

Patiënt, privaat en privacy : de stoelgang als gezondheidswetenschappelijk probleem

Citation for published version (APA):

van Bruggen, H. J. (1991). *Patiënt, privaat en privacy : de stoelgang als gezondheidswetenschappelijk probleem*. [Doctoral Thesis, Maastricht University]. De Tijdstroom.
<https://doi.org/10.26481/dis.19910314hb>

Document status and date:

Published: 01/01/1991

DOI:

[10.26481/dis.19910314hb](https://doi.org/10.26481/dis.19910314hb)

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.

Patiënt, privaat en privacy

88 89

Patiënt, privaat en privacy

De stoelgang als gezondheidswetenschappelijk probleem

Proefschrift

ter verkrijging van de graad van doctor
aan de Rijksuniversiteit Limburg te Maastricht,
op gezag van de Rector Magnificus, Prof. mr. M.J. Cohen,
volgens het besluit van het College van Dekanen,
in het openbaar te verdedigen
op donderdag 14 maart 1991 om 14.00 uur

door

Harry van der Bruggen

1991

Uitgeversmaatschappij De Tijdstroom
Lochem

© 1991 by Uitgeversmaatschappij De Tijdstroom bv, Lochem

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen, of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16B Auteurswet 1912 j^o het Besluit van 20 juni 1974, St.b. 351, zoals gewijzigd bij het Besluit van 23 augustus 1985, St.b. 471 en artikel 17 Auteurswet 1912, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht (Postbus 882, 1180 AW Amstelveen). Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) dient men zich tot de uitgever te wenden.

Promotores:

Prof. dr. H. Philipsen

Prof. dr. J.J.C.B. Bremer

Copromotor:

Dr. R.J.G. Halfens

Beoordelingscommissie:

Prof. dr. H. Huijer Abu-Saad, voorzitter

Prof. dr. H.F.J.M. Crebolder

Prof. dr. H.A.M.J. ten Have

Prof. dr. R.A. Janknegt

Prof. dr. L.J. Menges

Inhoudsopgave

Inleiding 11

1. Stoelgangproblemen van ziekenhuispatiënten 11
2. Literatuurverkenning 12
3. Onderzoeksstrategieën 14
4. Indeling van dit proefschrift 14

1 Privaat en privacy in cultuur-historisch perspectief 17

- 1.1 Inleiding 17
- 1.2 Privatus versus publicus 20
- 1.3 Afzondering uit gemaksoverwegingen en/of uit schaamte 20
- 1.4 Verschuiving van de schaamtegrens 22
- 1.5 Een 'nieuwe intimiteit' 24
- 1.6 Begrenzing van privacygevoeligheid 25
- 1.7 Discussie en samenvatting 27

2 Privacy: begripsverheldering en consequenties voor de patiënt 31

- 2.1 Inleiding 31
- 2.2 Privacy: een poging tot een begripsomschrijving 32
- 2.3 Privacy: een homoniem? 38
- 2.4 Aspecten van privacy 39
- 2.5 Conclusies en suggesties 43

3 Het normale defecatiepatroon 47

- 3.1 Inleiding 47
- 3.2 Vraagstelling 48
- 3.3 Literatuurresearch 48

- 3.4 De keuze voor humaan-biologische kenmerken 51
- 3.5 Opzet en uitvoering van het onderzoek 51
- 3.6 Onderzoekresultaten: het defecatiepatroon gebaseerd op gegevens omtrent de stoelgang 56
- 3.7 Defecatiepatroon: samenhang van variabelen 63
- 3.8 Stabiliteit per persoon van het defecatiepatroon 65
- 3.9 Structuren van het normale defecatiepatroon 69
- 3.10 Samenvatting, discussie en conclusies 70

4 Determinanten van beleving van de stoelgang in een gezonde populatie 73

- 4.1 Beleving van de stoelgang: mogelijke determinanten 73
- 4.2 Opzet van het onderzoek 75
- 4.3 Vier belevingsvarianten ten aanzien van ontlasting 75
- 4.4 De onafhankelijke variabelen 78
- 4.5 Onderlinge structuur tussen onafhankelijke variabelen 81
- 4.6 Problematische beleving van de stoelgang: differentiatie naar geslacht en naar leeftijd 84
- 4.7 Discussie en conclusies 87

5 Privacygevoeligheid van ziekenhuispatiënten bij de stoelgang 89

- 5.1 Inleiding 89
- 5.2 Operationalisering 'Privacygevoeligheid' 90
- 5.3 Vraagstellingen 91
- 5.4 Opzet en verloop van het onderzoek 92
- 5.5 PrivacyGevoeligheidsVragenlijst, in vier subschalen 93
- 5.6 Interne consistentie van de PGV 100
- 5.7 Sociaal-demografische context van privacygevoeligheid 102
- 5.8 Discussie en conclusies 103

6 Bezorgdheid omtrent de stoelgang in het ziekenhuis 105

- 6.1 Onderzoeksvraagstellingen 105
- 6.2 Bezorgdheid omtrent de stoelgang in het ziekenhuis: mogelijke determinanten 106
- 6.3 Opzet en methode van onderzoek 110
- 6.4 Operationalisering van de variabelen 111
- 6.5 Onderzoekresultaten 114
- 6.6 Discussie en conclusies 118

7	Betrouwbaarheid van patiënteninformatie bij ziekenhuisopname	121
7.1	Beperkingen van zelfrapportage van patiënten	121
7.2	Opzet en verloop van het onderzoek	123
7.3	Resultaten met betrekking tot de VOEG-lijst	126
7.4	Resultaten ten aanzien van het defecatiepatroon	128
7.5	Discussie en conclusies	131
8	Conclusies en aanbevelingen	135
8.1	Samenvatting van de resultaten	135
8.2	Methodologische reflecties	137
8.3	Theoretische overwegingen	140
8.4	Praktische consequenties en aanbevelingen	142
	Summary	145
	Sommaire	149
	Literatuur	153
	Bijlagen	163
	Bijlagen bij hoofdstuk 3	164
3.1	Dagboek ter registratie van het normale ontlastingspatroon	164
3.2	Factorladingen op twee factoren, na varimaxrotatie	165
3.3	Pearsons correlatiecoëfficiënten, naar vier subgroepen	166
	Bijlage bij hoofdstuk 4	168
4.1	Pearsons correlatiematrix	168
	Bijlage bij hoofdstuk 5	170
5.1	Items niet opgenomen in de data-analyse	170
	Dankwoord	173
	Curriculum Vitae	175

Inleiding

107-4

1. Stoelgangproblemen van ziekenhuispatiënten

De stoelgang, zeker wanneer deze niet vanzelfsprekend verloopt, behoort tot het gesprek van de dag van patiënten op verpleegafdelingen van ziekenhuizen. Op de patiëntenkamers, in het dagverblijf, de conversatiezaal, worden de problemen met de stoelgang breed uitgemeten.

Defecatieproblemen in het ziekenhuis doen zich voor gerelateerd aan uiteenlopende situaties. Soms zijn zij rechtstreeks gevolg van de aandoening waarvoor patiënten zijn opgenomen, zoals uitwendige of inwendige hemorroiden, dan weer bijverschijnsel van een therapie, bijvoorbeeld hevige diarree bij een kuur met antibiotica. Vaak ook lijken voor de ontlastingsproblemen geen aperte oorzaken of redenen aanwezig; de ziekte als ingrijpende bestaansverandering en/of het ziekenhuisverblijf als veranderde leefsituatie lijken dan door te werken tot in opmerkelijke veranderingen in het defecatiepatroon in het ziekenhuis ten opzichte van de situatie thuis. Deze veranderingen kunnen soms de faeces zelf betreffen bijvoorbeeld in de vorm van diarree, dan wel, vaker, het ontlastingsbeloop, bijvoorbeeld een verminderde frequentie van de stoelgang en het optreden van, soms hevige, obstipatie. 'Het zijn klachten die men hoort bij heel veel mensen die in het ziekenhuis zijn opgenomen om zeer uiteenlopende redenen, die vaak helemaal niets van doen hebben met aandoeningen van het spijsverteringsorgaan' (Mauchamp 1983, vert. HvdB).

Verpleegkundigen zijn over het algemeen, beroepshalve, als zorgverleners, met deze problematiek vertrouwd, zij het dat er in de dagelijkse praktijk van de zorgverlening verschillend over wordt geoordeeld en dienovereenkomstig verschillend mee wordt omgegaan. Gesprekken met verplegenden en verzorgenden maken dit duidelijk. 'Patiënten klagen voortdurend over obstipatie; iedereen die op de afdeling verschijnt vallen ze lastig met hun problemen in deze.' 'Op onze afdeling zijn er geen klachten: op verzoek geven wij gelijk een klysma.' 'Problemen ontstaan', aldus een afdelingshoofd, 'als je dagelijks gaat vragen of de mensen ontlasting hebben gehad. Ik praat er nooit over en ik hoor dan ook nooit iets over problemen.'

Deze kwesties vormden de eerste aanleiding tot de hieronder beschreven deelonderzoeken, waarbij de belangstelling niet zozeer naar pathologische processen van het spijsverteringsorgaan uitging, als wel naar de stoelgang als menselijke, 'dagelijkse' gebeurtenis.

2. Literatuurverkenning

Autobiografische geschriften en journalistiek werk van (gewezen) patiënten, hun familieleden of naaststaanden, alsook van verpleegkundigen of verzorgenden (met name hun ervaringen als patiënt in het ziekenhuis), laten geen twijfel bestaan over de feitelijkheid van bovengenoemde problematiek. Een enkel citaat ter illustratie.

Anne de Vogüé, die de reacties bundelde op haar artikel in de *Nouvel Observateur* over haar ziekenhuiservaringen (1975), doet verslag van een oude dame die, in het ziekenhuis herstellende, wacht op een plaats in een bejaardenoord.

Zij was ongerust. Zij vermoedde vaag dat er buiten haar om iets bekookstofd werd. Zij kreeg er buikkrampen van. Verschrikkelijke buikkrampen. Binnen drie dagen was ze een vod. Haar familieleden deden alsof zij haar incontinentie niet in de gaten hadden, besprenkelden haar met eau de cologne en gingen snel weer weg, na een klein kusje op het voorhoofd. Zij beklagde zich niet tegenover hen. (...) Was het bezoekuur voorbij, dan was de oude dame weer het wegwerpprodukt van de afdeling. Zij werd verstoten door iedereen: de patiënten met de verliefde neus, de verpleegkundigen die ten einde raad waren met deze bejaarde baby, de artsen die ambtshalve de vuile klusjes aan de verpleging overlaten. Soms probeerde zij, in haar uiterste wanhoop, iets te doen om zich vast te klampen aan de wereld der levenden. Zij veegde haar achterwerk af met alles wat haar toevallig in handen kwam: haar servet, een stuk kleenex, haar bovenlaken. Zij maakte alles smerig en spreidde daarmee ten toon wat zij verborgen had willen houden. Dan kwamen uit haar bed haar bevuilde vingers tevoorschijn waarmee ze tastend zocht naar haar bril, om iets te kunnen doen aan de wanorde. Op zekere morgen werd haar haar bril afgenomen. Te vaak maakte ze die maar vuil. Zo bleef zij alleen achter, in de mist van haar bijziendheid. Geheel en al overgeleverd aan die oncontroleerbare anus. (De Vogüé & Grasset 1975, vert. HvdB).

Gevoelens van afhankelijkheid, van schaamte en vernedering kunnen door de verplegenden nog worden versterkt. Sonia Grasset (1975) citeert de ervaringen van een collega-verpleegkundige die als patiënte in een ziekenhuis was opgenomen:

Het verplegend personeel grijpt de ontlasting van de patiënt als middel aan om deze te vernederen en te kleineren. De attitude van de verpleegkundige in deze is opmerkelijk. (...) Ik heb er nooit bij stilgestaan hoe de patiënt dit zou ervaren. Totdat ik zelf patiënt werd en me zeer vernederd heb gevoeld toen ik moest bellen om de po. (De Vogüé & Grasset 1975, vert. HvdB).

In geval van uitscheidingsproblemen is er dikwijls een interactie aanwijsbaar tussen lichamelijke ontregeling, persoonlijke gevoelens en gedrag. De stoelgang en problemen dienaangaande in de thuissituatie gaan, na opname in het ziekenhuis, al gauw gepaard met gevoelens van afhankelijkheid, vernedering en schaamte. Kunnen gevoelens van onmacht bij de patiënt en van (over)macht bij de verpleegkundige in het algemeen al in hun onderlinge verhoudingen tot uiting komen en de interactie beïnvloeden, in het bijzonder lijkt dit rond defecatieproblemen het geval.

In de (auto)biografische literatuur zijn aan stoelgangproblemen globaal genomen drie dimensies te herkennen. De stoelgang heeft lichamelijke, functionele kanten: de 'fysiologie van de ontlasting'. Voorts zijn er belevingsfactoren aan te onderkennen. Tenslotte is er ook een maatschappelijke dimensie: de stoelgang vindt plaats in een sociale context, al was het maar vanwege de algemene wens tot afzondering.

