurige instructies m.b.t. te ondernemen gedrag.
   De kans bestaat dat informatie die een meer affectief-emotioneel karakter heeft en minder is gebaseerd op overdracht van feitelijkheden meer invloed zal uitoefenen op de attitude ten aanzien van borstzelfonderzoek en via de attitude op het doen borstzelfonderzoek. Eerder onderzoek van Mootz (1981) over consumptiegeneigdheid in gezondheidszorg wijst in deze richting.

Het stimuleren van borstzelfonderzoek is één van de moeilijkste onderwerpen voor GVO, omdat het emotionele zaken oproept rond de geneesbaarheid van kanker, angst voor amputatie en dergelijke In tegenstelling tot vele andere GVO-aktiviteiten levert borstzelfonderzoek geen direct waarneembaar resultaat op en het interval van 1 x per maand doen van borstzelfonderzoek is te groot om het tot een min of meer automatische handeling te laten worden. Zelfs als vrouwen voldoende gemotiveerd kunnen worden om over deze bezwaren heen te stappen dan blijft het moeilijk verantwoordelijkheid te nemen om zelf te bepalen welke afwijkingen wel of niet de moeite waard zijn aan een arts te melden. Met al deze zaken dient bij het geven van voorlichting en de selectie van voorlichtingsmethoden rekening gehouden te worden.

Vorm

1. De behoefte aan voorlichting over borstkanker en borstzelfonderzoek is blijkens dit onderzoek groot, maar lijkt vooral een latent karakter te hebben. De geneigdheid om ook wat met de in de voorlichting gegeven informatie te doen lijkt toe te nemen als men borstkanker van nabij meemaakt. Wellicht verdient het aanbeveling om voorlichting over borstkanker en borstzelfonderzoek meer te richten op risicogroepen, dat wil zeggen vrouwen die een vergrote kans lopen geconfronteerd te worden met borstkanker. Met name wordt gedacht aan vrouwen die zelf al eerder een afwijking in de borst hebben gehad en vrouwen die in een familielid in rechte lijn (grootmoeder, moeder, dochter, zuster) hebben die borstkanker heeft gehad.
Met name de huisarts zou in deze een belangrijke voorlichterstaak kunnen vervullen. Niet alleen omdat deze goed op de hoogte is met de fysieke conditie van betreffende vrouwen, maar ook omdat de gepercipieerde invloed van de huisarts op bijvoorbeeld het doen van borstzelfonderzoek in deze studie groot blijkt te zijn.
2. Vrouwenverenigingen bieden een goede ingang voor het organiseren van voorlichtingsbijeenkomsten. De respons op deze bijeenkomsten is doorgaans hoog, ongeacht het onderwerp dat besproken wordt. Dat heeft als voordeel dat zo ook vrouwen bereikt worden die niet zo gemotiveerd zijn om informatie over borstkanker in te winnen of borstzelfonderzoek te doen.

Naarmate vrouwen ouder worden neemt de kans op het krijgen van borstkanker toe. Leden van vrouwenverenigingen zijn doorgaans wat oudere vrouwen. Op deze wijze worden vrouwen met een (enigszins) verhoogd risico bereikt.

Tot slot wordt hier nog geconcludeerd, evenals Schuurman (1983) dat eerder deed ten aanzien van voorlichting over geslachtsziekten, dat voorlichting over borstkanker en borstzelfonderzoek voorlopig nog noodgedwongen op relatief intuïtieve wijze zal moeten worden ontwikkeld. Dit omdat er nog te weinig empirische onderzoeksgegevens bestaan die precies kunnen aangeven wat de inhoud dient te zijn van de voorlichting, welke precieze doelgroepen benaderd moeten worden en met behulp van welke voorlichtingsmethoden.
Algemeen wordt hier gesteld dat GVO-programma's zo geconstrueerd dienen te worden dat algemene en specifieke doelen, interventies en evaluatiematen consistent zijn met de theoretische bases m.b.t. doelgedrag die aan de programma's ten grondslag liggen. De meeste GVO-programma's missen deze conceptuele consistentie. Ten gevolge daarvan zijn resultaten van studies, ook als de uitkomsten gunstig zijn, vaak moeilijk te verklaren in termen van de fundamentele wijze waarop ze cognities beïnvloeden, gedrag veranderen of beide.

Noot 1
Ter verduidelijking van aanduidingen zoals "sterk" en "zwak", wordt verwezen naar noot 4 van hoofdstuk 5.

Noot 2
Zie paragraaf 3.2., hoofdstuk 3.
doen van borstzelfonderzoek precies uit bestaat. Ui

BIJLAGEN

Bijlage 5.1.

Angst

In dit onderzoek is bij het meten van situatie- en algemene angst gebruik gemaakt van de Spielberger State-Trait-Anxiety-Inventory die recentelijk (1979) vertaald is door Van der Ploeg, Defares en Spielberger (zelf-beoordelingslijst). De Spielberger schaal is in zijn Engelse versie een beproefd instrument. In de Nederlandse versie is er tot nu toe betrekkelijk weinig onderzoek mee gedaan. Eerder is de lijst vertaald door o.a. Eykman en Orlebeke (1975) en gebruikt in onderzoek (Pruyn en Van den Heuvel, in press).

Teneinde de "Van der Ploeg" - versie te toetsen op interne consistentie is op de situatie-angstlijst (state-anxiety) en de persoonsgebonden-angst-lijst (trait anxiety) faktoranalyse toegepast. De twee lijsten bestaan ieder uit 10 positief- en 10 negatief geformuleerde items.

Zowel van de items die betrekking hebben op situatie-angst de de items die betrekking hebben op persoonsgebonden-angst zijn somscores berekend.

1. Situatie angst (state-anxiety)

Factor-analyse over de 20 situatie angst items laat twee factoren met een hoge eigenvalue (resp. 6,3 en 3,8) zien, die tezamen 50,8% van de te verklaren variantie verklaren. De eerste vijf factoren geven het volgende beeld:

factor	eigenvalue	% verklaarde variantie	% cumulatief
1	6.31682	31,6	31.6
2	3.84733	19,2	50.8
3	1.03437	5,2	56.0
4	0.90174	4,5	60.5
5	0.87412	4,4	64.9

Op grond van deze "eigenvalue" is gekozen voor een faktoranalyse met twee faktoren, die er als volgt uitziet:

Situatie-angst: factoranalyse 2 factoren. Varimax geroteerd.

	factor 1	factor 2	h^2
1. ik voel me kalm	.65	-	.49
2. ik voel me veilig	.61	-	.38
3. ik ben gespannen	-	.67	.48
4. ik voel me onrustig	-	.64	.42
5. ik voel me op mijn gemak	.68	-	.48
6. ik ben in de war	-	.50	.25
7. ik pieker over nare dingen, die kunnen gebeuren	-	.60	.36
8. ik voel me voldaan	.64	-	.41
9. ik ben bang	-	.57	.33
10. ik voel me aangenaam	.76	-	.58
11. ik voel me zeker	.72	-	.52
12. ik voel me nerveus	-	.78	.64
13. ik ben zenuwachtig	-	.80	.66
14. ik ben besluiteloos	-	.37	.14
15. ik ben ontspannen	-	.78	.63
16. ik voel me tevreden	.70	-	.49
17. ik maak me zorgen	-	.58	.36
18. ik voel me gejaagd	-	.67	.46
19. ik voel me evenwichtig	.64	-	.42
20. ik voel me prettig	.80	-	.63

De antwoordmogelijkheden op de items luiden resp. "geheel niet", "een beetje", "tamelijk veel" en "zeer veel".
De situatie-angstlijst wordt met de volgende toelichting ingeleid: "Toelichting: hieronder vindt u een aantal uitspraken, die mensen hebben gebruikt om zichzelf te beschrijven. Lees iedere uitspraak door en zet dan een kringetje om het cijfer rechts van die uitspraak om daarmee aan te geven hoe u zich nu voelt, dus nu op dit moment.
Er zijn geen goede of slechte antwoorden. Denk niet te lang na en geeft uw eerste indruk, die is meestal de beste. Het gaat er dus om dat u weergeeft wat u op dit moment voelt.

De structuur van deze analyse laat twee duidelijk te veronderscheiden faktoren zien. Faktor 1 geeft hoge ladingen te zien op positief geformuleerde items ("ik voel me kalm", "ik voel me veilig" etc.).

Faktor 2 is samengesteld uit negatief geformuleerde items ("ik voel me onrustig", "ik ben gespannen"). In de literatuur worden deze twee faktoren ook wel benoemd als "anxiety-absent" en "anxiety-present" faktoren. De vraag echter of deze twee faktoren twee duidelijk te onderscheiden dimensies vertonen of slechts twee polen op één schaal aangeven. Wij zijn geneigd de twee faktoren toe te schrijven aan somatische verschillen en slechts één faktor "situatie-angst" voor verdere analyse te gebruiken.

Voor verdere analyse zal gebruik gemaakt worden van somfrequenties. Daarvoor worden die items samengesteld die voldoen aan de volgende drie criteria:
1. faktorlading moet hoger zijn dan .50
2. communaliteit per item moet hoger zijn dan .25
3. geen hoge lading op beide faktoren.

Op grond van deze criteria worden de items 6 en 14 voor verdere analyse uitgesloten.
Alle negatief geformuleerde items zijn "gespiegeld", dat wil zeggen, dat de antwoordcategorieën "vaak" en "bijna altijd" omgecodeerd zijn. Voor onderstaande lijst geldt: hoe lager de score, des te hogere angst (minimale score = 18; maximale score = 72).

	somscores toestandangst		
	22-24	4	0,6
	25-27	3	0,4
	28-30	3	0,4
	31-33	6	0,9
4	34-36	11	1,6
	37-39	11	1,6
	40-42	27	3,8
	43-45	48	6,9
3	46-48	54	7,7
	49-51	51	7,3
	52-54	63	9,0
2	55-57	86	12,3
	58-60	80	11,4
	61-63	84	12,0
1	64-66	75	10,7
	67-69	58	8,3
	70-72	35	5,0
		699	100,0

Deze scores zijn omgecodeerd en gespiegeld ⟶ lage score:lage angst

	%
1	31,2
2	28,6
3	21,9
4	18,3
	100,0 n:699 (missing:102)

missing: onvolledig c.q.niet ingevuld

2. Persoons-angst (trait anxiety)

Dezelfde analyses als die zijn toegepast bij de "state anxiety"-schaal zijn gedaan op de schaal die persoons-angst pretendeert te meten. Faktoranalyse over de 20 items laat ook hier weer twee faktoren met hoge eigenvalue's zien (5,97 en 4,02). Die eerste vijf faktoren geven het volgende beeld:

factor	eigenvalue	% verklaarde variantie	% cumulatief
1	5.97114	29,9	24.9
2	4.02206	20,1	50.0
3	0.98355	4,9	54.9
4	0.87764	4,4	59.3
	0.81308	4,1	63.4

Factoranalyse met twee factoren levert het volgende beeld op:

Persoonsangst: factoranalyse 2 factoren. Varimax geroteerd.

	factor 1	factor 2	h^2
1. ik voel me prettig	.76	-	.57
2. ik voel me nerveus en onrustig	-	.62	.39
3. ik voel me tevreden	.71	-	.51
4. ik kan een tegenslag maar moeilijk verwerken	-	.37	.16
5. ik voel me in vrijwel alles tekort schieten	-	.45	.21
6. ik voel me uitgerust	.61	-	.39
7. ik voel me rustig en beheerst	.66	-	.46
8. ik voel dat de moeilijkheden zich opstapelen zodat ik er niet meer tegenop kan	-	.65	.45
9. ik pieker teveel over dingen die niet zo belangrijk zijn	-	.66	.44
10. ik ben gelukkig	.75	-	.57
11. ik word geplaagd door storende gedachten	-	.68	.48
12. ik heb gebrek aan zelfvertrouwen	-	.57	.33
13. ik voel me veilig	.79	-	.62
14. ik voel me op mijn gemak	.81	-	.68
15. ik ben gelijkmatig van stemming	.61	-	.38
16. ik ben tevreden	.73	-	.55
17. er zijn gedachten die ik heel moeilijk los kan laten	-	.65	.42
18. ik neem teleurstellingen zo zwaar op, dat ik ze niet van mie af kan zetten	-	.70	.51
19. ik ben een rustig iemand	.56	-	.34
20. ik raak helemaal gespannen en in beroeringals ik denk aan mijn zorgen van de laatste tijd	-	.67	.48

Ook deze analyse laat duidelijk de twee in de literatuur genoemde faktoren "anxiety absent" en "anxiety present" zien.