Inventarisatie van wetenschappelijke literatuur over 'defecatieproblemen van ziekenhuispatiënten', met behulp van het Medline-search-systeem betreffende het medische en het gedragswetenschappelijke bestand over de jaargangen 1975-'89, leverde ongeveer 600 titels op. Daaronder bleken nauwelijks of geen bijdragen vanuit de verpleging. Niet alle tijdschriften waarin verpleegkundigen publiceren, maken overigens deel uit van het bestand dat via Medline kan worden geraadpleegd. Uit verder onderzoek, ditmaal aan de hand van de International Nursing Index, en tenslotte met behulp van handmatige analyse van ruim 130.000 pagina's (Nederlands-, Frans-, Duits- en Engelstalige) verpleegkundige vakliteratuur, bleek dat defecatieproblemen niet of nauwelijks binnen de belangstellingssfeer van de meeste tijdschriften vallen: slechts 80 pagina's (0,06 %) van het totale aantal bladzijden is gewijd aan de uitscheiding van faeces. Verplegingswetenschappelijke tijdschriften (International Journal of Nursing Studies, Nursing Research, Research in Nursing and Health) besteden er hoegenaamd geen aandacht aan. In de beroepstijdschriften, zoals Nursing Times, American Journal of Nursing, Soins, is de aandacht voor dit onderwerp eveneens minimaal, zij het niet geheel afwezig.

Ook voor aspecten van defecatieproblemen die de menselijke beleving betreffen en die het patiëntengedrag beïnvloeden, bestaat in de verpleegkundige vakliteratuur nagenoeg geen aandacht: geen artikelen over privacy, over schaamte en gêne, afhankelijkheid, vernedering, over macht en onmacht, noch over de wijze waarop deze emoties het stoelganggedrag beïnvloeden.

Leven deze problemen misschien wel bij verpleegkundigen, maar zou deze problematiek niet passen binnen het publicatiebeleid van de verpleegkundige vakbladen? Als over menselijke aspecten van de stoelgang in het ziekenhuis door verplegenden wordt nagedacht, moeten daaromtrent aanwijzingen zijn te vinden in teksten die door (leerling-)verpleegkundigen in het kader van basis- of vervolgopleidingen worden geproduceerd. Uit onderzoek bij instellingen in Nederland van hoger (45) en middelbaar (5) verpleegkundig beroepsonderwijs, alsook bij een steekproef onder inservice-opleidingen, bleek echter dat eventuele belangstelling voor uitscheidingsproblematiek geen expliciete weerslag vindt in scripties, verpleegverslagen, werkstukken en dergelijke.

De conclusie lijkt gewettigd dat de Nederlandse verpleegkundigen in basis- en vervolgopleidingen niet of nauwelijks belangstelling aan de dag leggen voor het fenomeen van de stoelgang.

Dit beeld komt overeen met de weerspiegeling van het fenomeen excretie in de Nederlandse leerboeken verpleegkunde - in ieder geval de leerboeken tot 1985: Zuster Agathe 1969¹⁶, Van der Moolen & Quanjer 1967⁴, Bouwhuizen 1972, Van den Bergh-Braam 1979, alsook in leerboeken psychiatrische verpleegkunde: Hamer & Haverkate 1950⁸, Hamer & Tolsma 1964⁴, en Kramer 1968 (cf. Van der Bruggen, 1985). De visie op de menselijke uitscheiding in de geanalyseerde leerboeken wordt bepaald door een medische optiek. De activiteiten van de verplegenden ten aanzien van de excretie krijgen vrijwel uitsluitend aandacht wat betreft excretieproducten, en lijken door verplegenden en verzorgenden voornamelijk uitgevoerd te (moeten) worden ten behoeve van diagnostiek en therapie, dat wil zeggen als de 'verlengde arm' van de behandelende arts.

3. Onderzoeksstrategieën

Wat is de aard en de omvang van defecatieproblemen van patiënten in het ziekenhuis? Op deze wijze geformuleerd lijkt de vraagstelling breed en het onderzoeksterrein onoverzichtelijk. De onderzoeksactiviteiten, die aanvankelijk als op zichzelf staande deelonderzoeken werden ondernomen ter bestudering van uiteenlopende aspecten van de problematiek, en waarover hier wordt gerapporteerd, zijn explorerend en divers van aard. Explorerend omdat, gelet op de bijna afwezigheid van literatuur op dit terrein van onderzoek, veelal het theoretisch kader ontbreekt waarbinnen hypothesen formuleren en toetsen zinvol is. Een theoretisch kader of conceptueel model werd veelal per bestudeerd deelaspect geformuleerd.

Divers, uiteenlopend van aard zijn de gevolgde onderzoeksstrategieën vanwege de uiteenlopende aard van de diverse aspecten van het onderzoeksonderwerp. Aan 'Stoelgangproblemen van ziekenhuispatiënten' zijn aspecten te onderkennen die zich lenen voor overwegend kwantitatieve benadering: de fysiologische aspecten van het defecatiepatroon, bijvoorbeeld, en de veranderingen die daarin optreden in het ziekenhuis. Andere aspecten zijn minder gemakkelijk objectiveerbaar, bijvoorbeeld de zorg die de stoelgang iemand kan baren, thuis of in het ziekenhuis: naast kwantitatieve bewerking van het onderzoeksmateriaal kan meer inzicht in het bestudeerde onderwerp worden verkregen met behulp van een interpretatief getinte benadering. Weer andere aspecten tenslotte lenen zich bij uitstek voor een kwalitatieve benadering, bijvoorbeeld iemands behoefte aan privacy bij de ontlasting.

De successievelijk gevolgde uiteenlopende benaderingswijzen behoeven methodologische objectiviteit niet te verminderen, integendeel. In overeenstemming met Smalings manteldefinitie van methodologische objectiviteit, zijn in deze term twee 'betekeniskernen' te onderscheiden (Smaling, 1988). Ten eerste is er het negatieve betekenismoment: objectiviteit betekent dan dat de methode niet leidt tot fouten, vertekeningen, dwalingen, verstoringen. Het positieve betekenismoment daarentegen impliceert dat de onderzoeker 'het object van studie laat spreken'. Smaling opteert vervolgens voor een conjunctief gebruik van de twee betekenis-kernen: 'recht doen aan het object van studie' betekent dat én fouten vermeden moeten worden én dat men het object moet laten spreken. 'Het benadrukken van zowel het positieve als het negatieve betekenismoment vormt een weermiddel tegen ontsporingen van het objectiviteitsstreven als gevolg van het eenzijdig beklemtonen van één van de betekenis-kernen' (Smaling, 1988).

4. Indeling van dit proefschrift

De hier gepresenteerde deelonderzoeken hebben betrekking op successievelijk drie te onderscheiden dimensies van de stoelgangproblematiek. De lichamelijke dimensies van dit 'dagelijkse' gebeuren worden bestudeerd in deelonderzoek naar humaan-biologische aspecten van het defecatiepatroon. Belevingsaspecten komen aan de orde in onderzoeken naar belevingsdeterminanten van de stoelgang, zowel thuis als in het ziekenhuis. De sociale dimensie van de uitscheiding komt aan de orde in deelonder-

zoeken naar privacygevoeligheid bij de stoelgang.

Overigens staan de hier gepresenteerde deelonderzoeken, althans de meeste, min of meer los van elkaar. Achtereenvolgens worden de deelonderzoeken gepresenteerd als volgt.

In hoofdstuk 1 wordt een antwoord gegeven op de vraag of, en zo ja in welke richting, gevoelens van en behoefte aan privacy bij de stoelgang zich hebben ontwikkeld in onze westerse samenleving. Het 'privaat', en de ontwikkeling van stoelganggedrag, wordt beschouwd in relatie met privacy en de ontwikkeling van privacybehoeften en -voor-zieningen, toegespitst op de situatie waarin de ziekenhuispatiënt verkeert. Het theoretisch perspectief van deze studie is dat van de 'histoire-présent' (Tollenbeek, 1990).

In hoofdstuk 2 wordt onderzocht welke betekenisdimensies te onderkennen zijn aan de begrippen privacy en privacygevoeligheid, eveneens toegepitst op de situatie van de ziekenhuispatiënt. De methodologie hier gevolgd is de conceptverheldering zoals binnen de verplegingswetenschap ontwikkeld en gebruikt door Norris (1982) en Walker & Avant (1988²). Binnen deze strategie neemt de fenomenologische beschrijving een belangrijke plaats in.

Hoofdstuk 3 en 4 zijn gewijd aan het 'normale defecatiepatroon'. In hoofdstuk 3 worden enkele humaan-biologische kenmerken van het 'normale defecatiepatroon' in een gezonde populatie beschreven. In hoofdstuk 4 wordt antwoord gegeven op de vraag: Hoe is de beleving van de stoelgang en welke zijn de determinanten van beleving van de stoelgang in een gezonde populatie? Het betreft twee rapportages van een en hetzelfde deelonderzoek, gehouden in een gezonde populatie en die tot stand kwam door middel van 'convenient sampling'. Voor de dataverzameling is gebruik gemaakt van de dagboekmethode.

Op basis van de conceptuele analyse in hoofdstuk 2 werd een instrument ontwikkeld voor meting van privacygevoeligheid bij de stoelgang op de verpleegafdeling, de PrivacyGevoelighedsVragenlijst. In hoofdstuk 5 wordt de vraag beantwoord of bij empirische toetsing aan dit meetinstrument de vier dimensies zijn te onderkennen die bij theoretische analyse zijn verondersteld. Vervolgens wordt antwoord gegeven op de vraag of, en zo ja in welke mate, de PrivacyGevoelighedsVragenlijst in zijn totaliteit alsook voor wat de vier subschalen betreft betrouwbaar en valide is.

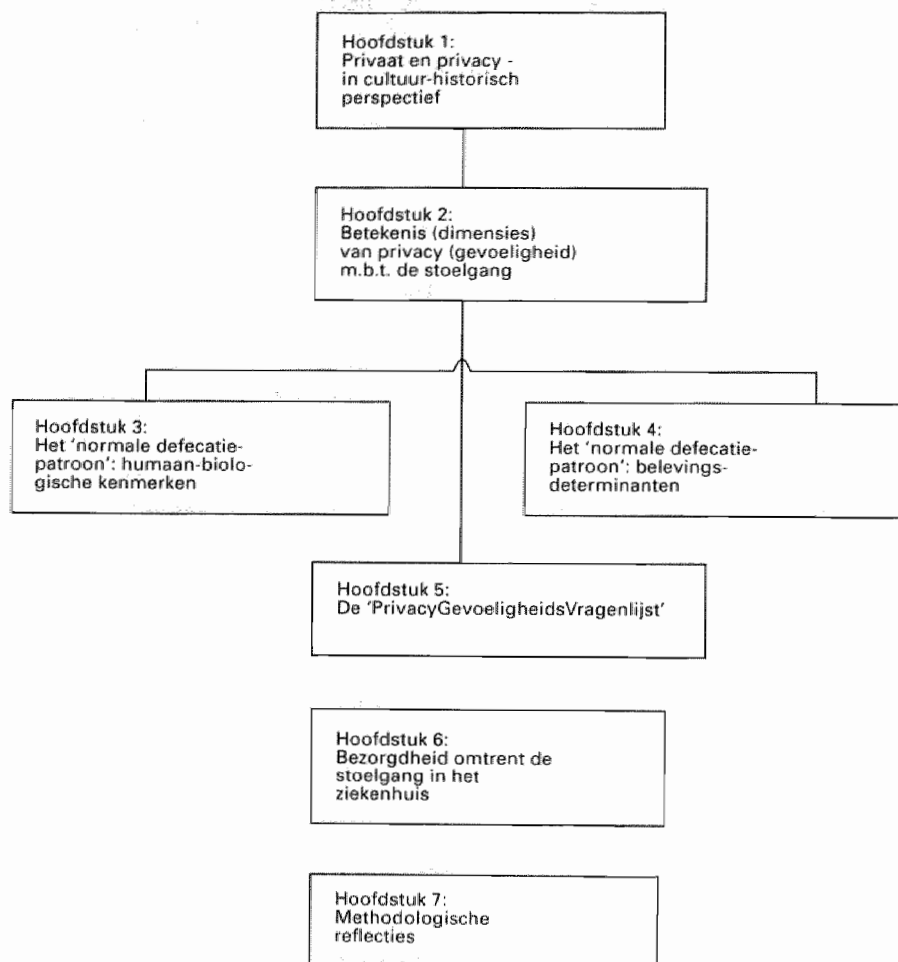
Hoofdstuk 6 is gewijd aan 'Defecatieproblemen van ziekenhuispatiënten' in het algemeen. Vragen die worden gesteld en beantwoord zijn: In welke mate tonen patiënten in het ziekenhuis zich bezorgd over de stoelgang? Welke veranderingen treden op in het defecatiepatroon na ziekenhuisopname? Kan samenhang worden vastgesteld tussen deze veranderingen en de eerder genoemde bezorgdheid over de stoelgang? Hangen met deze bezorgdheid eventueel andere factoren samen? Het onderzoek werd aanvankelijk opgezet als een replicatiestudie, als herhaling namelijk van het onderzoek naar 'Bowel function in hospital patients' van Wright (1974). In overleg met een onderzoeksgroep in het verpleegkundig Hoger Beroepsonderwijs werden aan de oorspronkelijke vraagstellingen enkele andere toegevoegd, zodat het hier gerapporteerde onderzoek beter als constructieve of innovatieve replicatie aangeduid kan worden (Conelly, 1986).

Tenslotte wordt in hoofdstuk 7 verslag gedaan van instrumenteel onderzoek, waarbij de vraag wordt beantwoord: Verandert, en zo ja in welk opzicht en in welke mate, het

zelfoordeel van patiënten bij ziekenhuisopname betreffende de thuis ervaren gezondheid in het algemeen en betreffende de stoelgang in het bijzonder?

Een samenvattend hoofdstuk besluit deze studie.

Schematisch weergegeven, is dit proefschrift als volgt ingedeeld:



Schema 0.1 Indeling van dit proefschrift

1 Privaat en privacy in cultuur-historisch perspectief

1.1 Inleiding

Al van vóór het begin van de professionele verpleging (1859) heeft bescherming van privacy tot de taakstelling van de verpleegkundige behoord, zij het niet steeds onder deze benaming. In 1848 kritiseerde Meijer in zijn 'Handboek voor pleegzusters en ziekenoppassers' de 'praatzucht' van sommige verplegenden, in vergelijking waarmee hij de 'nieuwsgierigheid (als) een even hatelijke eigenschap' en 'het gebrek aan geheimhouding (als) een nog grooter gebrek' karakteriseerde (Meijer, 1848). Florence Nightingale pleitte in 1859, in haar klassiek geworden 'Notes on nursing: what it is and what it is not', voor de 'vertrouwde verpleegster', op wie men staat kan maken. Zij is (in de vertaling van mevrouw Busken-Huet, 1862) 'geene babbelaarster, geene praatjesmaakster'; zij praat niet over haar patiënten; zij 'antwoordt niet op vragen omtrent hare zieken'. De 'vertrouwde verpleegster' dringt zich niet als een 'bemoeizieke gediensstige' op aan de patiënt die 'het liefst in de eenzaamheid' lijdt. Zij hindert de zieke niet met opdringerige 'raadgevingen waarmede dergelijke zieken zoo overvloedig (kunnen) worden overstelpt.' Raadgevingen zijn even 'onbescheiden en onwelvoeglijk' als vragen naar bijzonderheden omtrent 'den ware toestand van den patiënt' (Nightingale 1859, cf. Van Lieburg 1980).

Recentere generaties verpleegkundigen werden, aan de hand van leerboeken als die van Zuster Agathe (Zr. M. Agathe & Kerckhoffs, 1969¹⁶) of van Van der Moolen en Quanjer (1967⁴), opgeleid met het respect voor de privacy van de patiënt (Spijker, 1979). Het beroepsgeheim wordt gevaloriseerd. 'Bed afschermen' en 'patiënt inlichten' werden mét 'handen wassen' de traditionele trias van voorbereidende handelingen die elke leerling-verpleegkundige zich als automatisme behoorde eigen te maken.

Gevoelig wat privacy betreft blijkt men onder meer ten aanzien van de uitscheiding. Verpleegkundeboeken (Henderson 1978, Van der Peet 1984) bevelen discretie aan bij het helpen van patiënten bij de stoelgang. Echter, de praktijk leert dat op de verpleegafdeling patiënten in verschillende mate gevoelig blijken voor privacy bij de defecatie. Lijken sommige patiënten daarbij door niets of door niemand gehinderd, anderen zijn daar uiterst gevoelig voor en ervaren bijvoorbeeld niet alleen iemands feitelijke

aanwezigheid als een inbreuk op de privacy, maar zelfs een wc-bril die nog warm is vanwege het recente gebruik ervan door een medepatiënt (Bloemendal, Duijnstee, Hattinga Verschure, 1985).

Privacy blijkt bij een eerste conceptuele analyse een complex begrip, waarbij diverse onderzoekers (Westin 1967, Smith & Swanson 1979, Wilmoth 1980) de vraag hebben gesteld of privacy in verschillende soorten zou bestaan, danwel of privacy een homoniem zou zijn voor verschijnselen van uiteenlopende aard. Immers, privacy kent uiteenlopende connotaties als feitelijke afzondering (cf. secretie, secreet), intimiteit, discretie, persoonlijke zelfontplooiing, en ook autonomie en anonimiteit te midden van de menigte.

Wat Ariès in een van zijn bijdragen aan het vijfdelige werk over de geschiedenis van de persoonlijke levenssfeer stelt ten aanzien van het begrip en de aspecten van het persoonlijke leven, het privé-leven in zijn totaliteit, lijkt van toepassing op de gevoelens van privacy met betrekking tot de stoelgang in het bijzonder: privacy en de kenmerken ervan evolueren in de loop van de tijd (Ariès & Duby, 1985).

Daarom is het relevant een blik te werpen op de geschiedenis van privacygevoelens en privacygedrag in het algemeen en die ten opzichte van de ontlasting in het bijzonder - en wel met speciale aandacht voor de gevoelens en uitingen van privacy in ziekenhuisomstandigheden in het algemeen en met betrekking tot de stoelgang aldaar in het bijzonder.

Over zowel de geschiedenis van het 'privaat' als van de persoonlijke levenssfeer bestaan geschreven bronnen. De 'Histoire de la merde' begint, volgens Laporte (1978), in 1539, wanneer de menselijke uitscheidingsprodukten een manifeste bedreiging blijken voor hygiëne en volksgezondheid. Sinds het koninklijk besluit, in dat jaar uitgevaardigd, blijven publikaties over het lozen en/of verwerken van excrementen elkaar opvolgen, hetgeen voorlopig culmineerde in de 19de eeuw, toen in Europa op grote schaal rioleringsystemen werden aangelegd (Laporte 1978, Gleichmann 1979, Corbin 1982, Roding 1986, Van Zon 1986, De Swaan 1989). Publikaties over hygiëne, niet als collectieve maar als individuele zorg, vormen een tweede bron van geraadpleegde literatuur (Wright 1966, Palmer 1977, Vigarello 1985, Parent 1987, Csergo 1988). Een derde bron van informatie over de menselijke uitscheiding vormen middeleeuwse boerten en kluchten, met name teksten gebruikt met carnaval. Pleij (1979) spreekt in dit verband van een ware 'stront-folklore'; bij carnaval en andere volksfeesten in Europa blijft, ook in later eeuwen, de ontlasting een belangrijke rol spelen (Baroja 1965, Gaignebet 1979, Heers 1983). Over deze en soortgelijke teksten bogen zich de eerste, beschrijvende antropologen (Bourke, 1891) en later cultureel-antropologen en cultuur- en literatuurhistorici (Feldhaus 1921, Englisch 1928, Gaignebet 1980, Pleij 1988).

De geschiedenis van de persoonlijke levenssfeer werd, voor wat de Westeuropese samenleving betreft, geschreven onder redactie van Ariès en Duby (1985 - 1987). Het nagenoeg ontbreken van onderzoek op dit gebied - Duby spreekt in zijn Préface van een 'terrain tout à fait vierge' - was aanleiding tot deze onderneming. Het standaardwerk dat door het schrijverscollectief tot stand is gebracht, kan op details worden aangevuld met deelonderzoek, zoals dat van Pardailhé-Galabrun, naar het ontstaan van het intieme (1988).

Geschiedschrijving waarbij de historie van privaat en van privacygevoelens aan elkaar worden gerelateerd, blijkt zeldzaam. Studies hieromtrent lijken beperkt tot het oeuvre van de socioloog Elias (1982). Aan de hand van cultuur-sociologische analyse van gedrags- en etiquetteboekjes postuleert deze een verschuiving in de loop van de tijd van het schaamte- en gênegevoel. Gedragingen waarvoor men zich in de ene periode niet schaamde (of waaromtrent geen gêne ontstond wanneer men anderen die handelingen zag verrichten), begonnen in een volgende fase van het civilisatieproces als 'pijnlijk' voor het schaamte- en gênegevoel te worden ervaren.

Het civilisatieproces, aldus Elias, is een verandering van het menselijk gedrag en het menselijk leven in een bepaalde richting. Deze verandering is in de loop der eeuwen niet 'rationeel' door afzonderlijke mensen of groepen in de samenleving voltrokken. Maar evenmin is de verandering zonder orde. Een ordening van heel specifieke aard ontstaat uit de interdependentie van mensen. Deze onderlinge afhankelijkheid vormt met name het perspectief waarin Elias het civilisatieproces bestudeert, bijvoorbeeld ten aanzien van verschuivingen in machtsposities in de klassen- en standenmaatschappij. Typerend voor dit proces is enerzijds de 'rationalisering van het gedrag', anderzijds de modellering van de drifthuishouding door middel van 'schaamte' en 'gêne'.

Gegevens omtrent 'privaat en privacy' worden dus niet aan primaire bronnen maar aan secundaire bronnen ontleend. Hoewel deze laatste, overwegend bestaand uit onderzoeksverslagen, een grote mate van betrouwbaarheid moet worden toegekend, lijkt deze bronnenkeuze wellicht enigszins afbreuk te doen aan de gefundeerdheid van de hier ondernomen historische benadering. Deze echter pretendeert niet een historio-graphie te zijn in de vaktechnische betekenis van het woord. Immers, de pretentie zou onder meer een stellingname impliceren binnen de huidige geschiedwetenschappelijke situatie die door vakhistorici vrij unaniem als strikt pluriform wordt beoordeeld: pluriformiteit heerst zowel ten aanzien van de geschiedschrijving alsook van de geschiedtheorie (Tollenbeek, 1990). Binnen de veelheid van meningen en stellingnamen geldt in deze verslaglegging als algemene, tevens als fundamentele richtlijn hetgeen door Tollenbeek wordt geformuleerd als 'een brede consensus over een aantal stelregels, die kunnen worden samengevat in het gebod elke bewering in het geschied-verhaal met redelijke en controleerbare argumenten te staven' (Tollenbeek, 1990). De hier geraadpleegde bronnen, hoewel secundair, leveren 'redelijke en controleerbare argumenten'.

Gegevens omtrent 'privaat en privacy' worden aan elkaar gerelateerd en geplaatst in een cultuur-historisch perspectief. Van primair belang daarbij is uiteindelijk kennisvermeerdering van de huidige beleving van privacy (door de patiënt) bij de stoelgang: een stijl van geschiedbeoefening die, vanwege de gerichtheid op het heden, door Tollenbeek 'histoire-présent' wordt genoemd - in tegenstelling tot de 'histoire-passé', waarbij de geschiedenis wordt beoefend ter vermeerdering van de kennis omtrent het verleden. Kenmerken van de 'histoire-présent' zullen in deze verslaglegging kenbaar zijn: de nadruk op 'het recurrente, het zich herhalende, het continue in het historisch proces' - waarbij een en ander wordt geplaatst binnen de kaders zoals aanwezig in het werk van Elias, Corbin, Ariès en Duby (de Franse Annales). Dat daarbij werd getracht valkuilen - als manifeste anachronismen, of finalistische interpretaties van het heden (Tollenbeek, 1990) - omzichtig te vermijden, moge blijken uit het vervolg.

1.2 Privatus versus publicus

Het van origine Angelsaksische woord 'privacy' is, aldus Kuitenbrouwer (1982), een rechtsterm die betrekking heeft op de 'persoonlijke levenssfeer'. Etymologisch is het terug te voeren op het Latijnse *privare*, dat betekent 'ontnemen, beroven, bestelen'. Het hiervan afgeleide *privatus* heeft een rechtskundige betekenis gekregen: 'apart from the State, belonging to an individual' (Klein, 1971), 'withdrawn from public life, peculiar to oneself' (Onions, 1978).

De tegenstelling *privatus* en *publicus* wordt gebruikt in het klassieke Latijn. Cicero bijvoorbeeld kent de uitdrukking 'agere privatim' (tegenover 'publice'), hetgeen betekent handelen als particulier, privé-persoon, ter onderscheiding van handelen als ambtenaar/magistraat. Het gaat in dezen om gedrag thuis, afgezonderd van de anderen versus optreden in het openbaar, voor de ogen van iedereen op het forum.

Aan *privatus* zijn connotaties gebonden betreffende het familiale karakter van iets, of ook de alledaagse aard van gewone werkdagen. Ook duidt *privatus* op gedrag dat eigen is aan en vertrouwd binnen een bepaalde groep, bijvoorbeeld een kloostergemeenschap. De kloostermuur die de kloostergemeenschap afzondert van de buitenwereld (*publicum*) blijkt een belangrijke rol te spelen als omgrenzing van het slot (*claustrum*). *Privatus* betekent dan datgene dat of degene die teruggetrokken is, bijvoorbeeld het teruggetrokken leven in een klooster. Binnen deze gesloten gemeenschappen blijken weer aparte *privatae* te worden aangemerkt, gegeven het feit dat in het Latijn dat de monniken schreven het woord *privatae* wordt gebruikt voor *latrinae* (Ariès & Duby, 1985).

Evenals in de tijd der Grieken en Romeinen was het in middeleeuws West-Europa normaal dat men zich in het openbaar ontlastte. Waar, met name in wooncomplexen van enige omvang, een vertrek in het huis ten behoeve van de uitscheiding was gereserveerd, betrof het een garderobe of een zogeheten waarderebbe: een vertrek waar men zich met verschillende personen tegelijk ontlastte, maar dat tevens dienst deed als berging van bijvoorbeeld meubelen, kleding en voorwerpen.

De ontlasting, als proces en als produkt, alsook de plaats waar deze zich voltrok, kreeg in de middeleeuwse samenleving gaandeweg een 'privaat'-karakter, te oordelen naar de benamingen *privy*, *privet*, *prevey*, *prevez*, *privaten*, *priveten*, *proivate*, *profait*, profeyen die men tegenkomt in allerhande teksten (van metselaarsrekeningen tot poëzie) uit die tijd (Cabanès 1908, Feldhaus 1921, Wright 1966, Palmer 1977). Ook nu nog bestaat in het Nederlands het woord 'privaat' voor toilet/wc, zij het niet meer in de spreektaal als apart, zelfstandig naamwoord, maar alleen in samenstellingen als *privaatput* (= beerput), *privaatrechter* en *privaatton* (Van Dale, 1984).