Ook hier weer zullen somscores berekend worden over die items die een faktorlading van $\geq .50$ hebben en een h^2 van $\geq .25$. Op grond van deze criteria vervallen de items 4 ("ik kan een tegenslag maar heel moeilijk verwerken") en 5 ("ik voel me in vrijwel alles tekort schieten").

Somscores leveren het volgende resultaat op: (hoe lager de score des te hogere persoonsangst) (min. = 20, max. = 72).

somscores persoonsangst

	20-22	3	0,4
	23-25	2	0,3
	26-28	5	0,7
	29-31	3	0,4
4	32-34	4	0,6
	35-37	16	2,2
	38-40	32	4,4
	41-43	26	3,6
	44-46	55	7,6
	47-49	89	12,4
3	50-52	83	11,5
	53-55	96	13,3
2	56-58	106	14,8
	59-61	84	11,7
	62-64	75	10,4
1	65-67	37	5,1
	68-70	4	0,6
		720	100,0

Deze scores zijn omgecodeerd en gespiegeld ⟶ lage score:lage angst

	%
1	16,1
2	31,1
3	32,5
4	20,3
	100,0

n=720 (missing:81)
missing: onvolledig c.q. niet ingevuld

Bijlage 5.2.

"Health Locus of Control"

De in dit onderzoek gebruikte multiple Health Locus of Control-schaal is een vertaling van een oorspronkelijk door Wallston en medewerkers (Wallston and Wallston, 1978) ontwikkelde engelstalige schaal. De vertaling werd gezamelijk tot stand gebracht door een aantal medewerkers van het Studiecentrum Sociale Oncologie (A. van Burink-Withaar, J.H. Jansen, R. Jonkers en J.F.A. Pruyn).
In deze lijst van 18 items zijn drie dimensies te onderscheiden: 3 x 6 items die resp. betrekking hebben op:

- internal locus of control: mensen hebben de overtuiging dat gebeurtenissen die hen overkomen in belangrijke mate toe te schrijven zijn aan eigen gedragingen.
- Powerful others health locus of control: gebeurtenissen die hen overkomen zijn toe te schrijven aan de invloed van anderen.
- External control: gebeurtenissen zijn toe te schrijven aan zaken als "het lot", "toeval", "geluk" of andere externe krachten.

Hieronder zijn de oorspronkelijke items weergegeven in dezelfde volgorde als in de door ons gebruikte Nederlandstalige versie.

1. If I get sick, it is my own behaviour which determines how soon I get well again.
2. No matter what I do, if I am going to get sick, I will get sick.
3. Having regular contact with my physician is the best way for me to avoid illness.
4. Most things that affect my health happen to be by accident.
5. Whenever I don't feel well, I should consult a medically trained professional.
6. I am in control of my health.
7. My family has a lot to do with my becoming sick or staying healthy.
8. When I get sick I am to blame.
9. Luck plays a big part in determining how soon I will recover from an illness.
10. Health professionals control my health.
11. My good health is largely a matter of good fortune.
12. The main thing which affects my health is what I myself do.
13. If I take care of myself, I can avoid illness.
14. When I recover from an illness, it's usually because other people (for example, doctors, nurses, family, friends) have been taking good care of me.
15. No matter what I do, I'm likely to get sick.
16. If it's meant to be, I will stay healthy.
17. If I take the right actions, I can stay healthy.
18. Regarding my health, I can only do what my doctor tells me to do.

De lijst is schriftelijk afgenomen en werd als volgt ingeleid:
"Hierna volgt een aantal uitspraken die gebruikt kunnen worden om aan te geven hoe u over uw gezondheid denkt. Leest u elke uitspraak door en antwoordt u dan wat het meest op u van toepassing is. Met deze antwoorden kunt u aangeven hoe u in het algemeen over uw gezondheid denkt. Er zijn geen goede of foute antwoorden. Besteedt niet te veel tijd aan één aparte uitspraak maar geef het antwoord dat naar uw smaak het best aangeeft hoe u over uw gezondheid denkt.

U kunt dat doen door per uitspraak een kruis te zetten onder het antwoord dat het meest voor u van toepassing is".
Een factoranalyse over de 18 items, varimax geroteerd, geeft het volgende resultaat. Achter ieder item wordt door middel van de letter I, P of E aangegeven wat zij meten (resp. internal, powerful others of external control).

Factoranalyse : Health Locus of Control	factor 1 (I)	factor 2 (P)	factor 3 (E)	h^2
a.als ik ziek word, ligt het aan mijn eigen gedrag hoe snel ik beter word(I)	.41	.17	.17	.22
b.als ik ziek word , dan word ik het toch, wat ik ook doe(E)	.03	.16	.49	.26
c.de beste manier voor mij om ziekte te voorkomen, is regelmatig de huisarts raadplegen(P)	.14	.66	.14	.47
d.de meeste dingen die mijn gezondheid beinvloeden, overkomen mij bij toeval(E)	.07	.10	.46	.23
e.steeds als ik me niet goed voel, zou ik eigenlijk een arts moeten raadplegen(P)	.04	.59	.19	.39
f.ik heb mijn gezondheid in eigen hand (I)	.62	.08	.04	.40
g.mijn gezin heeft er veel mee te maken dat ik ziek word of gezond blijf(P)	.22	.20	.12	.10
h.als ik ziek word,is dat mijn eigen schuld(I)	.45	.05	.06	.21
i.hoe snel ik van een ziekte zal genezen, wordt grotendeels door geluk bepaald(E)	.19	.28	.56	.44
j.artsen bepalen mijn gezondheid(P)	.19	.69	.23	.56
k.mijn goede gezondheid is grotendeels een kwestie van geluk hebben(E)	.08	.14	.52	.30
l.mijn gezondheid wordt in de eerste plaats bepaald door wat ik zelf doe(I)	.69	.07	.01	.49
m.als ik goed voor mijzelf zorg kan ik voorkomen dat ik ziek word(I)	.71	.07	.02	.51
n.als ik van een ziekte herstel,komt dat meestal doordat andere mensen (b.v. artsen,verpleegkundigen, familie,vrienden)goed voor me hebben gezorgd(P)	.25	.45	.21	.31
o.wat ik ook doe, ziek word ik waarschijnlijk toch(E)	-.01	.17	.58	.36
p.als het zo voorbestemd is,blijf ik gezond(E)	-.02	.14	.57	.34
q.als ik juist handel, kan ik gezond blijven(I)	.65	.13	.06	.44
r.wat betreft mijn gezondheid, kan ik alleen maar doen wat de dokter me zegt(P)	.06	.58	.32	.44

Ook hier zal voor nadere analyse gebruik gemaakt worden van somscores. Daarin zijn niet betrokken de items a en h (I); b en d (E) en g en n (P), vanwege te lage ladingen (< .50). Somscores leveren het volgende resultaat op: (antwoordcategorieën; "helemaal mee eens", "mee eens", "enigszins mee eens", "enigszins mee oneens", "mee oneens", "helemaal oneens").
Hoe lager de score des te sterker is men resp. internal, external of powerful other (max. score = 24; min. score = 4).

internal	n	%	external	n	%	pow.oth	n	%
4- 6	53	6,8	4- 6	36	4,6	4- 6	59	7,6
7- 9	97	12,4	7- 9	87	11,2	7- 9	73	9,4
10-12	190	24,4	10-12	138	17,8	10-12	120	15,4
13-15	193	24,7	13-15	200	25,7	13-15	169	21,7
16-18	134	17,2	16-18	175	22,6	16-18	188	24,0
19-21	84	10,8	19-21	110	14,2	19-21	129	16,5
22-24	29	3,7	22-24	30	3,9	22-24	42	5,4
	780	100,0		776	100,0		780	100,0
missing:	(21)			(25)			(21)	

scores: gehercodeerd en gespiegeld ⟶ lage score: lage internal
external
powerful oth.

internal	n	%	external	n	%	pow.oth	n	%
1	150	19,2	1	198	25,5	1	239	30,6
2	218	27,9	2	249	32,1	2	229	29,4
3	262	33,6	3	206	26,5	3	180	23,1
4	150	19,2	4	123	15,9	4	132	16,9
	780	100,0		776	100,0		780	100,0
missing:	(21)			(25)			(21)	

Bijlage 5.3.

Kennis over borstzelfonderzoek

In paragraaf 5.2.2. is een overzicht gegeven van de frequentie waarmee vrouwen rapporteren borstzelfonderzoek te doen. In de literatuur wordt soms de twijfel geuit of vrouwen die zeggen borstzelfonderzoek te doen dit wel op de juist wijze verrichten (bijv. Van den Heuvel, 1977). Daarom zijn in dit onderzoek een aantal extra vragen over borstzelfonderozek meegenomen om na te gaan of deze twijfel gerechtvaardigd is.
Op de vraag "onderzoekt u wel eens uw borsten?" zijn de antwoordmogelijkheden "1 x per 2 à 3 maanden" en "1 x per maand" samengenomen. In eerste instantie worden deze categorieën als indicatoren voor op juiste wijze borstzelfonderzoek verrichten beschouwd. In het voorlichtingsmateriaal dat in de folders van dit project gebruikt wordt, worden vrouwen gestimuleerd 1 x per maand borstzelfonderzoek te doen, vandaar dat deze twee antwoorden als "juist" worden gerekend bij de analyse van de resultaten van de 0-meting.
Als controle-vragen op het doen van borstzelfonderzoek zijn voorts de vragen opgenomen: "hoeveel tijd besteedt u daar per keer ongeveer aan?" (aantal minuten). Wanneer het borstzelfonderzoek verricht wordt op de wijze zoals dit in het project gepropageerd wordt, dan kost dat minimaal 10 minuten. Verder zijn twee vragen opgenomen die enig inzicht kunnen geven in de vraag of het zelfonderzoek "volledig" wordt uitgevoerd.
De vragen luiden:
"bij borstzelfonderzoek moet je ook je oksels onderzoeken" (juist) en
"bij borstzelfonderzoek moet je ook je borsten voor de spiegel bekijken" (juist).
Bij beide uitspraken kon via een 7-puntsschaal geantwoord worden van "zeer waarschijnlijk juist" tot "zeer waarschijnlijk onjuist".
De antwoorden van de vraag naar het al of niet juist doen van borstzelfonderzoek zijn gedichotomiseerd naar, juist en onjuist, de vraag naar de hoeveelheid bestede tijd aan borstzelfonderzoek naar 0-9 minuten en 10 en meer minuten (juiste antwoord).
De twee overige vragen zijn eerste gesommeerd tot een nieuwe variabele: "kennis over borstzelfonderzoek" en vervolgens getrichotomiseerd naar "beide onjuist"; "1 van beide juist" en "beide goed".

Kennis over borstzelfonderzoek		
beide vragen fout	81	10,1
één van beide vragen juist	175	21,9
beide vragen juist	543	68,0
	799	100,0%

Van de 589 vrouwen die zeggen borstzelfonderzoek te doen, zegt 65% dit 1x per maand of 1x per 2 à 3 maanden te doen. Als gecontroleerd wordt voor frequentie, kennis en bestede tijd, dan blijken slechts 60 vrouwen (10,2%) op juiste wijze borstzelfonderzoek te doen.