1.3 Afzondering uit gemaksoverwegingen en/of uit schaamte

In de tweede helft van de 15de eeuw blijkt een verschuiving op te treden in het stoelganggedrag: in grote lagen van de bevolking in West-Europa komt het 'huisje' in

de plaats van hurken in het vrije veld. De overgang van het vrije veld naar het aparte huisje wordt geïllustreerd door een houtsnede uit 1480 die een man toont die zich ontlast hurkend náást een 'huisje', waarvan de deur uitnodigend openstaat; de man verkiest (nog) de vrije natuur (Feldhaus, 1921).



Aan het einde van de 15de eeuw werd nog niet of althans niet sterk de behoefte gevoeld zich af te schermen uit schaamte of uit verlangen naar privacy in de huidige betekenis van het woord. Veeleer trok men zich terug uit overwegingen van gemak, door een dichter uit de 15de eeuw aldus verwoord (cit. Cabanès, 1908):

Retraict de grand commodité
 Soit aux champs ou en la cité;
 Retraict auquel personne n'entre,
 Si ce n'est pour purger son ventre;
 Retraict de grande dignité,
 Où le cul sied en majesté;
 Retraict qu'on n'ose découvrir,
 Ny le dessus du siège ouvrir,
 De peur, affin que je ne mente,
 Que le fort parfum ne s'esvente;
 Retraict où l'on se sent à l'aise,
 Il vaut bien mieux que je me taise
 Qu'empuantir de tes senteurs
 Le lecteur et les auditeurs.

'Retraits et aisements', 'heimlich Gemach' vindt men vanaf de 15de en vooral de 16de eeuw veelvuldig als aanduiding van het vertrek en de zitplaats (de 'gemak'-stoel) bestemd voor de ontlasting (Cabanès 1908, Feldhaus 1921, Ariès & Duby 1985).

In deze verschuiving in het stoelganggedrag past de uitvinding van het watercloset. In 1449 construeerde Thomas Brightfield in Londen een stenen wc met regenwater-spoeling. Het moet een ingenieuze constructie zijn geweest; de maker bleek echter zijn tijd ver vooruit: het voorbeeld vond pas anderhalve eeuw later navolging (Palmer, 1977).

Het duurde tot in het begin van de 16de eeuw voor zich een meer algemene

privatisering van toiletgedrag voltrok. Zo werd in 1513 in Parijs verordend dat elke woning zijn 'huisje' moest hebben. In 1539 werd dienaangaande een belangrijk edict uitgevaardigd door Frans I, gevolgd door talrijke verordeningen van de plaatselijke overheid. In Engeland namen Hendrik VIII (1544) en Eduard VI (1549) maatregelen van gelijke strekking (Feldhaus 1921, Palmer 1977, Laporte 1978).

Dergelijke verordeningen zijn niet alleen belangrijk uit hygiënisch oogpunt, namelijk als maatregelen ter bevordering van orde en reinheid in een samenleving die steeds meer als verontreinigd, besmettelijk en ziekteverwekkend werd ervaren. Zij zijn eveneens van betekenis als aanwijzing voor het verdwijnen van de ontlasting uit het openbare leven. De stoelgang wordt een privé-aangelegenheid, iets dat in afzondering, 'withdrawn from public life', dient te geschieden.

1.4 Verschuiving van de schaamtegrens

Geheel in overeenstemming met het bovenstaande is het verschijnen in deze zelfde tijd, namelijk in 1530, van Erasmus' bekende 'De civilitate morum puerilium' - bekend tot op heden toe onder meer door de cultuursociologische analyse door Elias (1982) van dit soort gedrags- en etiquetteboekjes. In dit wellevendheidsboekje behandelt Erasmus een aantal menselijke verrichtingen, waaronder die met betrekking tot de uitscheiding. Naar hedendaagse smaak spreekt Erasmus daarin wel erg openhartig over zaken die tegenwoordig niet of in bedekte termen worden aangeroerd. Toch was het zijn bedoeling bij de lezers juist schaamte en gêne op te wekken. Zijn boekje betekent een aanzienlijk oprukken van de schaamtegrens. Wel was het in vele opzichten een regelrechte voortzetting van de middeleeuwse traditie wat betreft onbevangenheid. Zo geeft Erasmus wat betreft het laten van winden aan dat het voor de gezondheid beter is een wind met lawaai te laten dan hem te onderdrukken of op te houden. Maar tegelijkertijd kondigt zich op onmiskenbare wijze iets nieuws aan: het verschijnen van dit boekje markeert het ontstaan van een *savoir-vivre*, een gedrag als uiting van beschaving, een wellevendheid (*civilité*) die hoffelijkheid (*courtoisie*) als etiquette-ideaal, representatief voor de ridderlijk-feodale hoofsheid, gaandeweg naar de achtergrond verdrong. In de 16de eeuw raakt deze hoffelijkheid bij de bovenlaag in onbruik, terwijl het wellevendheidsideaal toeneemt en in de 17de eeuw, althans in Frankrijk, tenslotte de overhand krijgt. Deze verschuiving is aanwijsbaar in gedragsveranderingen (Elias, 1982).

Een volgende fase in de verschuiving van de schaamtegrens wordt gemarkeerd door het etiquetteboek 'Galateo' van Giovanni della Casa (1558). Uit dit werk blijkt, volgens Elias, hoe bij menselijke verrichtingen als de stoelgang de positieve lustcomponenten steeds sterker sociaal onderdrukt worden in samenhang met toenemende angst. Nauwkeuriger gezegd: de positieve lustcomponenten werden 'geprivatiseerd', voorbehouden voor de binnenwereld van het individu, voor de sfeer van de heimelijkheid, terwijl de negatief geladen affecten als onlust, afschuw en 'pijnlijkheid' in stand werden gehouden, zo niet versterkt.

Uit hetzelfde jaar waarin Sir John Harington zijn revolutionaire toilet met waterspoe-ling uitvond, namelijk 1589, dateert de 'Braunschweigische Hofordnung' met daarin

het verbod zich te ontlasten op de wenteltrappen, op andere trappen, in gangen en vertrekken.

Met de ontlasting wordt het gehele gedrag betreffende de stoelgang hoe langer hoe meer uit de openbaarheid verdreven en geïsoleerd in de 'kleinste kamer'. In 1619 stelt Weste in zijn 'Booke of Demeanor and the Allowance and Disallowance of certaine Misdemeanors in Companie', dat hoorbaar een wind laten in verlegenheid brengt. De wind wordt verwezen naar de schelmenroman: in 1651 verschijnt de 'Roman Comique' van Scarron. Ook op de flatus komt een taboe te rusten, slechts doorbroken bij carnaval: 'La défense du pet; pour le Galant du carnaval' (1652, cit. Engelsch, 1928):

Si pour en pet fait par hasard,
Votre coeur, ou j'ai tant de part,
Pour jamais de moi se retire,
Voulez-vous que Dorenavant
Vous me donniez sujet de dire
Que vous changez au moindre vent?

Wanneer de overheid via verordeningen dan wel de wellevendheidsboekjes via etikettevoorschriften dwingende eisen stellen, betekent dit vaak dat de maatschappelijke realiteit nog afwijkt van het beoogde ideaal. Uit de correspondentie van de hertogin van Orléans blijkt dat rond 1694 Parijzenaars zich nog in de straten van de stad ontlastten. Overigens ziet zij zichzelf daartoe ook gedwongen. Op 9 oktober 1694 schrijft de hertogin vanuit Fontainebleau aan de keurvorstin van Hannover:

U bent zo gelukkig te kunnen poepen wanneer u wenst, welnu poep verdomme naar hartelust! (...) Voor ons behoort zulks hier niet tot de mogelijkheden; ik zie mij verplicht mijn drol tot de avond op te houden. In de huizen aan de kant van het bos is geen wrijfplaats (frottoir) aangebracht. In zo'n woning jammer genoeg heb ik onderdak gevonden, zodat ik helaas buiten moet gaan poepen; hetgeen me ontstemt, want ik houd ervan op mijn gemak te poepen zonder met mijn gat ergens op te rusten. Daarenboven ziet iedereen ons poepen; er komen mannen en vrouwen voorbij, jongens en meisjes, geestelijken en Zwitsers (...) Waaruit weer blijkt dat voor niets de zon opgaat. Als er niet gepoept moest worden, zou ik me te Fontainebleau bevinden als een vis in het water. (cit. Laporte 1978, vert. HvdB)

Deze brief is opmerkelijk. De Palentijnse prinses beschikt niet over een privaat. Voor haar ontlasting moet zij naar buiten, en dat is nogal ongemakkelijk. Maar niet alleen mist zij node de 'retrait où l'on se sent à l'aise', maar 'daarenboven ziet iedereen ons poepen'. Ontlastend zien en gezien worden blijken dus nu, althans voor haar en voor degene met wie zij correspondeerde, gebonden aan gevoelens van gêne en schaamte.

Nog rond 1700 ontlast de Zonnekoning zich ten overstaan van zijn hovelingen (Cabanès 1908, Feldhaus 1921). Aldus doet ook de hoge adel. Rond 1710 doet de Grand Dauphin nog hetzelfde, maar tijdens het gesprek wendt men hem discreet de rug toe. In 1729 benadrukt La Salle in 'Les Règles de la Bienséance et de la Civilité Chrétienne' de ondubbelzinnige eis alle natuurlijke verrichtingen aan andermans oog te onttrekken. Bij een volgende uitgave van dit boek in 1774 blijken gedetailleerde beschrijvingen van de natuurlijke verrichtingen uit de desbetreffende passages geheel verdwenen. Rond deze zelfde tijd is sprake van een ware revolutie, met name in Engeland, in de toileettechniek, waardoor de feitelijke isolatie van de ontlasting en de daarmee verband

houdende reuken geperfectioneerd werd: Clive (1770-'74), Cumming (1775), Prosser (1777), Bramah (1778), Law (1796) (cf. Palmer, 1977).

De 18de eeuw is, wat sanitaire behoeften betreft, de eeuw van de bedekte termen en eufemismen. Men sprak van 'een zekere behoefte', waaraan men voldeed op 'een zekere plaats'. Men ging, wanneer men tot het personeel behoorde, de tuin in 'om een roosje te plukken'; of men maakte, als men tot de gegoeden behoorde, gebruik van de gemakstoel, die in de tweede helft van deze eeuw onzichtbaar werd ingebouwd in modieuze slaapkamermeubilair, de 'conveniences'. Voor 'chaise percée' ontstonden er verhullende synoniemen als chaise d'affaires, chaire pertuisée, chayère de retrait, chaise de propreté, chaise nécessaire, of eenvoudigweg 'selles'. Havards 'Dictionnaire de l'Ameublement' spreekt slechts over 'ce meuble odorant' (Wright, 1966), terwijl Parijse notarissen in boedelbeschrijvingen deze objecten als 'ne méritant pas estimation' vaak over het hoofd zagen (Pardailhé-Galabrun, 1988).

1.5 Een 'nieuwe intimiteit'

In de laatste decennia van de 18de eeuw werden de nieuwe vindingen op sanitair gebied zoals hierboven genoemd, geïntroduceerd in de overige landen van West-Europa. In het paleis van Versailles werden rondom 1770 'water-closets à l'Anglaise' geïnstalleerd. Lodewijk XVI en Marie-Antoinette waren aldus de eersten en de enigen die 'een nieuwe intimiteit' genoten: het voortschrijdende proces van privatisering van de ontlasting begon de stoelgang te maken tot 'monologue intérieur' (Corbin, 1982). Dit proces van privatisering viel samen met het begin van de strijd tegen de stank. Niet alleen in ziekenhuizen werden stank en rottende lucht bestreden, ook het graf werd geprivatiseerd. Nadat in 1780 voor het eerst eenpersoons ziekenhuisbedden werden voorgeschreven (Corbin, 1982), werden tegen het einde van de 18de eeuw ook graftomben geprivatiseerd, dus bestemd voor één persoon. In de middeleeuwen immers was het in de ziekenhuizen de gewoonte geweest verschillende zieken hetzelfde bed te laten delen. Alleen voor ernstig zieken gold, zoals in het Parijse Hôtel-Dieu, het voorschrift dat, voor zover mogelijk 'les griez malades chascun a part soy en ung lit' (Ariès & Duby, 1985).

Voldoen aan de natuurlijke behoeften zal doorgaans veel ongerief hebben veroorzaakt. In sommige gasthuizen aan kloosters verbonden was men van enig gemak voorzien. Het gastenverblijf in de abdij van Cluny telde evenveel latrinae als bedden (Cabanès, 1908). In het Hospitaal te Milaan werden in 1464 door de beroemde bouwmeester Pietro Averlino Filarete bijzondere toiletten aangebracht: tussen iedere twee bedden leidde een kleine deur naar een gewelfde nis met zitplaatsen voor de stoelgang, afwatering via open water en luchtverversing via gemetselde kokers (Feldhaus, 1921).

Maar de gang van zaken rond de ontlasting werd in vele ziekenhuizen als weinig bevorderlijk voor de gezondheid ervaren. De chirurg Tenon, die in het hierboven genoemde Hôtel-Dieu op koninklijk bevel een onderzoek omtrent de hygiënische omstandigheden verrichtte, rapporteerde in zijn 'Mémoires sur les hôpitaux de Paris' (1788):

De inhoud van de beddepannen werd dagelijks op de ziekenzalen overgegoten in grotere vaten. Daardoor, alsook vanwege de fecaliën die op de vloer vielen, was de lucht in die vertrekken infect.

De strozakken die verzadigd waren van de urine en excrementen van de zieken, werden om vier uur 's morgens geopend en de inhoud over de vloer uitgespreid. Gelijktijdig werden ook de vullingen van de andere matrassen geledigd. In plaats van de bevulde inhoud ter plekke te verbranden, voerde men het stro per kar naar het hospitaal Saint-Louis. De muren zijn bedekt met excreta, de vloer met fecaliën die uit de strozakken lekken of bij het led'igen van de beddepannen gemorst worden. De lucht op de ziekenzalen is dienovereenkomstig. (cit. Feldhaus 1921, vert. HvdB)

In de laatste decennia van de 18de eeuw ging men dan ook strategieën ontwikkelen om de samenleving te 'ontwalmen': 'les stratégies de la désodorisation de l'espace publique' (Corbin, 1982). Uiteenhalen en verspreiden van té dicht op elkaar levende mensen was een van die strategieën, die zich met name concentreerde op het individuele bed.

Het eigen, persoonlijke bed betekende mede het einde van het delen van elkaars uitwasemingen en lichaamsgeuren. De voortgaande privatisering zou, in de 19de eeuw, leiden tot de eigen, privé-slaapkamer.

De ziekenhuizen blijken bij het vaststellen van de nieuwe hygiënische normen een trendsettende rol te hebben gespeeld. Daar immers begon het individuele bed als persoonlijk territorium. Het Hôtel-Dieu te Lyon schreef, aldus Corbin (1982) in 1780 als eerste ziekenhuis het individuele ziekenhuisbed voor. Dertien jaar later werd dit voorschrift door de Conventie dwingend opgelegd, als logische toepassing van de Déclaration des droits de l'homme et du citoyen (1789): een associatie met mensenrechten die ons heden ten dage op zijn minst verbaast.

1.6 Begrenzing van privacygevoeligheid

Het proces van privatisering niet alleen van het bed maar ook van de ontlasting, versneld ten tijde van de Franse Revolutie, treedt in de 19de eeuw in een fase van relatieve consolidering. Gevoelingsgrenzen worden gaandeweg daar gelegd waar onze huidige maatschappij deze nog steeds onderkent en erkent. De ontwikkeling en toepassing van gedragsregels of -verwachtingen met betrekking tot de uitscheiding, in voorafgaande perioden begonnen in de hoogste klassen van de maatschappij, zetten zich voort tot in bredere lagen van de bevolking.

Een semi-privatisering vindt plaats in de grote Parijse woonhuizen, waar families met de huisdeur op dezelfde overloop van een en hetzelfde toilet gebruik gingen maken. Gaandeweg wordt de stoelgang nu zozeer privé-aangelegenheid, dat per familie, per gezin de uitscheiding steeds meer plaats vindt op het eigen 'privaat'. Rond het midden van de 19de eeuw worden op grote schaal in woonhuizen nieuwe toiletten aangebracht, eerst bij de bourgeoisie, vervolgens ook in de arbeiderswijken. De snelle ontwikkeling van de privacy in alle bevolkingslagen verloopt hand in hand met de bescherming die men zoekt tegen het vuil en de stank van de anderen, 'à réussir une familiarisation approximative de la merde' (Corbin, 1982).

Tijdens de laatste decennia van de 19de eeuw worden openbare toiletten van schotten voorzien ('Schamwände', Gleichmann 1979), eerst de zit-wc's, vervolgens ook de

urinoirs. De mens, of althans de betreffende organen, worden bij de uitscheiding aan het oog onttrokken. Tezelfdertijd wordt het onderscheid en de scheiding tussen mannen- en vrouwentoiletten, ingevoerd sinds 1739 (Wright, 1966), verder doorgevoerd, tot en met aanpassing van het sanitair aan de mannelijke en vrouwelijke anatomie (Gleichmann, 1979).

Het terugdringen van de ontlasting uit de openbaarheid naar de private sfeer verloopt parallel aan de privatisering van het lichaam met zijn uitscheiding van stoffen en geuren. Vanaf de tweede helft van de 19de eeuw worden individuele kamers, met name slaapkamers, steeds meer gebruikelijk. Deze privatisering door middel van het persoonlijke vertrek kreeg hoge prioriteit onder de kleine burgerij ('devient une exigence commune au sein de la petite bourgeoisie') in een tijd dat in de ziekenhuizen het individuele bed nog lang niet overal was ingevoerd (Corbin, 1982).

Een belangrijke stap voorwaarts op sanitair gebied betrof tegen het einde van de 19de eeuw de ontwikkeling van spoelsystemen en andere technieken om de fecale materie te isoleren en reukloos af te voeren. Na een latentieperiode van bijna twee eeuwen sinds de uitvinding door Sir John Harington van de eerste wc, dat wil zeggen toilet met waterspoeling, volgen nu diverse varianten daarvan elkaar opvallend snel op: de Aërth Closet van Henry Moule (1860), de Optimus Improved Valve Closet van Heyller (1870), J.R. Mann's Syphonic Closet (1870), Jennings's Pedestal Vase (1884), het vlakspoeltoilet Unitas van Twyford (1885), en de diepspoeler van D.T. Bostel (1889) (cf. Wright 1966, Roding 1986, Parent 1987).

In de eerste helft van de 20ste eeuw zet zich het privatiseringsproces voort gezien de wijze van herindeling en herschikking van woon- en leefruimten, zowel binnen- als buitenshuis. Hoewel niet in alle lagen van de bevolking in gelijke mate en gelijk tempo, noch ten aanzien van dezelfde aspecten van het menselijk leven of dezelfde verrichtingen, wordt privacygevoeligheid steeds meer maatgevend voor de inrichting van het leefmilieu. In arbeiderswijken blijft de gemeenschappelijke wc op binnenplaats of overloop het langst in gebruik. Zo blijken in Frankrijk vele toiletten waarvan verschillende gezinnen zich bedienen tot na de Tweede Wereldoorlog in functie. Dit overigens gaandeweg meer als uitzondering dan als regel, gezien het feit dat in 1973 nog 70%, in 1982 reeds 85% van de gezinnen een eigen toilet binnenshuis gebruikt (Ariès & Duby, 1987). In de huidige nieuwbouw van eengezinswoningen lijkt één toilet per verdieping de norm.

In de voortgang in de sanitaire techniek is een afspiegeling te zien van de voortschrijding van de privatisering van de stoelgang. In de jaren tussen de wereldoorlogen wordt geprobeerd de wc zo geruisloos mogelijk te maken door een goede isolatie van de wanden en door afschaffing van de hooggeplaatste stortbak. Hinderlijke geluiden, die onaangename associaties konden oproepen werden zo tegengegaan. In de bouwvoorschriften van overheidswege werd het om hygiënische redenen verboden badkamer of toilet rechtstreeks vanuit woonruimte of keuken toegankelijk te maken (Roding, 1986).

De herschikking van leefruimten gaat niet ongemerkt aan het ziekenhuis voorbij. Nadat in de loop van de 19de eeuw het gemeenschappelijke ziekenhuisbed heeft plaatsgemaakt voor het individuele, blijkt in de tweede helft van de 20ste eeuw de gemeenschappelijke ziekenzaal 'onverdraagbaar en wreed, alleen nog goed voor daklozen': 'elle constitue pour nos contemporains, habitués à avoir leur propre chambre

et qu'angoisse la maladie, une sorte d'archaïsme barbare et inhumain' (Prost, in: Ariès & Duby, 1987).

De grote ziekenzalen van de oudere ziekenhuizen worden dan ook sinds enkele decennia omgebouwd tot verpleegafdelingen met kamers voor enkele personen, met eigen toiletaccommodatie. Deze meer persoonlijke ziekenkamers herbergen patiënten bij wie een civilisatieproces van eeuwen niet alleen hun leefpatroon heeft gemodelleerd, maar ook het toiletgedrag. De naoorlogse tendens van toilet- en badkamervermenigvuldiging in de woningbouw zet ook in de ziekenhuisbouw steeds verder door. Het lijkt er bijna op dat het beddescherp op de ziekenzaal vervangen raakt door de deur en muur van de ziekenkamer.

1.7 Discussie en samenvatting

1.7.1 De privacy van de patiënt, terecht gevaloriseerd door de verpleegkundige professie, is als resultante te zien van een eeuwenlang civilisatieproces.

Een van de exponenten van dit civilisatieproces vormt de terugdringing van de stoelgang vanuit het openbare leven naar de privésfeer. De stoelgang is geworden tot een strikte privé-aangelegenheid; het haakje op de wc of het draaiende schijfje met de woorden 'belet' of 'bezet' zijn in dit verband illustratief.

In dit beschavingsproces zijn bepaalde gebeurtenissen en voorvallen aan te merken als tussentijdse markeringen van bepaalde perioden. Ten aanzien van de ontlasting blijken deze markeringspunten aanwijsbaar met behulp van incidenten zoals de verschijning van wellevendheidsvoorschriften en wettelijke verordeningen. Parallel daarmee loopt de ontwikkeling van de sanitaire techniek. Wie de geschiedenis van etiquette, van wet- en regelgeving, alsook van de sanitaire techniek overziet, zal opmerken dat het civilisatieproces ten aanzien van de stoelgang een eenduidige richting vertoont, parallel aan Elias' beschrijving van het civilisatieproces in zijn totaliteit.

Hoewel eenduidig van richting, vertoont het privatiseringsproces rond de stoelgang differentiatie in tempo naar plaats en sociale klasse. Deze ontwikkeling heeft niet overal in Europa hetzelfde tempo gevolgd. Aspecten van stoelganggedrag die in een bepaalde periode in bepaalde landen (nog) acceptabel zijn, blijken elders (reeds) over de sociale 'pijnlijkheidsgrens', in de betekenis zoals gebruikt door Elias, te gaan.

Vervolgens blijken gedragsregels evenals de 'pijnlijkheidsgrens' waarvan de regels getuigen - progressief van kracht binnen de verschillende lagen van de bevolking, te beginnen bij de bovenste lagen, de leidende klassen, en vervolgens afdalend tot de onderste lagen van de maatschappij. Hoewel al in 1710 de kroonprins van Frankrijk de rug wordt toegewend als deze zich tijdens het gesprek ontlast, en in 1729 een invloedrijk etiquetteboek voorschrijft de stoelgang aan het oog te onttrekken, hebben tegen het einde van die eeuw de gewone Parijzenaars nog de gewoonte openlijk te defeceren in de straten van de stad en in de lanen rond het paleis van Versailles.

Tenslotte lijkt behalve ten aanzien van de ontlasting, enige verscheidenheid zichtbaar in het civilisatieproces met betrekking tot een aantal andere menselijke verrichtingen. Privatisering heeft plaatsgevonden niet alleen van de uitscheiding, maar ook - in relatie daarmee, zoals uit het bovenstaande blijkt - van bedgedrag, zowel ten aanzien van het

genieten van nachtrust als van erotiek en seksualiteit, en van het menselijke (mannelijke maar vooral vrouwelijke) naakte lichaam, alsmede van lichamelijke hygiëne.

Pijnlijkeheidsgrenzen werden dus getrokken ten aanzien van de stoelgang. De civilisatietheorie van Elias (1982), beschreven aan de hand van samenlevingsaspecten zoals geweldsmonopolisering, staatsvorming en menselijke verrichtingen als eten, spuwen, neus snuiten, is ook op de privatisering rond de stoelgang toepasbaar.

Gedragsveranderingen ten aanzien van de stoelgang worden door Elias (1982) beschreven als het steeds verder oprukken van schaamtegrens of pijnlijkeheidsgrensp, een proces van toenemende beheersing van impulsen, van beteugeling van primaire hartstochten, van steeds meer remmingen met betrekking tot spontane driftuitingen. Als *verklaring* van dit hele proces wijst Elias in de eerste plaats naar het proces van staatsvorming en geweldsmonopolisering dat zich tijdens de middeleeuwen in West-Europa voltrok. In de loop van dit proces, en ongetwijfeld onder invloed ervan, onderging de levenswijze van de adel veranderingen. Hovelingen waren meer en meer van elkaar afhankelijk; levensvoorwaarde bleek het vermogen agressieve impulsen te beheersen, althans ze niet via fysiek geweld te uiten. Geweld als individuele machtsbasis werd steeds meer vervangen door goede manieren (cf. de etiquetteliteratuur) en een overwicht door middel van beschaving.

Naast deze veranderende leefwijze noemt Elias de toenemende distinctiezucht van de adel, evenals een zekere 'democratisering' van de samenleving sinds de Franse Revolutie, in de 19de en 20ste eeuw. Deze laatste factor bevorderde een verregaande verbreiding van het civilisatieproces over grote groepen in de samenleving, evenals een sterkere integratie van de beschavingsnormen in de persoonlijkheid.