Van alle vrouwen die beide kennisvragen over borstzelfonderzoek goed beantwoord hebben (68% van alle ondervraagden) behoort het grootste percentage tot hen die 1x per 1-3 maanden borstzelfonderzoek doen. Ruim 74% van de ondervraagden die zeggen met voornoemde frequentie borstzelfonderzoek te doen (n=385) heeft beide kennisvragen goed. Ruim 53% van de vrouwen die aangeven nooit borstzelfonderzoek te doen (n=198) heeft beide vragen goed. (Er bestaat een signifikant zwak verband (r .22; $p < .001$) tussen kennis over borstzelfonderzoek en doen van borstzelfonderzoek in voornoemde frequentie).

Bijlage: 5.4.

Constructie van variabelen: "Vroegere ervaringen met (borst)kanker" en "Sociale participatie"

Vroegere ervaring met borstkanker is gemeten met behulp van de vragen: "Kent u iemand in uw naaste omgeving die borstkanker heeft of gehad heeft?" en zo ja "Wie?". Bij de laatste vraag kunnen maximaal drie personen genoemd worden.
Ervaring met borstkanker is als volgt verdeeld:

Ervaring met borstkanker

	%
0 kent niemand met borstkanker	40,9
1 kent één persoon met borstkanker	35,3
2 kent twee personen met borstkanker	16,5
3 kent drie personen met borstkanker	7,2
	100,0 n=801

Naast "ervaring met borstkanker" is de variabele "ervaring met kanker" geconstrueerd. Deze is samengesteld uit de vraag hoeveel personen men kent met borstkanker en hoeveel met andere vormen van kanker. De categorieën indeling is als volgt geconstrueerd.

aantal personen dat men kent met kanker	aantal personen dat men kent met borstkanker			
	0	1	2	3 of meer
0	kode 0	kode 1	kode 2	kode 3
1	kode 1	kode 2	kode 3	kode 4
2	kode 2	kode 3	kode 4	kode 4
3 of meer	kode 3	kode 4	kode 4	kode 4

Ervaring met kanker

kode	%
0	12,0
1	24,0
2	25,8
3	19,7
4	18,5
	100,0 n=801

Sociale participatie

Indicatoren
1. Burgerlijke staat
2. Het hebben van een beroep
3. Clubbezoek
4. Omgaan met familie
5. Omgaan met vrienden/kennissen
6. Omgaan met buren

Burgerlijke staat
Twee categorieën onderscheiden:
1. weduwe, gescheiden, ongehuwd
2. gehuwd, samenwonend

Het hebben van een beroep
Twee categorieën te onderscheiden:
1. geen beroep
2. wel beroep

Clubbezoek
Er is geen onderscheid gemaakt naar de aard van de club, verdeling in twee categorieën:
1. geen lid van een club
   minder dan 4 x clubbezoek per maand
2. meer dan 3 x clubbezoek per maand

Omgaan met familie
Onderscheid in twee categorieën:
1. omgaan minder dan 4 x per maand
2. omgaan meer dan 3 x per maand

Omgaan met vrienden/kennissen
Onderscheid in twee categorieën:
1. omgaan minder dan 4 x per maand
2. omgaan meer dan 3 x per maand

Omgaan met buren
Onderscheid in twee categorieën:
1. omgaan minder dan 4 x per maand
2. omgaan meer dan 3 x per maand

Omgang
"Omgang" is de somscore op de variabelen omgaan met familie, met vrienden/kennissen en met buren min. 3 (aantal samenstellende variabelen).

Eindvariabele sociale participatie
Uit kruistabellen is geen bijzondere samenhang tussen bovengenoemde indicatoren gebleken, wat een reële verwachting kon zijn.
De variabele "sociale participatie" is gedefinieerd als de variabele wiens waarden overeenkomen met de somscores van de indicatoren min het aantal indicatoren.
De percentuele verdeling van deze variabele ziet er als volgt uit:

Sociale participatie	%
1	0,6
2	6,7
3	20,6
4	29,6
5	27,2
6	12,7
7	2,5
	100,0 n=800

Hoe hoger de score, des te sterkere mate van sociale participatie.

Bijlage 7.1. Overzicht plaats, tijdstip en programma van voorlichtingsbijeenkomsten

Overzicht voorlichtingsbijeenkomsten naar plaats en tijdstip

	bijeenkomsten bij vrouwenverenigingen			open bijeenkomsten			bijeenkomsten in bedrijven en instellingen			totaal
	S'dam	Vld.	Mssl.	S'dam	Vld.	Mssl.	S'dam	Vld.	Mssl.	
sept. '80	2	4	2	-	-	-	-	-	-	8
oktober	4	7	1	-	-	-	-	-	-	12
november	1	4	2	-	-	-	-	-	-	7
januari '81	6	2	1	-	-	-	-	-	-	9
februari	1	2	-	-	-	-	-	-	-	3
maart	-	2	-	-	-	-	-	-	-	2
april	-	2	-	2	2	1	-	-	-	7
mei	-	-	-	-	-	1	1	-	-	2
juni	1	1	-	-	-	-	-	1	-	3
augustus	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1
september	-	-	-	-	-	-	1	2	-	3
oktober	-	-	-	-	-	-	2	5	-	7
november	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1
december	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1
	15	24	6	2	2	2	6	9	-	66

Programma voorlichtingsbijeenkomsten

Opening	± 5 min.
Lezing Door sociaal-geneeskundige of districts-verpleegkundige	± 20 min.
Gelegenheid tot het stellen van vragen/ discussie	± 20 min.
PAUZE (uitreiken van folders)	± 15 min.
Inleiding door ex-patiënten	± 20 min.
Gelegenheid tot het stellen van vragen/ discussie	± 20 min.
Instructie borstonderzoek aan de hand van dia's	± 15 min.
Afsluiting	± 5 min.
Totaal	± 2 uur

Bijlage 7.2. Vragenlijsten en responsegegevens voorlichtingsbijeenkomsten

De volgende soorten vragenlijsten zijn gehanteerd:
- formulier 1: vragen m.b.t. achtergrondgegevens (leeftijd, burgerlijke staat bijv.) reden van komst, mate van confrontatie met borstkanker, mate van geïnformeerd zijn over borstkanker.
- formulier 2: reeks specifieke vragen over de inhoud en het verloop van de gegeven voorlichting.
- formulier 3: algemene vragen over de bijeenkomst, reeks specifieke vragen over de instructie van het borstzelfonderzoek (folder + dia's).
- formulier 4a: algemene vragen over de bijeenkomst, reeks specifieke vragen over de poster "omgaan met borstkanker".
- formulier 4b: algemene vragen over de bijeenkomst, reeks specifieke vragen over de strooifolder "omgaan met borstkanker".
- formulier 4c: algemene vragen over de bijeenkomst, reeks specifieke vragen over de folder "borstkanker".

Teneinde meer inzicht te krijgen in het effect van de voorlichtingsbijeenkomst op langere termijn, werd aan een aantal vrouwen (totaal 300) enkele maanden na de bijeenkomst opnieuw een evaluatieformulier toegezonden (formulier no. 5).

Bij de voorlichtingsbijeenkomsten bij bedrijven en instellingen, alsmede bij de open bijeenkomsten werd door de aanwezigen alleen na afloop een vragenlijst ingevuld.
Bij de open bijeenkomsten werd hiervoor formulier 2 gebruikt, voor de voorlichting in bedrijven is een nieuw evaluatieformulier ontwikkeld. Behalve deze schriftelijke evaluatie, heeft eveneens een evaluatie plaatsgevonden in de vorm van nabesprekingen met de inleiders, begeleidingsgroepen en contactpersonen van verenigingen, bedrijven en instellingen.

Resonse

Het totale bezoekers van de voorlichtingsbijeenkomsten bij vrouwenverenigingen bedroeg + 1840.
Formulier 1 werd door 1631 bezoekers voorafgaand aan de lezingen op de bijeenkomst ingevuld, dat wil zeggen 88,6%.
Het aantal bezoekers dat een vragenlijst na afloop heeft ingevuld bedraagt 622, dat wil zeggen 33,8% van het totale aantal bezoekers.
De absolute response per soort vragenlijst is als volgt verdeeld:

formulier 2	: 113
formulier 3	: 197
formulier 4a	: 120
formulier 4b	: 94
formulier 4c	: 96
	622

Dit relatief lage percentage is o.m. een gevolg van het feit dat een deel van de vragenlijsten (formulieren 3, 4b en 4c) alleen na bestudering van de folders, dus pas na afloop thuis, kon worden ingevuld. Het risico is dan groot, dat mensen er niet meer aan denken of er geen zin in hebben nog eens een vragenlijst in te vullen.
Wanneer het wel mogelijk was de vragenlijsten direct na afloop van de bijeenkomsten in te vullen (formulieren 2 en 4a), werd dit vaak verstoord

door het feit dat mensen eerder weg moesten, werden afgehaald etc.

Formulier 5, dat na langere tijd bij wijze van vervolg-evaluatie aan 300 vrouwen werd toegezonden, werd door 123 personen ingevuld teruggestuurd, hetgeen een response betekent van 41%. Bij de open bijeenkomsten werden in totaal ± 50 personen bereikt. Van deze groep vulden 28 aanwezigen achteraf een evaluatieformulier in, hetgeen een response betekent van 44%.

Bijlage 7.3 Kennis van borstkanker en borstzelfonderzoek

1. Frequenties

a. Kennis over (misvattingen over) oorzaken van borstkanker

De antwoordcategorieën van de negen punten over kennis van oorzaken (over misvattingen) van borstkanker, die in de tekst zijn genoemd, zijn: waarschijnlijk onjuist/vrij waarschijnlijk onjuist/waarschijnlijk onjuist/weet niet/ waarschijnlijk juist/ vrij waarschijnlijk juist/ zeer waarschijnlijk juist. Indien een punt een misvatting over borstkanker betreft worden de antwoordcategorieën opgedeeld in enerzijds (zeer waarschijnlijk onjuist, vrij waarschijnlijk onjuist, waarschijnlijk onjuist) = 1 punt, en anderzijds (weet niet, waarschijnlijk juist, vrij waarschijnlijk juist, zeer waarschijnlijk juist) = 0 punten. Indien een punt een oorzaak over borstkanker betreft worden de antwoordcategorieën opgedeeld in enerzijds (zeer waarschijnlijk juist, vrij waarschijnlijk juist, waarschijnlijk juist) = 1 punt en anderzijds (weet niet, waarschijnlijk onjuist, vrij waarschijnlijk onjuist, zeer waarschijnlijk onjuist) = 0 punten.
Vervolgens zijn de op deze verdeling gebaseerde behaalde punten gesommeerd. De frequenties van de somscores per nieuwe respondentgroep zijn:

	proefgebied						controlegebied			
	0-meting		1e evaluatiemeting		2e evaluatiemeting		0-meting		1e evaluatiemeting	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
0	44	10,8	6	2,8	9	7,8	30	7,8	11	5,7
1	27	6,6	8	3,8	9	7,8	23	6,0	12	6,2
2	14	3,4	8	3,8	4	3,4	12	3,1	5	2,6
3	25	6,1	15	7,1	11	9,5	22	5,7	9	4,6
4	22	5,4	13	6,2	7	6,0	33	8,6	20	10,3
5	32	7,9	22	10,4	9	7,8	40	10,4	21	10,8
6	54	13,3	24	11,4	13	11,2	37	9,7	18	9,3
7	43	10,6	40	19,0	19	16,4	63	16,4	37	19,1
8	76	18,7	41	19,4	24	20,7	67	17,5	32	16,5
9	70	17,2	34	16,1	11	9,5	56	14,6	29	14,9
	407		211		116		386		194	

b. Kennis over symptomen van borstkanker

b.1. Kennis over symptomen van borstkanker gemeten met uitspraken waarin symptomen zijn opgenomen.

De antwoordcategorieën van de punten over kennis van symptomen van borstkanker zijn dezelfde als onder a. genoemd. Van de punten over kennis van symptomen met uitspraken waarin symptomen voorkomen zijn de antwoordcategorieën opgedeeld in enerzijds (zeer waarschijnlijk juist, vrij waarschijnlijk juist, waarschijnlijk juist) = 1 punt en anderzijds (weet niet, waarschijnlijk onjuist, vrij waarschijnlijk onjuist, zeer waarschijnlijk onjuist) = 0 punten.
Vervolgens zijn de op deze verdeling gebaseerde behaalde punten per respondent gesommeerd. De frequenties van de somscores per nieuwe respondentengroep zijn:

	proefgebied								controlegebied							
	0-meting		1e evaluatie-meting		2e evaluatie-meting		3e evaluatie-meting		0-meting		1e evaluatie-meting		3e evaluatie-meting	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
0	2	0,5	-	-	6	4,8	5	5,4	7	1,8	6	3,1	6	6,5
1	39	9,6	15	7,1	9	7,3	11	11,8	46	12,0	9	4,6	11	12,0
2	61	15,0	29	13,7	19	15,3	9	9,7	49	12,8	34	17,3	13	14,1
3	78	19,2	39	18,4	24	19,4	18	19,4	63	16,5	28	14,3	15	16,3
4	82	20,1	31	14,6	24	19,4	20	21,5	76	19,9	42	21,4	15	16,3
5	84	20,6	52	24,5	23	18,5	11	11,8	71	18,6	43	21,9	18	19,6
6	61	15,0	46	21,7	19	15,3	19	20,4	70	18,3	34	17,3	14	15,2
	407		212		124		93		382		196		92	

b.2. Kennis over symptomen van borstkanker gemeten met uitspraken waarin algemene klachten zijn opgenomen.

De antwoordcategorieën van de punten over kennis van symptomen van borstkanker zijn dezelfde als onder a. genoemd. Van de punten over kennis van symptomen met uitspraken waarin algemene klachten voorkomen zijn de antwoordcategorieën opgedeeld in enerzijds (zeer waarschijnlijk onjuist, vrij waarschijnlijk onjuist, waarschijnlijk onjuist) = 1 punt en anderzijds (weet niet, waarschijnlijk juist, vrij waarschijnlijk juist, zeer waarschijnlijk juist) = 0 punten.
Vervolgens zijn de op deze verdeling gebaseerde behaalde punten per respondent gesommeerd. De frequenties van de somscores per nieuwe respondentgroep zijn:

	proefgebied								controlegebied					
	0-meting		1e evaluatie-meting		2e evaluatie-meting		3e evaluatie-meting		0-meting		1e evaluatie-meting		3e evaluatie-meting	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
0	146	36,0	49	23,1	34	28,3	43	46,7	124	32,5	45	23,1	42	46,7
1	45	11,1	30	14,2	13	10,8	6	6,5	35	9,2	24	12,3	9	10,0
2	29	7,1	24	11,3	15	12,5	4	4,3	37	9,7	21	10,8	4	4,4
3	32	7,9	22	10,4	15	12,5	10	10,9	32	8,4	22	11,3	4	4,4
4	46	11,3	27	12,7	13	10,8	10	10,9	45	11,8	27	13,8	14	15,6
5	63	15,5	34	16,0	22	18,3	13	14,1	64	16,8	42	21,5	12	13,3
6	45	11,1	26	12,3	8	6,7	6	6,5	45	11,8	14	7,2	5	5,6
	406		212		120		92		382		195		90	

c. Kennis van borstzelfonderzoek

De antwoordcategorieën van de punten over kennis van borstzelfonderzoek zijn dezelfde als onder a. genoemd. Van de punten over kennis over borstzelfonderzoek zijn de antwoordcategorieën opgedeeld in enerzijds (zeer waarschijnlijk juist, vrij waarschijnlijk juist, waarschijnlijk juist) = 1 punt en anderzijds (weet niet, waarschijnlijk onjuist, vrij waarschijnlijk onjuist, zeer waarschijnlijk onjuist) = 0 punten.
Vervolgens zijn de op deze verdeling gebaseerde behaalde punten per respondenten gesommeerd. De frequenties van de somscores per nieuwe respondentgroep zijn:

	proefgebied								controlegebied					
	0-meting		1e evaluatie-meting		2e evaluatie-meting		3e evaluatie-meting		0-meting		1e evaluatie-meting		3e evaluatie-meting	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
0	38	9,2	16	7,5	18	14,3	13	13,7	43	11,2	15	7,7	11	11,5
1	88	21,3	53	24,9	41	32,5	22	23,2	87	22,6	55	28,1	29	30,2
2	288	69,6	144	67,6	67	53,2	60	63,2	255	66,2	126	64,3	56	58,3
	414		213		126		95		385		196		96	

II. Categorisering kennisniveau's

Op basis van de frequenties van I. is per kennisvariabele een onderscheid gemaakt in een laag en een hoog kennisniveau:

	kennisnivo	
	laag	hoog
oorzaken	0 - 5 punten	6 - 9 punten
symptomen I*	0 - 3 punten	4 - 6 punten
symptomen II*	0 - 2 punten	3 - 6 punten
borstzelfonderzoek	0 - 1 punten	2 punten

* symptomen I : vragen over symptomen waarbij symptomen zijn opgenomen
symptomen II: vragen over symptomen waarbij algemene klachten zijn opgenomen

Bijlage 7.4. Borstklachtenregistratie

Ten behoeve van deze registraties zijn registratieformulieren verspreid onder een 20-tal huisartsen in het controlegebied en in het proefgebied, onder alle wijkverpleegkundigen in beide gebieden en het Integraal Kankercentrum Rotterdam. Wat de registratie door wijkverpleegkundigen en het Integraal Kankercentrum betreft geldt dat rapportage hiervan geen zin heeft. Als men borstklachten heeft dan gaat men daar doorgaans mee naar de huisarts, niet naar een wijkverpleegkundige. Echter ook de registratie via de huisartsen is niet geheel vlekkeloos verlopen. Deze registratie welke gedurende anderhalf jaar gevoerd zou moeten worden is na ongeveer een half jaar vanaf de start duidelijk te onbetrouwbaar geworden om conclusies uit te trekken. Vanwege allerlei redenen werden òf registratieformulieren niet meer goed ingevuld, waren er weken waarin er helemaal niet geregistreerd werd enz. De gegevens uit beide gebieden leverden zo geen betrouwbaar beeld meer om een duidelijk antwoord te krijgen op de vragen waartoe deze registratie is opgezet.
Enerzijds hebben wij ons afgevraagd of de voorlichting over borstkanker en borstzelfonderzoek zou leiden tot een extra toename van -overbodige- borstklachten, doordat zij een te grote angst en ongerustheid zou kunnen oproepen onder de bevolking. Anderzijds zou een antwoord gevonden kunnen worden op de vraag of vrouwen met borstklachten naar aanleiding van de voorlichting tijdiger de huisarts raadplegen.
Van een uitvoerige presentatie van de gegevens van deze registratie wordt in dit kader afgezien. In onderstaande worden enkele gegevens vermeld van de 659 geregistreerde klachten in Waterweg-Noord en Dordrecht, welke gedurende de periode van één jaar zijn vastgelegd. Deze gegevens hebben een zekere informatie waarde die niet direct verband houdt met de vraagstelling waartoe deze gegevens deze gegevens verzameld zijn.
In totaal zijn er in Waterweg-Noord over de periode van ruim één jaar (mei 1980 - juni 1981) 243 klachten geregistreerd door 15 huisartsen, in Dordrecht 416 door 20 huisartsen. De gemiddelde leeftijd van de vrouwen die met klachten zijn geregistreerd is iets boven de 40 jaar. Zowel in Waterweg-Noord als in Dordrecht zijn het de leeftijdsgroepen 20-39 jaar waarin de meeste klachten voorkomen. Ook wat betreft het 75% van de gevallen betreffen deze klachten een knobbel in de borst of pijn. Tenslotte zeggen zowel in Waterweg-Noord als in Dordrecht ongeveer 30% van de vrouwen met borstklachten de klacht ondekt te hebben door borstzelfonderzoek, 18% door toeval en 35% door pijn.
Er zijn verschillen tussen beide gebieden als het gaat om gestelde diagnoses. In Dordrecht wordt in 46% van de gevallen mastopathie gediagnostiseerd tegen 26% in Waterweg-Noord. Myalgie wordt in Waterweg-Noord minder gediagnostieerde aantal "mogelijk carcinomen": 13% in Waterweg-Noord tegen 7% in Dordrecht.
Wat de verdere behandeling betreft zegt 35% van de huisartsen in Waterweg-Noord en in Dordrecht door te verwijzen naar de specialist/een mammogram te laten maken, terwijl 45% van de patiënten gerustgesteld worden, zalf of medicijnen krijgen of onder controle gehouden worden.
Tot slot nog enkele gegevens over alle geregistreerde klachten in beide gebieden tezamen.
Er is een samenhang tussen het hebben van de klacht, een knobbel in de borst en het doen van borstzelfonderzoek. Vrouwen die naar zeggen van de arts regelmatig borstzelfonderzoek doen komen vaker met de klacht een knobbel in de borst te voelen (35%, n=377), dan vrouwen die geen borstzelfonderzoek doen (25%, n=219).
Het klachtenpatroon verschilt niet duidelijk naar leeftijd. In alle leeftijdsgroepen is pijn de meest genoemde klacht, gevolgd door een knobbel in de borst. In de groep 30-39 jaar wordt pijn het vaakst genoemd

(44% van alle klachten in deze leeftijdscategorie).
Vrouwen die met reële symptomen komen (knobbel in de borst, vocht uitscheiding, e.d.) doen in de ogen van de huisarts vaker op juiste wijze borstzelfonderzoek dan vrouwen die met andere symptomen komen.

		reële sympt.	overige klachten/sympt.	totaal
doet op juiste wijze borst-zelfonderzoek	ja	124 (83%)	110 (71%)	234 (77%)
	nee	26 (17%)	44 (29%)	70 (23%)
totaal		150 (100%)	154 (100%)	304 (100%)

$\chi^2 = 5{,}41$; df=1 ; $p < .05$

English summary

Public education about breast cancer and breast self-examination

In the Netherlands one out of about every 13 women gets breast cancer. Considering its high incidence, breast cancer is not only a medical problem, but increasingly a problem almost everyone in society has to deal with. Considering dealing with breast cancer as a community problem, it is assumed that health education may be an instrument to help "healthy" women to deal with this problem in an adequate way.
This assumption has led to the start of a research project on education about breast cancer and breast self-examination by the Provincial Cross Association of South Holland and the former Study Center for Social Oncology of the Dutch Cancer Society in 1980. The main purpose of this project is briefly described in **chapter one.** Further in this chapter it is stated that a health education approach has been chosen because it is assumed as justifiable to increase people's own possibilities to control their own health. If health education activities are undertaken directed to influencing behavior with respect to health and illness at least four necessary steps should be taken:

1. problem analysis should make clear that there is a health problem that is related to individual behavior;
2. analysis should make clear what the causes and determinants of this specific behavior are;
3. attempts should be tried out to influence the behavior, that is, to motivate people to change their behavior;
4. the effects of these attempts should be evaluated in an adequate way.

After having presented a more specific justification of the reason why this health subject (breast cancer) was chosen the two main questions dealt with in this study are formulated.

1. Which behavioral determinants play a direct or indirect role in explaining information seeking behavior with reference to breast cancer and performing breast self-examination among "healthy" adult women?
2. What are the effects of health education interventions with reference to breast cancer and breast self-examination at these types of behavior and its determinants?
   Finally in this chapter an overview of the structure of this study is presented.

In **chapter 2** (Problem analysis: an overview of literature) an overview is presented of frequent occuring problems in cancer education in general and education about breast cancer and breast self-examination in specific. It is stated that there still often exists a taboo on cancer: a disease one avoids to talk about, a disease that is often associated with dying, serious suffering etc. There are still many misconceptions about cancer, not only among the public but also among for example general practitioners and nurses. Specifically these care givers however should play an important role in educating the public about cancer.