1.7.2 Diverse historici, van Robert Favre tot Jacques Guillerme en van Michel Foucault tot Bruno Fortier, aldus Corbin (1982), zijn het erover eens dat het ziekenhuis een bepalende rol ('le rôle déterminant') heeft gespeeld in het tot stand komen van de nieuwe normen, met name wat betreft privatisering van de basisbehoeften. In het ziekenhuis krijgt het individuele bed, eenmaal ingevoerd in Frankrijk als logische toepassing van de Rechten van de Mens en van de Burger (1793), betekenis als individueel territorium. De revolutionaire rol van het ziekenhuis blijkt overigens beperkt: het aparte toilet per ziekenkamer werd op verpleegafdelingen niet op enigszins uitgebreide schaal ingevoerd vóór het midden van de 20ste eeuw, lang dus nadat in de Westeuropese samenleving het individuele gezin kon beschikken over de eigen wc.

In het ziekenhuis is de verschuiving van de schaamtegrens herkenbaar, waarbij dus soms een voorsprong, soms een achterstand op het leven buiten de ziekenhuismuren zichtbaar wordt. Is het ziekenhuis daarmee een plaats waar 'pijnlijkeheidsgrenspen' ver, zo niet het verst kunnen worden opgetrokken? Zo ja, bestaan er gronden waarop verwachtingen met betrekking tot de toekomst geformuleerd kunnen worden?

Eenzijds staat de verpleegafdeling bekend als de plaats waar publieke conventies aan kracht verliezen, soms zelfs geheel of gedeeltelijk overboord worden gezet. De patiënt, geconfronteerd met vaak wezenlijke vragen die worden opgeroepen door existentiële angsten en/of levensbedreigende situaties, zal snel geneigd zijn af te zien van als overbodig ervaren wellevendheidsvoorschriften.

Anderzijds blijkt uit literatuur en theoretisch onderzoek, dat ziekzijn een situatie is

waarin de mens bij uitstek geïsoleerd en vervreemd kan raken (Bremer, 1972). Ziekte vereenzaamt (Van der Bruggen, 1976, 1987). De zieke mens zal, teruggeworpen op zichzelf, zich wellicht juist vastklampen aan de omgeving, de samenleving met zijn verwachtingen ten aanzien van het ziekzijn als bestaanswijze: verwachtingen waarmee gedragsregels verbonden zijn.

Met andere woorden: er zijn zowel redenen om aan te nemen dat in het ziekenhuis de 'pijnlijksdrempel' voor patiënten ten opzichte van de stoelgang lager zal zijn, evenals redenen om te veronderstellen dat deze hoger zal zijn dan in de normale situatie thuis. Beantwoording van de vraag naar het hoe, waar en waarom van deze differentiatie behoeft nader onderzoek.

1.7.3 Privacy in de huidige betekenis van persoonlijke levenssfeer gaat terug tot de negentiende eeuw, toen menselijke verrichtingen als de stoelgang voor grote delen van de bevolking helemaal tot de persoonlijke levenssfeer zijn gaan behoren. Pas in het midden van de twintigste eeuw is het begrip praktisch relevant gebleken, namelijk op het gebied van architectuur en ruimtelijke ordening, samenlevings- en samenwerkingsvormen en informatica.

Langs de boven gegeven historische lijnen blijken de grenzen aan wat thans privacy heet in de loop der tijden van aard en bereik te veranderen. Ten aanzien van de inhoud van het begrip privacy zijn op face-value een aantal aspecten te onderkennen. Het begrip privacy heeft connotaties als privé, particulier, persoonlijk. Het roept associaties op met teruggetrokken, ongehinderd alleen, niet toegankelijk voor vreemden, eigen, behorende tot mijzelf: privacy in de betekenis van persoonlijke levenssfeer. Het is de levenssfeer waarin intieme handelingen worden verricht, ideeën en wensen worden gekoesterd, herinneringen worden bewaard - allemaal dingen waartoe onbevoegden geen toegang hebben.

Privacy appelleert aan een teruggetrokken, veilige plaats. Maar evenzeer houdt het intimiteit in: teruggetrokken zijn in zichzelf.

Privacy heeft ook een juridische, (privaat)rechtelijke betekenis: recht op een eigen, persoonlijk terrein, het recht om alleen te zijn, om met rust gelaten te worden, om de beschikking te hebben en te houden over de gegevens betreffende de eigen persoon. Kortom: recht op privacy.

Ook bescherming kan worden aangemerkt als een element van het begrippenkader van privacy. Deze bescherming kan zowel van materiële als van immateriële aard zijn, namelijk 'als door een onzichtbare muur', zoals Elias de scheidswand noemt waarmee de moderne mens gescheiden is van de medemens ten opzichte van wie hij zich steeds minder overgeeft aan primaire opwallingen en spontane gevoelsuitingen.

Waar sprake is van bescherming, is er eveneens sprake van druk, agressie, dwang. Dwang bleek gelegen in verwachtingen van de medemens, waaraan men verondersteld wordt te voldoen op straffe van afkeuring, onderwaardering, vernedering en wel op straffe van een pijnlijke situatie, waarin men met zijn figuur geen raad weet, door de grond zou willen zakken, van schaamte. Of van gêne, als plaatsvervangende schaamte.

2 Privacy: begripsverheldering en consequenties voor de patiënt

2.1 Inleiding

Privacy, in de verpleegkunde sinds lange tijd gevaloriseerd, wordt, maatschappelijk gezien, vanaf 1970 in toenemende mate onderwerp van gesprek: 'Vóór 1970 wordt (in Nederland, HvdB) slechts sporadisch het begrip privacy genoemd en als het al gebeurt, dan is het onder verwijzing naar de situatie in de Verenigde Staten. In 1970 verandert dit beeld' (Holvast, 1986).

Opmerkelijk echter is dat patiënten, verplegenden en verzorgenden, en ziekenhuisbestuurders die privacy aan de orde stellen, elkaar daarover nauwelijks blijken te verstaan. Enerzijds zijn talrijke klachten over gebrek aan privacy van patiënten bekend uit (auto)biografisch werk van (ex-)patiënten en hun naaststaanden. Anderzijds blijken privacyregelingen, die momenteel op aanzienlijke schaal in ziekenhuizen worden geïntroduceerd, niet de beoogde belangstelling van de patiënten te wekken: 'Het is jammer dat er van de zijde van de patiënt zelf weinig belangstelling voor privacy is. Het is moeilijk om in een organisatie een goede inkleuring van privacybescherming te geven zonder dat de belanghebbenden daar regelmatig naar vragen' (Hildrink, 1986).

Wat door Holvast, in navolging van De Graaf (1977), wordt vastgesteld met betrekking tot privacy in het algemeen, blijkt in het bijzonder te gelden voor privacy in de gezondheidszorg: 'Noch uit het overzicht van de ontwikkeling in de Verenigde Staten, noch uit de situatie in Nederland wordt duidelijk wat onder het begrip privacy moet worden verstaan en wat nu precies die aantasting van privacy inhoudt' (Holvast, 1986).

Verheldering van het begrip privacy is de doelstelling van het deelonderzoek waarover in dit hoofdstuk wordt gerapporteerd. Conceptverheldering, dit wil zeggen de nauwkeurige omschrijving van de betekenis van woorden, die binnen een discipline - i.c. de verpleegkunde - een vaak impliciete, stilzwijgend geaccepteerde, en veelal diffuse betekenis hebben, staat de laatste decennia in het middelpunt van de verplegingswetenschappelijke belangstelling. Zowel in de directe verpleegkundige zorgverlening als in verpleegkundig wetenschappelijk onderzoek en het verpleegkunde-onderwijs alsook in het verpleegkundig management, voelen beroepsbeoefenaars behoefte aan een eenduidig en voor operationalisering geschikt begrippenkader (Norris 1982, Walker & Avant 1988).

Sinds de studies in het midden van de jaren vijftig over anxiety (Gregg, 1952), loneliness (Peplau, 1955), reassurance (Gregg, 1955), en andere in de verpleegkunde veel gebruikte begrippen zoals nausea and vomiting, thirst phenomenon and fluid

restriction, insomnia, tiredness and fatigue (cf. Norris, 1982), heeft conceptverheldering in de verpleegswetenschap zich ontwikkeld tot een beproefde strategie, met behulp waarvan wezenlijke karakteristieken van een bepaald concept worden geformuleerd en betekenisdimensies van het begrip worden vastgesteld. De strategie bestaat in de analyse van het gebruik van het gekozen woord zowel binnen als buiten de context van de eigen vakliteratuur (Walker & Avant, 1988). De literatuur met behulp waarvan werd getracht het concept privacy te verhelderen, werd enerzijds verkregen met behulp van computersearch aan de hand van het trefwoord 'privacy' in de medische en gedragswetenschappelijke vakliteratuur; anderzijds werden egodocumenten uit vakliteratuur en belletrie bij de begripsverheldering betrokken.

2.2 Privacy: een poging tot een begripsomschrijving

2.2.1 Afzondering en middelen daartoe

Een feitelijke, zeg een materiële afzondering blijkt een van de aspecten die in verband met privacy genoemd worden. Het woordenboek omschrijft privacy als 'gelegenheid om zich af te zonderen om storende invloeden van de buitenwereld te ontgaan' (Van Dale, 1984). De Oxford Dictionary (1978) noemt in dit verband seclusion, hetgeen afzondering, uitsluiting, eenzame plaats betekent. Het haakje op de wc-deur is een eenvoudig voorbeeld van beveiliging, zekerstelling van deze afzondering. Een patiënt in bed of op de po-stoel naar een apart vertrek rijden voor een ongestoorde stoelgang, behoort tot de maatregelen die de verpleegkundige kan nemen ter bescherming van iemands privacy.

Afzondering terwille van privacy wordt overigens niet alleen bereikt door middel van lokale isolatie. Privacy kan men genieten door een toestand van teruggetrokkenheid te creëren ('the state or condition of being withdrawn', *ibid.*), zelfs te midden van een mensenmassa. Men heeft zich dan als het ware in zichzelf of in anonimiteit teruggetrokken; verhulling van persoonlijke identiteit is een middel ter behoud van privacy.

Dit laatste overigens geldt slechts binnen bepaalde grenzen: midden tussen de mensen doet of laat men sommige dingen niet of juist wel, ook al voelt men zich geenszins bedreigd in zijn persoonlijke levenssfeer. Het menselijke gedrag wordt, ook in dergelijke situaties, bepaald door gewoonten, door stilzwijgende afspraken, door normen.

Zo is het gebruikelijk dat men andermans brieven niet leest. Geopende brieven laat men ongemoeid. Dank zij normen in de samenleving geniet persoonlijke correspondentie een hoge mate van privacy (cf. briefgeheim).

Eveneens gaat men een persoonlijk vertrek niet binnen zonder kloppen. Ontstaat er een situatie waarin 'kloppen fungeert als aankondiging van "Uit de weg. Daar kom ik aan"', dan wordt dit als een inbreuk op de privacy beschouwd:

Zelfs in zeer kleine hotels is meer privacy dan in het verpleeghuis waar ik zit. En dan bedoel ik nog niet eens dat de deur ieder ogenblik open gedaan kan worden door een verpleegster die de post gaat controleren: "Heeft u een brief uit San Francisco gekregen? Wat leuk. Heeft u kennissen in San Francisco?"
Kloppen betekent "Uit de weg. Daar kom ik aan".

's Zaterdagsmorgens ga ik in het bad. In de late uren des zaterdags-morgens is de kans dus groot, mij in ontklede toestand aan te treffen. Een jaar geleden gebeurde dat een nieuwe verpleegster. Zij wou gaan gillen, de aanstelster, maar bedacht nog net op tijd dat je zuster bent of niet, en vroeg toen of ik suiker in mijn yoghurt wilde. Ik vond dat keurig. (J.H. Donner, NRC-Handelsblad, 4 juli 1987)

Sommige dingen doet men niet, zoals naar binnen gaan bij iemand die baadt. Over het algemeen stoort men iemand niet bij intieme handelingen.

Afzondering ter bescherming van privacy wordt dus op twee manieren gerealiseerd, namelijk met behulp van materiële maatregelen en ook door te vertrouwen op gewoonten en gebruiken op basis van maatschappelijke en culturele normen. Deze tweedeling wordt in de literatuur over privacy teruggevonden, bijvoorbeeld in de onderscheiden definities van privacy. Zo verwijzen Foddy en Finighan (1980) enerzijds naar Ball (1975), Schwartz (1968) en Schenk (1972) welke 'have defined privacy as the ability to withdraw physically from others'. Anderzijds wijzen zij op McClemens (1976) '(who) suggests that privacy might best be regarded as "that area of a man's life which, in given circumstances, a reasonable man with an understanding of the needs of a community would think it wrong to invade"'.

Beide typen middelen ter privacybescherming waren ook onderwerp van research. Zo onderscheidt Kelvin (1973), onder verwijzing naar de 'environmental studies' van o.a. Proshansky, Ittelson en Rivlin (1970), twee categorieën onderzoeksthema's, namelijk 1. de studies over voor privacy belangrijke materiële omstandigheden, en 2. de studies die vooral de normen tot onderwerp hebben die van invloed zijn op privacy. Vanuit een aan de sociale psychologie ontleend theoretisch kader tracht Kelvin vervolgens duidelijkheid te scheppen omtrent het begrip privacy in relatie tot macht en normen.

Op diverse benaderingen of beschouwingswijzen van het verschijnsel privacy door verschillende disciplines zal in paragraaf 2.3.1 nader worden ingegaan.