The question whether one should educate people about breast self-examination in order to stimulate them to perform the behavior in an adequate way, depends on the value of breast self-examination as a method to detect breast cancer at an early stage. In literature there is no unanimity about its value in this respect.
One could state that as long as there is no solid scientific prove about the effectiveness of breast self-examination as a method to detect breast cancer at an early stage, the method should not be recommended at a large scale. In this study it is stated that as long as there is no solid evidence it seems premature and inappropriate to have breast self-examination discouraged. There is no evidence that encouraging breast self-examination has negative consequences, for example in the sense that the method would be responsible for an increase of the anxiety level. From a health education point of view the method offers several advantages. Women can practice breast self-examination themselves, it gives them the opportunity to take responsibility for their own body and their own health. Further it is a method which costs no money and offers the possibility to practice it in a private setting. Based on these considerations it has been decided in the project to recommend breast self-examination as a method to detect breast cancer at an early stage. Finally attention is paid to the frequency and the quality breast self-examination is performed by women.

In **chapter 3** (Determinants of behavior: theoretical implications) the theoretical model of "reasoned action" of Fishbein & Ajzen (1975, 1980) is discussed. The model has especially been used in order to detect behavioral determinants. In social psychological models explaining health behavior often only so-called individual-directed variables are stressed. The theoretical model of Fishbein & Ajzen meets this deficiency as it specifically takes the social context in which people behave into account. Other advantages of the model as an instrument to explain (health)behavior are discussed in this chapter.
The main variables of the Fishbein & Ajzen model (attitude, subjective norm and behavior(al intention)) are discussed in detail, as well as the way these variables can be translated into "quantitative" terms.
Further in this chapter some characteristics, mentioned in literature, related to women's performance of breast self-examination are discussed. Based on a review of literature a number of behavioral determinants have been selected. These determinants will be discussed in further detail in answering the first question of this study. A problem in selecting this variables is that relations of this variables with the performance of breast self-examination are often ambiguous. The selection has mainly been based on the frequency these variables are mentioned in literature.

Chapter 4 describes the research methods used in this study, both for the determinants research part and the evaluation research part. That is, the methods used for the base line study and the three subsequent evaluation studies both in the experimental area (Nieuwe Waterweg Noord) and the control area (Dordrecht). The goal of these measurements is two-fold:

1. to find out how variables selected in this study are related to each other and how and in what degree they are related to information seeking behavior and practicing breast self-examination.
2. find out what the effects are of educational interventions at knowledge, attitudes and behavioral (al intentions).

The research design shows that there has been made use of a combination of panel studies and drawing new samples. The design offers the possibility to measure effects of the educational interventions, controling for possible interview effects.
In this chapter it is described how the base line study and evaluation studies were organized, how female interviewers were selected and trained and an enumeration is given of the kind of questions used in the questionnaire.
Further a description is given of the research population along the characteristics: age, marital status and socio-economic status. It is concluded that the response percentages of the base line and evaluation measurements are quite high (about 80%) according to standards of social scientific research.

Chapter 5 deals with the determinants of information seeking behavior and practicing breast self-examination. In this chapter it is analyzed which behavioral determinants play a direct or an indirect role in explaining information seeking behavior with respect to breast cancer and practicing breast self-examination among "healthy" adult women.
Based on the theoretical model of Fishbein & Ajzen and based on data from literature a selection was made of variables used for further analysis. In this chapter the results of interviews and written questionnaires among 801 women in the experimental and the control area are described. From the research data it becomes clear that:

- over 50% of the respondents indicate to know precisely how to perform breast self-examination. About 25% practice breast self-examination monthly; only 10% actually seem to know how to perform breast self-examination adequately.
- 43% of the women who never do breast self-examination indicate that they have the intention to do breast self-examination in the near future. About 25% have doubts about doing breast self-examination or not.
- attitudes towards breast self-examination and education about breast cancer are predominantly positive. Especially the partner and the general practitioners seem to play a stimulating role in this respect
- over 60% of the respondents have the intention to collect information about breast cancer. About 10% have no such intention. About 56% mention the general practitioners as the most probable source to ask for information. Only 4% of the respondents mention the district nurse in this respect.
- knowledge about symptoms, causes and epidemiological data is mediocre. Over a 55% of the respondents have misconceptions concerning the causes of breast cancer, over a 60% have a false image of the survival rates of breast cancer. At the other hand 53% of the respondents know fairly well what the incidence rates of breast cancer are.
  Women who are able to name one or two correct symptoms of breast cancer mostly are also aware of other "real" symptoms. Women who indicate "false" symptoms as correct, mostly are also wrong about other symptoms of breast cancer.
- about 75% of the respondents indicate to have a need for more information about breast cancer. Most of them (73%) name "possibilities of early detection of breast cancer" as the most important subject of interest, followed directly by "symptoms of breast cancer". No relation was found between the need for information about these subjects and present knowledge about them. No relation was found between the need for information about breast cancer and belonging to a high risk group. Apparently these women are either not aware of belonging to a high risk category or deny this fact.

In the second part of this chapter it is investigated to what extent the selected behavioral determinants explain behavioral intentions with respect to seeking information about breast cancer and doing breast self-examination. At first attention has been paid to the explanatory power of the two main variables in the Fishbein & Ajzen model: attitude and subjective norm. Subsequently it is investigated which relations exist between so-called "external variables" and these "main variables". Finally the mutual relations between "external variables" are described. The main findings are summarized briefly:

- "direct" attitudes towards breast self-examination show fair correlations with the reported performance of breast self-examination. The more positive attitudes one has the more one is inclined to do breast self-examination. Attitude and subjective norm only explain 15% of the variance in behavior (R= .39). "Only" because in other studies referred to by Fishbein & Ajzen multiple correlations vary from R= . 57 to R= .89. The direct attitude and the subjective norm towards the intention to seek information explain nearly 20 % of the variance of the intention to seek for information about breast cancer. Most variance is explained by the attitude. The subjective norm variable only adds two percent to the total explained variance.
- the correlation found between knowledge about breast self-examination and performing breast self-examination is r = . 22 ; $p < .001$. If in this correlation it is controlled for attitude and subjective norm the partial correlation is r= .17 ; $p < .001$;
- the extent to one already has knowledge about breast cancer shows no relation with the intention to seek behavior;
- younger women are more inclined to do breast self-examination than older women (r= .35 ; $p < .001$);
- no correlation was found between age and the intention to seek information behavior about breast cancer;
- although no significant correlation was found between socio-economic status and doing breast self-examination there is a tendency for women with low and high S.E.S. to be less inclined to do breast self-examination. As far as women with high socio-economic status are concerned a link is made with what Verbeek-Heida (1975) calls "the rejection of the medical model by the new fundamentalists";
- the extent to which one actively participates in social life shows a positive correlation with the intention to perform breast self-examination;
- no correlations are found between behavioral and attitudinal variables and earlier experiences with (breast)cancer;
- neither a relation between "internal locus of control" and the inclination to seek information about matters concerned with health and illness was confirmed in this study;
- as far as the mutual relations between external variables are concerned, special attention has been paid to correlations between knowlegde about breast cancer (as a dependent variable) and other external variables (as independent variables). Socio economic status and "powerful others health locus of control" are the best predictors of the extent one has knowledge about breast cancer. Women with a high S.E.S. have more knowledge about breast cancer than women with a low S.E.S. Women who more often are inclined to think that their doctor determines whether they stay healthy or not have less knowledge about breast cancer than women with a low powerful others locus of control.

With respect to the first question of this study it is concluded that attitudes are the best predictors of behavior(al intentions) related to breast cancer. This is especially true for the intention to seek information about breast cancer. As far as (the intention to perform) breast self-examination is concerned it is found that next to the attitude towards breast self-examination the variabels knowledge about breast self-examination, age and to a lesser extent "social participation" have an independent influence at behavior. According to the Fishbein & Ajzen this is not possible. From their point of view they can effect behavior only indirectly. That is, external variables will be related to behavior only through attitudes and or subjective norms.
A possible explanation of the fact that in this study external variables explain behavior directly instead of indirectly may be that not all salient beliefs related to the attitude towards breast self-examination have been taken into account. These beliefs may deal with those external variables which now influence behavior (al intentions) independently. It is concluded that more knowledge should be obtained about beliefs about breast self-examination that play a role in different age groups. More research is needed in this respect.

In **chapter 6** (Influencing determinants of breast self-examination and of seeking information about breast cancer) an overview is given of the health education interventions carried out in the project "Dealing with breast cancer". The interventions were directed to stimulating information seeking behavior and doing breast self-examination. At first some problems concerning the content and shape of the activities that played a role during the planning phase of the project are discussed. Furthermore some starting-points are formulated. An important problem related to the content of the education in this project is that women are activated to do breast self-examination monthly without a direct threat of disease (i.e. breast cancer) being present.
Additional to this problem is the fact that regular breast self-examination is not a guarantee that the disease can be prevented. Concerning the shape of the educational activities it is noticed that in general relatively few sound evaluation research have been done on effective educational methods to influence behavior. In this chapter an overview is presented of recent studies describing experiences with action-directed research in which it is tried to stimulate the performance of breast self-examination.

In this study there has been made use both of mass-media, group-sessions and individual education in order to influence knowledge, attitudes and behavior with reference to breast cancer. In describing the specific activities carried out, Kok's model (1985) of influencing behavior by education has been used. This model combines the theoretical model of Fishbein & Ajzen with two educational models; namely those of McGuire (1974) and E. Rogers (1983). In the educational intervention part of this study it is tried to influence the phases in Kok's model: attention, understanding, attitude, intention, behavior and maintenance of changed behavior.
With reference to drawing attention to breast cancer problems it is stated that breast cancer is not only a medical problem but also a societal problem. Attention to the problem should not only be drawn of the public but also of care-givers. In several ways it is tried to make the information offered as understandable as possible, not only by using understandable and readable language in written educational materials but also by clarifying as much as possible what one can do herself about the breast cancer problem.

Finally it is tried to get women to understand better what it means to have breast cancer by involving (ex)patients in the educational activities. In the attempts to influence attitudes it is tried to stress the advantages of seeking information about breast cancer and doing breast self-examination and to reduce the disadvantages as much as possible. In this chapter also attention is paid to the credibility of the communicator and the way in which this credibility is influenced by knowledge and attitudes of the communicators themselves. Next to "personal" attitudes, subjective norms may play an important role in influencing behavioral intentions. In this chapter a description is given of he ways mechanisms like social control and social support are "used" in influencing intentions through subjective norms. With reference to the last two phases in Kok's model it is indicated which attempts were made to eliminate obstacles that blockade the translation of intention to actual behavior. Further it is indicated what was done to stimulate maintenance of the changed behavior.
Finally in this chapter two sub-studies are described. In the first study it is investigated how much knowledge and which attitudes district nurses have towards breast cancer and breast self-examination. This is important to know because in this project district nurses were used as important communicators of information to the public. It is concluded in this study among 88 district nurses that although the respondents have the opinion that they absolutely have an educational role towards the public, their own knowledge about breast cancer and breast self-examination is inadequate. They should be educated well themselves before they are able to give proper education to the public. Their own expressed need for this training is high. The second sub-study, described in this chapter, concerns a study in doctor's waiting-rooms. It is investigated under which circumstances women sitting in the waiting-room of the general practitioner are prepared to read written educational materials available in the waiting room and to take these with them at home.
It is concluded from this study that women are inclined to make use of this material if it is offered in an anonymous situation. It seems that women do not want other people in their direct surrounding to know that they collect information about breast cancer.

In **chapter 7,** (Effects of the educational interventions) it is tried to find an answer to the second question posed in this study: "What is the influence of health education interventions with respect to breast cancer and breast self-examination at information seeking behavior and practicing breast self-examination?" Further it is investigated what the effects of these educational interventions are at determinants of these behaviors. The main results of this evaluation study are summarized briefly:

- the educational materials used in this project have been observed in a fair extent. Over 80% of the women who have seen the materials have also read them. In most cases the materials have been observed at the general practitioner's office.
- the main results of this evaluation materials used in this project have been observed in a fair extent. Over 80% of the women who have seen the materials have also read them. In most cases the materials have been observed at the general practitioner's office.
- nearly 2500 women participated in the 66 group meetings. Most of these meetings have been organized by women's organizations (45). At work-sites 15 meetings took place. The meetings were visited quite well and evaluated in a positive way. The latter conclusion should be made with some caution because of the high non-response rate in the evaluation study of these meetings. Over 68% of the women who visited these meetings were 45 years of age and over.

- despite the fact that the educational materials used in this project have been observed quite well, this has not led to more knowledge in the experimental group, compared with the control group. There are differences in levels of knowledge between women in the experimental group who have read educational materials and/or have visited group meetings and women in the experimental group who have not read these materials c.q. visited a meeting. However, these differences already existed before the start of the educational campaign. The campaign probably has reached especially those women who already had a relatively high level of knowledge.
- not all attitude-measurements have been repeated in the subsequent evaluation studies. It was not expected that the already very positive attitudes found at the base-line study would change in a favorable way because of the educational interventions. In order to find out whether these positive attitudes might be an artefact of the measurement methods in the base-line study, in the third evaluation study attitudes were measured at an alternative way. This does not make a clear difference in outcome: women indicate to have very positive atittudes. Of especial importance in this respect is the finding that women are convinced of the effectiveness of the recommended behavior. No differences, however, were found between women in the experimental area and in the control area. No relation was found between having read the written educational materials used in the project and the atitude towards education about breast cancer. A relation was found between the indirect attitude towards breast self-examination and having read these educational materials. However this relation is spurious, because women who have read these materials already had more positive attitudes towards breast self-examination compared to women who have not read these, before the start of the educational campaign.
- women who do not practice breast self-examination but who say they have the intention to do it indicate that the influence at their behavior of the general practitioners perceived high and still increases. After one year interventions the "percieved" influence of the gerenal practitioner increases with 9%. However, this is true for both the experimental and the control area.
- the frequency of breast self-examination does not change, neither does the quality breast self-examination is performed with. There are no clear changes in the willingness to collect information when the results of the base line study and the results of the third evaluation study are compared with each other. No differences are found with the control area in this respect. The gerenal practitioner plays an important role when one wants to get information about breast cancer. Over 85% of the respondents name him/her as the most important source of information. This finding is independent of the fact one has read educational materials or not. The district nurse plays a less important role in this respect. Women in the experimental area indicate to find it easier to get information about breast cancer and breast self-examination in comparison with women in the control area. It is concluded from this result that the absence of changes in knowledge and behavior cannot be ascribed to insufficient accessibility of the education.
- women who have read the educational materials are on the average younger than women who have not, have a higher socio-economic status and have more contacts in social life. No relations have been found between reading the educational materials and level of anxiety, health locus of control and having experiences with (breast)cancer.

- the need for educational materials about breast cancer has a latent character. Information is only then translated to action if their is a direct occasion to do so. There appears to exist a significant correlation between having read the educational materials and the expressed need for information. This need decreases among women who indicate to have read these materials.

In **chapter 8** (Discussion) the main results, discussed in more detail in the preceding chapters are summarized briefly.
As far as the usefullness of the theoretical models used in this study is concerned it is stated that it was not the goal of this study to test them at their formal validity. However the explanatory power of the main variables in the Fishbein & Ajzen model in this study is moderate.
An important question raised in this chapter is: how come that women are aware of the existence of breast self-examination, have an acceptable level of knowledge about breast cancer, have very positive attitudes towards breast cancer education and practicing breast self-examination, but do not practice breast self-examination in an adequate way?
Referring to this question first of all some theoretical notes are made. Attention is paid to social learning theory and the rewarding principle. A first explanation that is drawn from theory is that possibly the advantages of practicing breast self-examination mentioned in the educational materials are not rewarding enough to lead to behavioral change. In connection with this the content and shape of the educational interventions are discussed. As far as the explanatory power in explaining behavior is concerned it is concluded that in measuring attitudes possibly salient beliefs have been missed.
Further it is indicated that "social support", even meant in a positive way, not always needs to have a positive effect at behavior. Next to theoretical notes some methodological notes are made concerning problems of attitude measurement and the problem of social desirability.
At the end of the chapter recommendations are made for further research. Recommendations are also given with respect to the content and shape of futural educational interventions.

Finally it is concluded that the body of knowledge on how to influence behavior regarding breast cancer by educational interventions is still poor. Education about breast cancer and breast self-examination therefore still has to be developed at a rather intuitive way. There are to few empirical research data that can indicate precisely what the content of the education should be, which target groups should be reached in particular and by which methods.
In general it is stated however that health education programs should be constructed in such a way that general goals and specific objectives, interventions and evaluation criteria are consistent with the theoretical base used in this programs. Most health education programs lack this consistency and as a consequence, results of studies, even if the outcomes are favorable, are difficult to explain in terms of ways of how they influence cognitions, change behavior or both.

LITERATUURVERWIJZINGEN

Adams, C.K. ; D.C. Hall ; H.S. Pennypacker ; M.K. Goldstein; G.H. Stein (1976) : Lump detection in simulated human breasts.
Perception & Psychophysics, 20, 3, 163-167.

Aitken-Swan, J. ; R. Paterson (1955) : The cancer patient : delay in seeking advice.
British Medical Journal, 1, 623-627.

Ajzen, I. ; M. Fishbein (1980) : Understanding attitudes and predicting social behavior.
Prentice-Hall Inc., Englewood Cliffs, New Jersey.

Ban, A.W. (1974) : Inleiding tot de voorlichtingskunde.
Boom, Meppel.

Bennet, S.E. ; R.S. Lawrence ; K.H. Fleischmann ; C.S. Gifford ; W.V. Slack (1983) : Profile of women practicing breast self-examination.
Journal of the Medical American Association (J.A.M.A.) 249, 4, 488-491.

Bethlehem, J.G. ; H.M.P. Kersten (1982) : Non respons bij enquêtes of "wat niet weet dat niet deert?"
Mens en Maatschappij, 57, 2, 145-170.

Bigge, M. (1982) : Learning theories for teachers.
Harper & Row, New York.
(gecit : in Vojtecky, 1984).

Bond, B.W. : (1956)
Group discussion - decision : an appraisal of its use in health education.
Man. Minnesota Dep. of Health.
(gecit. in : Green, 1977).

Borne, H.W. van den ; J.F.A. Pruyn (1985) : Lotgenotencontact bij kanker-patiënten.
Van Gorcum, Assen-Maastricht.

Buchman Saltzer, E. (1978) : Locus of control and the intention to loose weight.
Health Education Monographs, 6, 2, 118-128.

Burink-Withaar, A. van ; H. de Haes ; R. Jonkers (1980) : Vrees is een slechte raadgever, ook bij een angstaanjagende ziekte als kanker.
T.N.O. Project, 8, 2, 80-84.

Calnan, M.W. ; S. Moss (1984) : The health belief model and compliance with education given at a class in breast self-examination.
Journal of Health and Social Behavior, 25, 198-210.

Carufel, A. de ; I. Straszak ; J. Jabes (1981) : Influencing attitudes towards breast self-examination : a congnitive approach.
In : D.S. Leathar : G.B. Hastings : J.K. Davies : Health education and the media.
Pergamon Press, Oxford, 465-478.

C.B.S. (1981) : Statistisch zakboek.
Centraal bureau voor de statistiek, Staatuitgeverij Den Haag.

Celentano, D.D. ; D. Holtzman (1983) : Breast self-examination competency. An analysis of self reported practice and associated characteristics.
American Journal of Public Health, 73, 11, 1321-1322.

Cook, T.D. ; D.T. Campbell (1979) : Quasi-experimentation Design & Analysis issues for field settings.
Houghton Mifflin Company, Boston.

Cuisinier, M. ; J. van Eijk ; R. Jonkers : H. Dokter (1984) : De confrontatie met kanker in de huisartspraktijk : knelpunten in de zorg. (1) en (2).
(1) Metamedica, 63, 5, 388-397
(2) Metamedica, 63, 6, 404-416

Davison, R.L. (1965) : Opinion of nurses on cancer, its treatment and unability.
British Journal of Preventive and Social Medicine, 198, 24-29.

DelGreco, L. W.O.; Spitzer (1984) : Breast self-examination a call for scientific answers.
Canadian Journal of Public Health, 75, 425-427.
(gecit. in : Frank en Mai, 1985).

D.H.E.W. (1979) : The breast cancer digest. A guide to medical care, emotional support, educational programs and resources.
Public Health Service, National Institutes of Health, Bethesda.

DiMatteo, M.R. ; D.D. DiNicola (1982) : Achieving patient compliance.
Pergamon Press Inc., New York.

Douma, W.H. (1960) : De leesbaarheid van landbouwbladen: een onderzoek naar en een toepassing van leesbaarheidsformules.
Bulletin nr. 17. Afd. Sociologie en Sociografie, Landbouw Hogeschool Wageningen.
(gecit. in : van den Ban, 1974).

Dowie, J. (1975) : The portfolio approach to health behavior.
Social Science and Medicine, 9, 619-631.

Duer, J.D. (1984) : Group dissemination of breast self-examination training technology.
Patient Education and Counseling, 6, 4, 160-164.

Duistermaat, J.H. (1981) : Leven met kanker. "Het zal mijn zorg zijn".
Medisch Contact, 36, 11, 307-310.

Eardley, A. ; J. Wakefield (1976) : Lay consultation by women with a lump in the breast.
Clinical Oncology , 2, 33-39.

Ent-Kantebeen, G.W. v.d. ; C.W. Aakster ; M.G. van Nieuwenhuizen (1969) : Onderzoek kankerbehandeling in Nederland.
Verslag van een schriftelijke enquête naar behandelingswijzen, opvattingen, attituden etc. van huisartsen en specialisten m.b.t. kanker.
Instituut voor Sociale Geneeskunde, Leiden.

Ewijk, G. v. ; J. Westbroek (1984) : Borstzelfonderzoek. Verslag van een onderzoek bij vrouwen in Haps.
Sociologisch Instituut, K.U.N., Nijmegen.

Eijkman, M.A.J. ; J. Orlebeke (1975)
De factor "angst" in de tandheelkundige situatie.
Nederlands Tijdschrift voor Tandheelkunde, 82, 114-123.

Farquhar, J.W. ; S.P. Fortmann, N. Maccoby ; P.D. Wood ; W.L. Haskell, C. Barr Taylor ; J.A. Flora ; D.S. Solomon ; T. Rogers ; E. Adler ; P. Breitrose; L. Weiner (1984) ; The Standford five city project : an overview.
In : J.D. Matarazzo ; S.M. Weiss ; J.A. Herd ; N.E. Miller ; S.M. Weiss.
Behavioral health. A handbook of health enhancement and disease prevention.
John Wiley & Sons, New York, 1154-1165.

Fink, R. ; S. Shapiro ; M.A. Lewison (1986) The reluctant participant in a breast cancer screening program.
Public Health Reports, 83, 6, 479-490.
(gecit. in : Grady, Kegeles, Lund, Wolk, Faber, 1983).

Fishbein, M. ; I. Ajzen (1975) : Belief, attitude, intention and behavior.
An introduction to theory and research.
Addison-Wesley Publishing Company, Reading (Mass.).

Flesh, R. (1977) : Helder schrijven, spreken, denken.
Van Loghum Slaterus, b.v., Deventer.

Foster, R.S. ; S.P. Lang ; M.C. Constanza, J.K. Worden ; C.R. Haines ; J.W. Yates (1978) : Breast self-examination practices and breast cancer stage.
New England Journal of Medicine, 299, 6, 265-270.

Foster, R. ; M. Constanza (1984) : Breast self-examination practices and breast cancer survival.
Cancer, 53, 999-1005.

Frank, J.W. ; V. Mai (1985) : Breast self-examination in young women : more harm than good?
The Lancet, september 21, 654-657.