2.2.2 Een zekere scheidswand

De boven beschreven twee categorieën privacy-beschermende maatregelen resulteren beide in een soort scheidswand tussen het individu dat privacy verlangt en zijn (sociale) omgeving. 'There are frontiers not artificially drawn, within men should be inviolable, these frontiers being defined in terms of rules so long and widely accepted that their observance has entered into the very conception of what it is to be a normal human being' (Sills, 1968). Een barrière dus, die niet kunstmatig is maar wordt opgeworpen door algemeen aanvaarde regels. Stillman (1978) spreekt van een persoonlijke ruimtebel die men om zich heen draagt.

Wat is de aard en functie van deze onzichtbare afscherming?

a. De genoemde scheidswand beschermt, namelijk tegen ongewenste bemoeienis van anderen. Nieuwsgierigheid kan hinderlijk zijn, dus ongewenst, ja zelfs ongezonder (cf. 'ongezonde nieuwsgierigheid'), evenals een opdringerige blik, aandacht of verregaande bemoeizucht.

Het aspect van ongestoordheid en bescherming van de persoonlijke levenssfeer is een kenmerk dat terugkomt in verschillende definities of omschrijvingen van privacy.

'Het ongehinderd (...) ergens kunnen vertoeven', zegt de Van Dale (1984), en dat 'ergens vertoeven' kan dan voorbehouden zijn aan de persoon 'alleen, in eigen kring, met een partner'. Privacy is 'the state or condition of being alone, undisturbed, or free from public attention, as a matter of choice or right' (Buchfield, 1982). Privacy, aldus Buchfield, is 'freedom from interference or intrusion' - dat wil zeggen van 'tussenkoms, bemoeiing, aantasting, storing, stoornis, last, hinder', respectievelijk 'indringing'.

b. Met het oog op de beschermende functie moet de scheidswand voldoende afsluitend, zij het niet per se absoluut ondoordringbaar zijn. De toegankelijkheid dient echter onder controle te staan van het individu dat naar eigen keuze anderen al of niet kan toelaten tot zijn privacyterritorium: 'We become what we are not only by establishing boundaries around ourselves but also by a periodic opening of these boundaries to nourishment, to learning, and to intimacy' (Simmel, 1971; cit. Altman, 1976). Altman (1976) bedient zich in deze dan ook van de analogie van de celmembraan 'whose boundary properties change in accord with the state of the external and internal environment'. De 'scheidswand' bewerkstelligt een isolatie die betrekkelijk is, want vrijwillig gezocht en vrijwillig opgeheven: 'Privacy may be defined as withdrawal from group, with at the same time ready access to it' (Park 1924). Privacy 'is a comfortable condition reflecting a desired degree of social retreat on the part of the person seeking it' (Schuster, 1976).

c. Tenslotte zij opgemerkt dat de 'scheidswand' als flexibel moet worden voorgesteld, namelijk:

- diachroon: doorlopend in de tijd, zowel betreffende groeperingen binnen de samenleving (zoals blijkt uit bijvoorbeeld de geschiedenis van het civilisatieproces, Elias 1982), als met betrekking tot het individu in zijn persoonlijke ontwikkeling;
- synchroon: privacy, de behoefte eraan en de bescherming ervan, kan zich terzelfder tijd op verschillende wijzen manifesteren ten aanzien van verschillende (groepen van) mensen;
- intra- en interindividueel variabel: voor een en dezelfde persoon kunnen verschillende facetten uit de persoonlijke levenssfeer in verschillende mate ten aanzien van verschillende personen privacygevoelig zijn.

2.2.3 Het object van privacy-bescherming

Met het oog op welk resultaat, welk gewenst voordeel wordt afzondering of een toestand van teruggetrokkenheid gezocht?

De 'ruimtebel' beschermt, en wel 'dat deel van het functioneren van een persoon dat zodanig met de individualiteit samenhangt, dat hij in beginsel geen ongewenste inmenging van en kennismaking door anderen hoeft te dulden' (Kuitenbrouwer, 1982).

Het is niet eenvoudig 'dat deel' van het persoonlijk functioneren nauwkeurig te benoemen gegeven de samenhang daarvan met de individualiteit. In de literatuur is sprake van die dimensie van de levenssfeer waarin de persoon de nodige vrijheid heeft zich te ontwikkelen en te ontplooiën. 'Privacy affords opportunity for the individual to reflect, to anticipate, to recast, and to originate' (Park, 1924). In het voor persoonlijke groei gewenste klimaat van autonomie (Friedlander, 1982), van vrijheid en creativiteit

wordt ongewenste inmenging, nieuwsgierigheid, opdringerigheid ervaren als remmend en hinderlijk, dus ongewenst. 'What is perhaps the dominant reason for seeking privacy, namely, the desire to be insulated from observation, is intimately related to motives of avoiding criticism, punishment, or the discomfort of feeling inhibited' (Sills, 1986).

De 'scheidswand' werd echter hierboven (§ 2.2.2,b) als permeabel en flexibel voorgesteld: naast afscherming van zichzelf heeft de mens voor de groei van zijn persoonlijkheid ook verkeer met de samenleving nodig.

Zoals gezegd: de betrekkelijke isolatie wordt vrijwillig gezocht en onderbroken - alles binnen de grenzen van het maatschappelijk acceptabele. Anderzijds kent de samenleving het individu dan wel het besloten gezelschap ook het recht, of het privilege, toe zich relatief af te zonderen. De mens heeft 'recht op privacy'.

Uit Donners beschrijving van zijn leefsituatie, voor zover hierboven geciteerd, krijgt men de indruk dat (minstens) twee dingen hem hinderen.

In de eerste plaats bemoeit een verpleegster zich met zijn sociale contacten i.c. zijn correspondentie. Inderdaad blijken in het maatschappelijk verkeer iemands sociale rollen onderwerp van privacy te kunnen zijn. Met wie iemand omgaat kan, evenals bijvoorbeeld zijn politieke voorkeur, inkomsten, leeftijd, religieuze overtuiging, iemands rol als seksueel partner, behoren tot de meer of minder strikt persoonlijke levenssfeer. Evenzo kan ook iemands rol als (ex-)patiënt of als familielid van een aan een stigmatiserende, bijvoorbeeld psychiatrische, ziekte lijdende patiënt behoren tot zijn/haar sfeer van de privacy.

In de tweede plaats wordt ongewild in ontklede toestand aangetroffen worden als inbreuk op de privacy ervaren. Dit geldt zelfs in medische situaties, zoals verwoord door een patiënte die tijdens een zaalvisite aan 'vier witte mensen' werd getoond:

(...) mijn borsten waar ik (...) bijna tien jaar lang problemen mee heb. (...) Twee totaal verlepte bloemen die warm en slap naar beneden hangen. (...) En dan sta ik daar, schaamrood op de kaken, hart in de keel, voor een front dat kijkt van mijn borsten naar mijn gezicht en terug. Nooit heb ik me meer opgelaten gevoeld dan op dat moment dat me uren lijkt te duren (NN, in: TvZ, 1984, blz. 278).

Privacy beschermt het naakte menselijke lichaam in het bijzonder voor zover het verwijst naar zaken waar een taboe op rust: seksuele activiteiten, maar ook de processen van de uitscheiding. Op deze en enige andere punten is de mens blijkbaar extra kwetsbaar.

De dimensie van de levenssfeer waarin het individu de nodige vrijheid heeft zich te ontwikkelen en te ontplooiën, is die sector van het zelf, waar, aldus Elias (1982), inferioriteitsgevoelens ten opzichte van de buitenwereld niet door middel van fysiek geweld noch met een ander soort verdediging kunnen worden afgewend. De zelfbescherming komt voort uit gevoelens van schaamte en gêne. De verschuiving van de 'pijnlijkheidsdrempel' is enerzijds te zien als een uiting van een afname van de directe angsten voor bedreiging of overweldiging door andere mensen, en anderzijds als van een versterking van de innerlijke angsten met de daarbij behorende afweer in de vorm van de dwang die de enkeling nu op zichzelf uitoefent.

Kortom: tot de dimensies van de met privacy te beschermen levenssfeer waarin het individu de nodige vrijheid behoeft zich te ontwikkelen en te ontplooiën, behoren in

feite: 1. bepaalde maatschappelijke rollen die iemand kan vervullen, en 2. bepaalde menselijke, fysieke, maar ook emotioneel geladen verrichtingen.

2.2.4 Inbreuk op privacy

Een verkenning van het verschijnsel privacy is slechts zinvol indien dit wordt geplaatst binnen de gehele context van het menselijke bestaan. In de dynamische menswereld-relatie is privacy aan verandering onderhevig, zich wijzigend van moment tot moment, van situatie tot situatie, van plaats tot plaats en van cultuur tot cultuur. Ziekzijn behoort tot de levensomstandigheden waarin aantasting van de persoonlijke levenssfeer anders ervaren kan worden dan onder gezonde omstandigheden. Een ziekenhuisopname daarenboven kan als extra privacy-bedreigend worden beleefd.

Wat als bedreigende inmenging ervaren kan worden, wordt duidelijk bij een analyse van verpleegsituaties waarin van privacy sprake is:

Wanneer zij twee verpleegsters tegen elkaar hoorde zeggen 'Nou, dat stonk daar toch' o.i.d., kramp zij helemaal in elkaar, bang dat ze haar ook vonden stinken. (NN, in: TvZ, 1985, blz. 136-137)

Ik sta weer op zaal en realiseer me dat de gordijnen geen muren zijn en dat iedereen alles heeft kunnen horen. Ik was blij dat er niet veel gesproken was over waar ik voor opgenomen ben, en gelukkig hadden medepatiënten niets kunnen zien. (NN, in: TvZ, 1984, blz. 278)

Zodra vier verpleegsters zich aan mij kwamen voorstellen terwijl één van jullie collega's bezig was mij te scheren. Geschoren worden is niet leuk; je onder die tijd voorstellen nog veel minder. (NN, in: TvZ, 1975, blz. 89)

Er kwam een leerling naar hem toe en vroeg hem of hij mee wilde gaan, omdat hij geschoren moest worden als voorbereiding op de operatie (...) Ik liep even mee naar de kamer en zag (...) drie zusters bij het bed. We schrokken allebei (...) Op een dergelijke intieme plaats geschoren worden door één persoon is al erg genoeg. (NN, in: TvZ, 1978, blz. 546)

De bedreigende inmenging kan gelegen zijn in de overschrijding van grenzen van respect. In de hierboven beschreven situaties - die met talloze andere uit de dagelijkse verpleegkundige beroepspraktijk aangevuld zouden kunnen worden - is sprake van inbreuk op de persoonlijke levenssfeer via respectievelijk de reuk, het gehoor, het gezicht en de tastzin, soms in onderlinge combinaties. Om deze reden kan dit soort inbreuk ook als 'zintuiglijke inbreuken' worden aangeduid (Stijnen, 1988).

Het zonder toestemming kennis nemen van intieme informatie omtrent iemand betreft in bovenbeschreven voorbeelden lichamelijke verrichtingen waarop een taboe rust, inclusief de daarbij betrokken lichaamsdelen. De inbreuk kan ook betrekking hebben op het omgaan met emoties of vertrouwelijkheden:

Heel veel goede herinneringen heb ik of hebben wij aan A., maar toch, het volslagen gebrek aan privacy is vreselijk en vaak dodelijk voor een vertrouwelijk gesprek. Als bezoek moest je je maar tot gemeenschappen bepalen, want je weet vaak niet wat je losmaakt en dat wilden wij onze moeder niet aandoen, zodat heel veel onder het mom van een grapje doorging, terwijl je allebei boordevol emoties zat. (NN, in: TvZ, 1985, blz. 136)

Ook het ongevraagd kennisnemen van informatie die op het eerste gezicht minder vertrouwelijk lijkt, kan door patiënten toch als inbreuk op de privacy worden beschouwd. Het is in dit verband opmerkelijk hoe in het professionele taalgebruik voor de verwerving van patiëntgegevens de uitdrukking 'anamnese *afnemen*' wordt gebezigd. Voor het Engelse vaktaalgebruik attendeert Friedlander (1982) terecht op het veelvuldige en kenmerkende van het gebruik van het woord 'taking' voor bepaalde medische en verpleegkundige handelingen: 'strangers are often *taking* things of the patient, such as taking the blood pressure, temperature, pulse - not *measuring*, but *taking*!'

Als andere vorm van bedreiging van of inbreuk op de privacy, in zekere zin het tegendeel van het eerder beschreven type, dient vermeld te worden het iemand ongewild opdringen van informatie dan wel iemand ongevraagd betrekken bij hem onbekende, of door hem ongewilde handelingen of situaties. Er is dan sprake van een opdringerige toenadering, bemoeizucht, té nadrukkelijke aanwezigheid van personen die men, met welke bedoelingen zij ook aanwezig zijn, het liefst zo ver mogelijk weg zou wensen.

Dit type van bedreiging of inbreuk kan zich uiten in woord, beeld en geschrift. Men denke aan de ongetwijfeld vaak goedbedoelde maar evengoed als té opdringerig ervaren 'goede raad' in geval van ziekten of ongeluk, relatie- en gezinsproblemen of andere levensvraagstukken. Of aan de stromen drukwerk die ons wekelijks komen melden waar wij onze vakanties dienen door te brengen, bij wie wij ons behoren te verzekeren, en in welke handen wij ons politieke lot dienen te leggen. 'Aan de persoon gerichte brievenbusreclame', of 'direct mail', bleek in het onderzoek van Holvast, Van Dijk & Schep (1989) een ernstiger aantasting van de privacy dan de invoering van het SoFi-nummer of dan onaangekondigd bezoek.