Freidson, E. (1981) : De medische professie. Een studie van de sociologie van toegepaste kennis.
De Tijdstroom, b.v. Lochem-Poperinge.

Gästrin, G. (1980) : Program to encourage self-examination for breast cancer.
British Medical Journal, 281, 193.
(gecit. in : Frank en Mai, 1985).

Gästrin, G. (1981) : Breast cancer control: an early detection programme.
Almqvist and Wicksell, Stockholm.

Grady, K.E. ; S.S. Kegeles ; A.K. Lund ; C.H. Wolk ; N.J. Faber (1983).
Who volunters for a breast self-examination program?
Evaluation the bases for self-selection.
Health Education Quarterly, 10,2, 79-94.

Grady, K.E. ; J.G. Zapka ; J.A. Mamon (1985) : Impact of breast self-examination planned educational messages on social network communications : an exploratory study.
Health Education Quarterly, 12, 1, 51-64.

Green, L.W. (1977) : Evaluation and measurement : some dilemmas for health education.
American Journal of Public Health, 67, 2, 155-161.

Green, L.W. (1982) : Should health education abandon attitude change strategies? Perspectives from recent research.
In: S.K. Simonds (ed) : The SOPHE heritage collection of Health Education Monographs. Vol. 1.
Third Party Publishing Company, Oakland, 215-239.

Green, L.W. (1984) : Health education models.
In : J.D. Matarazzo ; S.M. Weiss ; J.A. Herd ; N.E. Miller ; S.M. Weiss (eds) : Behavioral health. A handbook of health enhancement and disease prevention.
John Wiley and Sons, New York, 181-198.

Greenwald, P. ; P.C. Nasca ; C.E. Lawrence ; J. Horton ; R.P. McGarrah ; T. Gabriele ; K. Carlton (1978) : Estimated effect of breast self-examination and routine physician examinations on breast cancer mortality.
The New England Journal of Medicine, 299, 6, 271-273.

Grossman, M. (1972) : On the concept of health capital and the demand for health.
Journal of Political Economy, 80, 223-255.

Gutteling, J.M. ; E.R. Seydel (1982) : Opvattingen, ervaringen en angst omtrent kanker. Een oriënterend onderzoek.
I. Theoretische uitgangspunten en literatuur.
T.H. Twente, Enschede.

Haes, W.F.M. ; J.H. Schuurman ; F. Sturmans (1976) : Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding : gedragsdeterminanten. GVO als instrument voor preventieve gezondheidszorg (1).
Medisch Contact, 31, 385-394.

Haes, W.F.M. de (1983) : Gedragswetenschappelijk onderzoek ten dienste van gezondheidsvoorlichting en -opvoeding.
Swets en Zeitlinger, Lisse.

Halfens, R.J.G. (1985) : Locus of control. De beheersingsoriëntatie in relatie tot ziekte- en gezondheidsgedrag.
Academisch Proefschrift, Maastricht.

Hall, D.C. ; M.K. Goldstein ; G.H. Stein (1977) : Progress in manual breast examination.
Cancer, 40, 364-367.

Hallal, J.C. (1982) : The relationship of health beliefs, health Locus of control and self concept to the practice of breast self-examination in adult women.
Nursing research, 31, 4, 202-206.

Hartfield, M.T. ; C.L. Cason, G.J. Casson 61982) : Effects of information about threatening procedure on patients' expectations and emotional distress.
Nursing research, 31, 4, 202-206

Hauknes, A. (1981) Results from an evaluation of a special smoking and health information campaign in Norwegian newspapers and on television in 1977, seen against the background of the general situation as regards smoking and as regards the media.
In : D.S. Leathar ; G.B. Hastings ; J.K. Davies - Health Education and the media, Pergamon Press, 425-440.

Heuvel, W.J.A. v.d. (1977) : knowledge and attitudes of 344 women concerning breast cancer and breast self-examination.
In : J. Wakefield (ed) : Public education about cancer.
U.I.C.C. Technical Report Series, vol. 26, Geneve, 44-54.

Heuvel, W.J.A. v.d. (1978) : Wijkverpleegkundige nog te weinig geïnformeerd over vroege opsporing, risicofactoren, behandelingsmogelijkheden.
Maatschappelijk Gezondheidszorg (M.G.Z.) 6, 9, 4-9.

Hill, D.J. (1973).
Evaluation of publicity and self detection procedures for breast cancer.
In : Proceedings of the 2nd International symposium on Cancer detection and Prevention.
International Congress series no. 332, Bologna.

Hill, D.J. ; N. Carson ; G. Gardner ; S. East ; N. Gray ; M. Hefferbaum, N. Paget (1979).
Simple health education about breast cancer in general practice.
International Journal of Health Education, 22, 25-29.

Hochbaum, G. (1981).
Behavior change as the goal of health education.
Eta, Sigma, Gamman, 13, 2, 3-6.

Holtzman, D. ; D.D. Celentano (1984).
The practice and efficacy of breast self-examination.
A critical review.
American Journal of Public Health, 73, 11, 1324-1325.

Howard, J. (1984).
Breast self-examination. Issues for research. Proceedings of the working group meeting to explore issues in brest self-examination.
National Cancer Institute, Bethesda, Maryland.

Huguley, C.M. ; R.L. Brown (1981).
The value of breast self-examination.
Cancer, 47, 5, 989-995.

Jamison, K.R. ; Wellisch, D.K. ; Pasnau, R.O. (1978).
Psychosocial aspects of mastectomy I : the womens perspective.
Am. J. Psychiatry : 135 ; 432-436.

Janis, I.L. (1967).
Effects of fear arousal on attitude change : recent developments in theory and experimental research.
In : L. Berkowitz (ed) : Advances in experimental social psychology, vol. 3.
Academic Press, New York, 166-224.

Jansen, J.H. ; R. Jonkers (1978).
Deelname en niet deelname aan een bevolkingsonderzoek op baarmoederhalskanker. Een pilotstudy.
Studiecentrum Sociale Oncologie, Amsterdam

Jansen, J.H. ; W. Kremers (1979).
Participatie aan het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker.
Studiecentrum Sociale Oncologie, Rotterdam.

Jonkers, R. (1978).
Gezondheidsgedrag.
Studiecentrum Sociale Oncologie, Rotterdam.

Jonkers, R. (1980).
Meer voorlichting over borstkanker is noodzakelijk.
Maatschappelijke Gezondheidszorg (M.G.Z.) 8, 12, 18-22.

Jonkers, R. ; T. Ronner ; M. Rutten ; J. Alleyn : T. v.d. Horde (1980).
Omgaan met borstkanker.
Interimrapport, Studiecentrum Sociale Oncologie, Provinciale Kruisvereniging Zuid-Holland, Rotterdam/Den Haag.

Jonkers, R. ; M. Rutten ; T. Ronner ; J. Alleyn ; T. d.d. Horde (1981).
Omgaan met borstkanker.
Eerste onderzoeksverslag, Studiecentrum Sociale Oncologie, Provinciale Kruisverening Zuid-Holland, Rotterdam/Den Haag.

Jonkers, R. ; M. Rutten ; T. Ronner ; J. Alleyn, T. v.d. Horde (1981).
Omgaan met borstkanker.
Tweede onderzoeksverslag, Studiecentrum Sociale Oncologie, Provinciale Kruisvereniging Zuid-Holland, Rotterdam/Den Haag.

Jonkers, R. ; M. Rutten ; T. Ronner ; J. Alleyn ; T. v.d. Horde (1982).
Omgaan met borstkanker.
Eindrapport, Studiecentrum Sociale Oncologie, Provinciale Kruisvereniging Zuid-Holland, Rotterdam/Den Haag.

Jonkers, R. ; J.F.A. Pruyn (1981).
Evaluatie van een voorlichtingsfolder voor vrouwen die een borstamputatie hebben ondergaan : "Op weg naar herstel".
Studiecentrum Sociale Oncologie, Rotterdam.

Jonkers, R. ; M. Rutten- van den Hof (1981).
Omgaan met borstkanker.
Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde, 59, 16, 556-564.

Jonkers, R. (1981).
Publieksvoorlichting over kanker : mogelijkheden en beperkingen.
I.K.R. Bulletin, 7, 1, 8 - 10.

Jonkers, R. ; W.J.A. van den Heuvel (1984).
De sociale aspecten van kanker.
In : O.G. Meyer & T. van Kampen (red) : Kijk op kanker.
Van Gorcum, Assen, 1, 185-198.

Kegeles, S.S. (1984).
Breast self-examination : Current status and concerns.
Patient Education Newsletter, 7, 2, 1-3.

Kegeles, S.S. (1985) : Education for breast self-examination : Why, who, what and how?
Preventive Medicine, 14, 702-720

Kok, F.J. (1982)
Doelgroepsegmentatie in de primaire preventie van cardiovasculaire ziekten.
Academisch proefschrift, Landbouw Hogeschool Wageningen.

Kok, G.J. (1978).
Voorlichting over kanker vanuit sociaal-psychologisch perspectief.
Van Hoytema cursus, T.H. Twente.

Kok, G.J. ; W.R. Buisman ; P.O. Kampschuur ; L. Krist ; P. v.d. Vange (1981).
Attitudes, sociale normen en gedrag.
Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie, 36, 57-63.

Kok, G.J. (1985).
Een model voor gedragsverandering via voorlichting.
Nederland Tijdschrift voor de Psychologie, 40, 71-76.

Kok, G.J. (1986a)
De rol van angst bij gedragsverandering door voorlichting.
In : A. Ph. Visser ; W.F.M. de Haes ; Angst in de gezondheidsvoorlichting en -opvoeding (GVO) V.U. Press, Amsterdam

Kok, G.J. (1986b)
Gezondheidsmotivering : GVO als wetenschapsgebied.
Gezondheid en Samenleving, 7, 58-68.

Kuttschreuter, M. ; J.M. Gutteling ; E.R. Seydel ; O. Wiegman (1984).
Angst voor kanker.
Gezondheid en Samenleving, 5, 4, 281-285.

Langlie, J.K. (1977).
Social network, health beliefs, and preventive health behavior.
Journal of Health and Social Behavior, 18, 244-260.

Leathar, D.S. ; M.M. Roberts (1985).
Older womens attitudes towards breast disease, self-examination, and screening facilities ; implications for communication.
British Medical Journal, 290, March, 2, 668-670.

Leventhal, H. (1984).
A perceptual-motor theory of emotion.
In : L. Berkowitz (ed) Advances in experimental social psychology, vol. 17.
Academic Press, New York, 1984.
(gecit. in : Kok, 1986a)

Levine, S. ; J.R. Sorenson (1984).
Social and cultural factors in health promotion.
In : J.D. Matarazzo ; S.M. Weiss ; J.A. Herd ; N.E. Miller ; S.M. Weiss : Behavioral Health. A handbook of self enhancement and disease prevention.
John Wiley & Sons, New York, 223-229.

Maclean, U. ; D. Sinfield ; S. Klein ; B. Harnden (1984).
Women who decline breast screening.
Journal of Epidemiology and Community Health, 38, 278-283.

Maes, S. (in press) 1986
Modellen voor gezondheidsvoorlichting : van angst naar cognitie.
In : A.Ph. Visser ; W.F.M. de Haes (eds) : Angst in de gezondheidsvoorlichting en -opvoeding (GVO).
V.U.Press, Amsterdam.

Mak, C.D. (1974).
Arts en Oncologie.
Een onderzoek onder 163 huisartsen, chirurgen, internisten en gynaecologen. In opdracht van de onderwijscommissie van het KWF.
Instituut voor Sociale Geneeskunde, Leiden.

Mamon, J.A. ; J.G. Zapka (1985).
Improving frequency and proficiency of breast self-examination.
American Journal of Public Health, 75, 6, 618-624.

Mc Dermott, R.J. ; P.J. Marty (1984).
Seeking an effective strategy for promoting breast self-examination among women.
Patient Education and Counseling, 6, 3, 116-120.

McGuire, W.J. (1974).
Communication-peruasion models for drug education.
In : M.S. Goodstadt (ed) : Research on methods and programs of drug education.
Addiction Research Foundation, Toronto, 1-26.
(gecit. in : de Vries en Kok, 1986).

McGuire, W.J. (1984).
Public communication as a strategy for inducing health promoting behavioral change.
Preventive Medicine, 13, 299-314.

Mechanic, D. (1962).
Students under stress.
Free Press, New York.
(gecit. in : J. Suls, 1982).

Meyboom-de Jong, B. ; W.A. van Veen (1984).
Borstzelfonderzoek
Huisarts en wetenschap, 27, 421-426.

Mootz, M. (1981).
De patiënt en zijn naasten. De invloed van houdingen in het persoonlijk netwerk van de patiënt op zijn medische consumptie.
Academisch proefschrift, R.U. Limburg, Maastricht.

Mosston, M. (1972).
Teaching : from command to discovery
Wadworth Publishing, Belmont.
(gecit. in : Vojtecky, 1984).

Novack, D.H. ; R. Plumer ; R.L. Smith ; H. Ochitill, (1979).
Changes in physicians' attitudes towards telling the cancer patient.
Journal of the American Medical association (J.A.M.A.) 24, 879-900.

Nijhof, G. (1976).
Gevoelens van machteloosheid en gezondheidsbedreiging.
Maandblad Geestelijke Volksgezondheid, 31, 339-359.

Oken, D. (1961).
What to tell cancer patients? A study of medical attitudes.
Journal of the American Medical Association (J.A.M.A.) 175, 1120-1128.

Philip, J. ; W.G. Harris ; C. Flaherty ; C.A.F. Joslin ; J.H. Rustage ; D.P. Wyesinghe (1984).
Breast self-examination : clinical results from a population - based prospective study.
British Journal of Cancer, 50, 7-12.

Ploeg, H.M. van der ; P.B. Defares ; C.D. Spiegelberger (1979)
Zelf-Beoordelings Vragenlijst
Swets en Zeitlinger, b.v., Lisse.

Ploeg, H.M. van der (1980).
Validatie van de zelfbeoordelings-vragenlijst.
Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie, 35, 243-249.

Pruyn, J.F.A. ; R. Jonkers (1984).
Reach to recovery. Evaluation of an educational booklet for women with mastectomy.
The Journal of the Institute of Health Education, 22, 3, 92-99.

Pruyn, J.F.A. ; R. Jonkers ; S.K. The (1984).
Borstsparende therapie en borstamputatie : een vergelijkend onderzoek op enkele psychosociale aspecten.
Gezondheid en Samenleving, 5, 2, 111-116.

Pruyn, J.F.A. ; W.J.A. van den Heuvel (in press)
Anxiety and social comparison in cancer patients.
In : C.D. Spiegelberger, I.G. Sarason, P.B. Defares (Eds.) :
Stress and anxiety. Washington, D.C. :
Hemisphere Publishing Corporation.

Rhei, S. (1976).
Factors determining the quality of physician performance in patient care.
Medical Care, 14, 733-750.

Richards, J.G. (1977).
An experiment in public education.
In : J. Wakefield (ed) : Public education about cancer
U.I.C.C. Technical Report series, vol. 26., Geneve.

Rogers, E.M. ; F.F. Shoemaker (1971).
Communication of innovations. A cross-cultural approch
Free Press, New York.

Rogers, E.M. (1983).
Diffusion of innovations.
Free Press, New York.
(gecit. in : de Vries en Kok, 1986).

Rogers, R.W. (1983).
Cognitive and Physiological processes in fear appeals and attitude change : a revised theory of protection motivation.
In : J.T. Cacioppo & R.E. Petty (eds) : Social Psychophysiology. A resourcebook.
Guilford Press, New York, 153-176.

Rosenstock, I.M. (1974).
The health belief model and preventive health behavior.
Health Education Monographs, 2, 4, 354-386.

Rotter, J.B. (1966).
Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement.
Psychological Monographs, 80, 1, nr. 609.

Rouwenhorst, W. (1981).
Om onze gezondheid. De rol van gezondheidsvoorlichtnig en -opvoeding (GVO).
Samson Uitgeverij, Alphen a/d Rijn - Brussel.

Runswick, H. ; C.C. Davis (1976).
Health Education. Practical teaching techniques.
HM + M Publishers, Aylesbury, England.

Rutten, M. ; R. Jonkers ; T. Ronner ; J. Alleyn ; t. van de Horde (1981).
Omgaan met borstkanker
Tweede interimrapport. Studiecentrum sociale Oncologie / Provinciale Kruisvereniging Rotterdam / Den Haag.

Rutten, M. ; R. Jonkers (1982).
Voorlichting over borstkanker. Een praktische handleiding.
Provinciale Kruisvereniging Zuid-Holland ; Stichting Koningin Wilhelmina Fonds. Den Haag / Amsterdam.

Schain, W.S.
Psychosocial issues in counseling mastectomy patients.
Counseling psychologist (1976) 6 (2) 45-49.

Schunk, D.H. ; J.P. Carbonapri (1984).
Self-efficacy models
In : J.D. Matarazzo, S.M. Weiss ; J.A. Herd ; N.E. Miller ; S.M. Weiss ; Behavioral health. A handbook of health enhancement and disease prevention.
John Wiley and Sons, New York.

Schuurman, J.H. (1983).
Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding.
Swets & Zeitlinger, Lisse.

Seeman, H. ; J. Evans (1962).
Alienation and learning in a hospital setting.
American Sociological Review, 27, 772-782.

Seydel, E.R. ; J.M. Gutteling ; O. Wiegman (1985).
Beeldvorming omtrent kanker.
Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg, 63, 3, 102-107.

Sheley, J.F. (1983).
Inadequate transfer of breast cancer self-detection technology.
American Journal of Public Health, 73, 11, 1318-1320.

Siero, S.; G.J. Kok ; J.F.A. Pruyn (1984).
Effecten van voorlichting over borstkanker en borstzelfonderzoek ; een veldexperiment.
Gezondheid en Samenleving, 5, 3, 153-160.

Siero, S. ; M.E. Boon ; G.J. Kok ; F. Siero ; P. Veen (1985).
Een programma ter bevordering van brandstof besparend rijgedrag bij de P.T.T.
Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie, 40, 105-115.

Sluyser, M. (1982).
Veertig procent geneest.
Uitgeverij Bert Bakker, Amsterdam.
(gecit. in : v. Ewijk en Westbroek 1984).

Smits, A. (1977).
Gezondheid en gezin.
Intermediair, 13, 43.
(gecit. in : Jonkers, 1978).

Sofer, T. ; H.F. Antonovsky (1984).
Workload involved in routine breast examination and instruction in breast-examination in the primary care clinic.
Family Practice, 1, 178-181.

Solomon, D.S. ; N. Maccoby (1984).
Communication as a model for health and enhancement.
In : J.D. Matarazzo, S.M. Weiss ; J.A. Herd ; N.E. Miller ; S.M. Weiss.
Behavioral Health. A handbook of health enhancement and disease prevention.
John Wiley and Sons, New York, 209-221.

Squyres, W. ; R. Dorsay ; I. Tekawa (1982).
Is teaching breast self-examination worthwhile?
A preliminary report of a prospective study.
Paper : Presented to the American Public Health Association Annual Meeting.

Scientific session : Implications for practice from recent health education research.
II : Women's Health. Issues.

Stillman, M.J. (1977).
Women's health beliefs about breast cancer and breast self-examination.
Nursing research, 26, 121-127.

Strax, P. (1974).
Early detection : breast cancer is curable.
Harper & Row, New York.

Sturmans, F. ; A.L.M. Verbeek (1983).
Enige epidemiologische beschouwingen van het mammacarcinoom.
Patient Care, mei, 15-26.

Suls, J. (1982).
Social support. Interpersonal relations and health benefits and liabilities.
In : G.S. Sanders ; J. Suls (eds).
Social Pscyhology of Health and Illnes.
Lawrence Elbaum Association Publishers, Hillsdale, New Jersey.

Swanborn, P.G. (1980).
Werkboek Methoden I. Werkboek bij de cursus Methoden I, 1980/1981.
R.U. Utrecht, Subfaculteit der Sociaal culturele Wetenschappen, Utrecht.

Swanborn, P. (1981).
Methoden van sociaal wetenschappelijk onderzoek.
Inleiding in ontwerpstrategieën.
Boom, Meppel.

Taylor, S.E. ; S. Levin (1976).
The psychological impact of breast cancer.
Theory and Practice.
Paper : San Francisco, West Coast Cancer Foundation.

Turner, J. ; D. Roy ; G. Irwin ; R. Blaney ; W. Olding-Smee ; G. Mackenzie (1984).
Does a booklet on breast self-examination improve subsequent detection rates?
The lancet, August, 11, 337-339.

U.K. Trial of early detection of Breast Cancer Group (1981).
Trial of early detection of breast cancer : description of method.
British Journal of Cancer, 44, 618-627.

Veen, W.A. v. (1984).
Over de waarde van lichamelijk mamma onderzoek als screeningsmethode.
Huisarts en Wetenschap, 27, 427-431.

Verbeek-Heida, P.M. (1975).
Ziekte en hulpzoekend gedrag.
Sociologisch Instituut, Universiteit van Amsterdam.

Verhallen, T.M.M. (1984)
Scarcity : unavailability and behavioral costs
academisch proefschrift, Katholieke Hogeschool, Tilburg.

Visser,A.Ph.; W.F.M.de Haes (in press)(1986)
Angst in de gezondheidsvoorlichting en -opvoeding (GVO)
V.U.Press, Amsterdam

Vlaamse Adviescommissie voor kankerpreventie (1985).
Kanker Vroegtijdige opsporing en preventie.
Brussel, september.

Vojtecky, M.A. (1984).
An adoption of Bigge's classification of learing theories to health education and an analysis of theory underlying recent health education programs.
Health Education Quarterly, 10, 3/4, 247-262.

Vries, H. de ; G.J. Kok (1986).
From determinants of smoking behaviour to the implications for a prevention programme.
Health Education Research, 1, in press.

Wallston, B.S. ; K.A. Wallston (1978).
Development of the multidimensional health locus of control (MHLC) scales.
Health Education Monographs, 6, 2, 160-170.

Wakefield, J. (1977).
Is public education about cancer effective in changing knowledge, attitudes and behavior?
Tumori, 63, 1-6.

Waters, W.E. ; S. Nichols (1982).
Breast cancer : women's knowledge and attitudes and the difficulties of influencing them.
Community Medicine, 4, 173-180.

Westmaas-Jes, M.M. (1977).
Voorlichting en gezond gedrag.
Wolters Noordhoff-Groningen.

Worden, J.K. ; M.C. Constanza ; R.S. Foster ; S.P. Lang ; C.A. Tidd (1983).
Content and context in health education : persuading women to perform breast self-examination.
Preventive Medicine, 12, 331-339.

Worden, J.W. & Weissman, A.D. (1977).
The fallacy in post mastectomy depression.
Am. J. of Medical Science. 273, 169-175.

Curriculum Vitae

Ruud Jonkers werd op 10 juni 1950 geboren te Overveen. Na het behalen van het diploma H.B.S.-A en enkele jaren in het bedrijfsleven werkzaam te zijn geweest studeerde hij sociologie aan de Universiteit van Amsterdam. In 1978 werd deze studie (cum laude) afgerond. Als bijvakken zijn in de studie gekozen: psychopathologie en ziekenhuiswetenschappen en als keuzevakken: medische sociologie en sociale psychologie. Van 1977 tot 1982 werkte hij eerst als documentalist (1977-1978), daarna als wetenschappelijk medewerker (1978-1982) op het Studiecentrum Sociale Oncologie van het Koningin Wilhelmina Fonds te Rotterdam waar hij vanaf 1980 als hoofd van de sectie voorlichting functioneerde. Vanaf 1982 is hij als hoofd van de afdeling onderzoek verbonden aan het Landelijk Centrum Dienstverlening Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding te Utrecht.