Het aandeel van woord, beeld en geschrift kan zich in dit geval overigens tot een minimum beperken. Alleen al de loutere aanwezigheid van iemand die een ander slechts lastig zou kunnen vallen, kan ervaren worden als inbreuk op de persoonlijke levenssfeer. In zijn al eerder geciteerde cursiefje geeft Donner daarvan twee voorbeelden:

Soms gaat de deur alleen open en dicht en laat een volkomen onbekende gestalte zien die 'Pardon' zegt. Dat zijn bezoekers van andere patiënten, die de weg niet weten. Maar dat is alles het ergste nog niet.

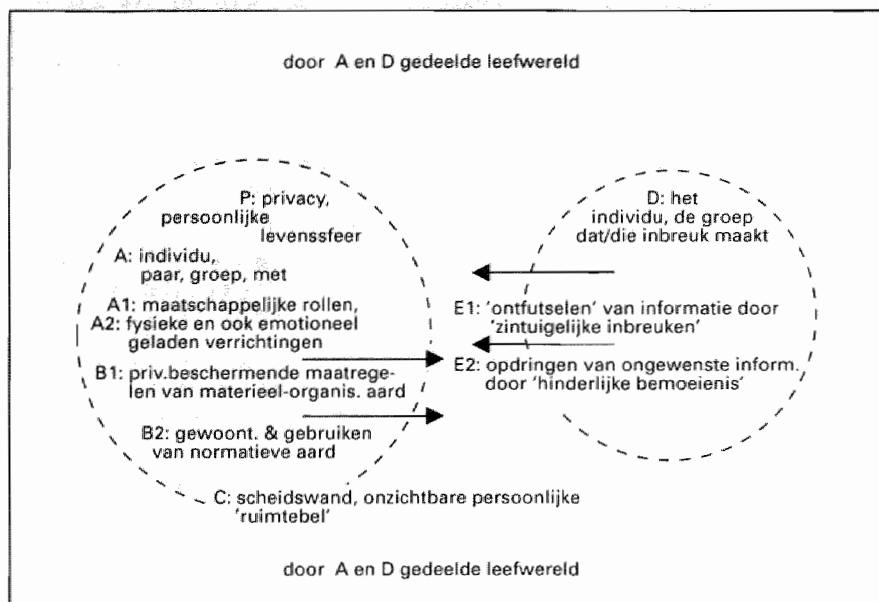
Zoals uit het laatste voorbeeld blijkt, kan men van de straat zonder meer naar mijn bed doorlopen, als men maar niemand aanspreekt. In mijn geval maken vooral krankzinnigen gebruik van die mogelijkheid. Dat is het allerergste.

Ik denk nu aan die jonge dame die ineens in mijn kamer stond. (...) Of aan die man die midden in de nacht het licht ontstak en naast mijn bed druk op mij begon in te praten, terwijl alles naar de alcohol rook. (...) (J.H. Donner, 1987)

Als twee verschillende vormen van bedreiging van of inbreuk op de privacy kunnen worden onderscheiden: 1. het zonder toestemming kennisnemen van persoonlijke, intieme informatie, waarbij in principe alle middelen kunnen worden aangewend die de zintuigen bieden ('zintuiglijke inbreuken'); en 2. het opdringen van ongewenste informatie, in woord, beeld of geschrift, of zelfs door iemands loutere ongewenste aanwezigheid ('hinderlijke bemoeienis' of 'opdringerige toenadering', Stijnen, 1988).

2.3 Privacy: een homoniem?

De aspecten die in verband met privacy onderscheiden kunnen worden, kunnen schematisch worden voorgesteld als in figuur 2.1.



Figuur 2.1 Aspecten van privacy

Mogelijkheden tot intiem gedrag tussen A en D, zoals door Friedlander (1982) uitgewerkt naar verschillende soorten van intermenselijke relaties, zijn in dit schema niet opgenomen.

Van Oomkes' 'procesmodel van communicatie' (1986) verschilt het schema hierin, dat slechts één rol lijkt toebedeeld aan A en D; beiden echter zijn, uiteraard, personen op wier privacy inbreuk kan worden gemaakt én die, wederzijds, op andermans privacy inbreuk kunnen maken.

Met Goffmans benadering van het fenomeen 'territory' (Goffman, 1971) heeft het schema gemeen, dat territory respectievelijk privacy worden opgevat als 'the good, the desired object', ter bescherming waarvan het individu een aantal maatregelen kan nemen. Op iemands privacy kan als intimiteitsterritorium door 'offenders' inbreuk worden gemaakt. Goffman noemt lichamelijke uitscheidingsprodukten van de een - faeces en urine, maar ook de wind en lichaamsgeuren - als bron van mogelijke inbreuk op het territorium van de ander. Zonder territory als louter ruimtelijk op te vatten, onderscheidt Goffman acht 'territories of the self' waaronder 'information preserve', de controle over de informatie betreffende de persoon zelf - die, aldus Goffman onder verwijzing naar Westin (1967), gewoonlijk doorgaat voor privacy.

Figuur 2.1 stelt op de eerste plaats in staat verschillende aspecten van het verschijnsel privacy te onderscheiden. Geconstateerd kan worden dat soms afzonderlijke aspecten van het begrip met de overkoepelende term privacy worden aangeduid. Het gebruik van het begrip privacy blijkt nu eens betrekking te hebben op het doel: een bepaald soort zelfbescherming, dan weer op de middelen i.c. strategieën en maatregelen om dit doel te bereiken. Evenzo blijkt men uitspraken te doen over privacy, wanneer in feite bedoeld wordt op de 'scheidswand'. De 'onzichtbare, persoonlijke ruimtebel' geeft echter wel het territorium van privacy aan maar niet het object privacy als zodanig. Evenmin is privacy gelijk aan 'de dimensies van de levenssfeer waarin het individu de nodige vrijheid heeft zich te ontplooiën.' Privacy *beschermt* juist dat 'deel van het functioneren van een persoon dat (volgens Kuitenbrouwer, 1982) zodanig met de individualiteit samenhangt, dat hij in beginsel geen ongewenste inmenging van en kennismaking door anderen hoeft te dulden'.

2.4 Aspecten van privacy

Uit de verkenning van het begrip blijken de volgende aspecten aan privacy te kunnen worden onderscheiden:

- a. De aanwezigheid van een beschermende sfeer om het individu (het paar, de groep), ter bescherming van een belangrijk, blijkbaar kwetsbaar gedeelte van het 'zelf', namelijk die dimensie van de levenssfeer waarbinnen het maatschappelijk verbod en de zelfdwang ten aanzien van een aantal menselijke, fysieke maar ook emotioneel geladen verrichtingen alsook van een aantal maatschappelijke rollen en posities niet gelden.
- b. De mogelijkheid zich ongestoord, in vrijheid en op creatieve wijze te ontplooiën, in relatie tot een soms als té opdringerig ervaren wereld.
- c. De al dan niet door de buitenwereld gerespecteerde bescherming wordt verkregen door vrijwillige isolatie die zelf gezocht en zelf opgeheven kan worden en die wordt bewerkstelligd door het nemen van (im)materiële maatregelen en door zich te beroepen op regels, gewoonten, normen.
- d. Het al dan niet erkende of geclaimde recht op of een privilege van isolatie.
- e. De maatregelen en het beroep op gebruiken ter privacybescherming hetzij passief (vermijden, zich afsluiten voor), hetzij actief (beheersing en hanteren van de situatie; controle).
- f. De maatregelen en het beroep op normen tegen de als bedreigende inmenging ervaren 'zintuiglijke inbreuken' (met behulp waarvan veelal intieme informatie aan de persoon wordt ontfutseld), alsook tegen opdringerige toenadering (met alle blootstellingen aan onwelkome informatie vandien).

Wat betreft de situering van privacy in deze studie binnen het kader van ziek-zijn en zorgverlening, zal de aandacht voornamelijk uitgaan naar gedragswetenschappelijke aspecten van privacy. Binnen laatstgenoemde optiek kan een globaal onderscheid worden aangebracht tussen enerzijds accenten op hetgeen mensen doen ter bescherming van hun privacy (B, verder uit te werken in § 2.4.1), en anderzijds de invloed van de omgeving op privacybescherming (C, nader bepaald in § 2.4.2).

2.4.1 Privacy als doel van handelen

Privacy als de beschermende sfeer rondom het individu is niet slechts het uiteindelijke resultaat van toevallige factoren in iemands leefwereld. Zoals bleek uit § 2.2.1, kan privacy actief verworven en gehandhaafd en beschermd worden, enerzijds met behulp van maatregelen van materieel-organisatorische aard (in fig. 2.1 aangeduid als B1), anderzijds door zich te verlaten op gewoonten en gebruiken van normatieve aard (B2 in fig. 2.1). Voor beide mogelijkheden blijken er aanknopingspunten in diverse gedrags-wetenschappelijke theorieën.

Ad B1: 'Maatregelen van materieel-organisatorische aard': Waar in bedoelde theorieën uitspraken worden gedaan over privacy, blijkt het accent te liggen op controle en keuzevrijheid (Brandeis, 1972). Enkele van de meest gangbare zijn de volgende:

In *developmental-learning theories* wordt, bijvoorbeeld door Ittelson, Proshansky, Rivlin & Winkel (1974), gesteld dat gevoelens van privacy en de maatregelen die men neemt ter bescherming ervan, door kinderen worden aangeleerd in de loop van de socialisatiefase. Belangrijk in deze optiek is het groeiende besef bij het kind, dat het controle kan uitoefenen op de processen van bescherming van en inbreuk op privacy.

In de *interpersonal theories*, waarvan Jourard (1971) en ook Altman (1975) gezien kunnen worden als belangrijke vertegenwoordigers, neemt het begrip 'self-disclosure' als contrasterende antipode van privacy een belangrijke plaats in: is privacy bescherming, een vorm van zelf-afdekken, self-disclosure is dan 'zelf-onthulling', het vrijgeven van kennis omtrent de eigen persoon.

Functional theories: in het werk van Proshansky, Ittelson & Rivlin (1974) is een aanzet gegeven tot een functionele, analytische benadering van privacy. Naar de mening van deze auteurs komt 'privacy genieten' overeen met kunnen beslissen wie al dan niet controle zal uitoefenen over ons gedrag. Deze keuzevrijheid werd door Johnson verder uitgewerkt, als 'those behaviors which enhance and maintain one's control over outcomes indirectly by controlling interactions with others' (1974).

Ondanks de nogal voluntaristische inkleuring van het begrip privacy in de genoemde theorieën, wordt daarin toch ook een zekere rol toebedeeld aan de omgeving. Als zodanig kan de *environmental psychology* gesitueerd worden tussen enerzijds de architectonische benadering met het absolute primaat van de omgeving (zie § 2.4.2), en anderzijds de symbolisch interactionistische benadering met het primaat van de tussen-menselijke betrekkingen (zie ad B2, hieronder).

Ad B2: Gewoonten en gebruiken van normatieve aard beschermen eveneens de persoonlijke levenssfeer, zodat privacy ook gedefinieerd of omschreven kan worden met behulp van normatieve constructies. Enkele gangbare theoretische benaderingen zijn de volgende:

In de *social-normative theories* wordt privacy gezien als gestructureerd en geïnstitutionaliseerd gedrag. Deze theoretische stellingname werd verder uitgewerkt door Schwartz (1968) en Kelvin (1973). Normen met betrekking tot privacy functioneren precies zoals normen betreffende ieder ander sociaal contact: zij stabiliseren de maatschappelijke orde, en wel op twee manieren. Enerzijds schrijven zij voor wat mensen behoren te doen in afzondering, anderzijds regelen zij wie mag beschikken

over welke informatie omtrent wie, en hoe daarmee moet worden omgegaan.

Het *symbolisch interactionisme* stelt dat normen, inclusief gedragsregels, door de samenleving worden gemaakt, en dus ook gewijzigd of door andere vervangen kunnen worden. In de uiteenzetting van Foddy & Finighan (1980) ligt het uitgangspunt in het 'zelf', gedefinieerd als 'the individual's perception of how others perceive and evaluate him'. Voorzover iemand zich erom bekommert hoe een ander tegenover hem staat, wil hij controle uitoefenen op de toegang tot (informatie over) hemzelf, omdat van die informatie die de ander over hem heeft afhangt welke identiteit hij heeft of geacht wordt te hebben - althans wanneer identiteit zoals door de betreffende auteurs wordt opgevat als 'an individual's idea of the type of person he wants to be in the eyes of others'. Dit leidt dan tot de omschrijving van privacy als 'the possession by an individual of control over information that would interfere with the acceptance of his claims for an identity within a specified role relationship' (Foddy & Finighan, 1980).

Over het algemeen geldt dat de hier genoemde theoretische benaderingen zelden als strikt van elkaar te onderscheiden scholen of stromingen zijn te beschouwen. Dit gebrek aan duidelijkheid omtrent theoretische fundering is een van de oorzaken van de conceptuele complexiteit die ten aanzien van privacy blijkt te bestaan.

2.4.2 Privacy als omgevingsfactor

In de benadering van privacy door de environmental psychology wordt expliciet belang gehecht aan beïnvloedende factoren vanuit de omgeving op privacybeleving. Het betreft dan materiële en architectonische gegevenheden, getuige studies over privacy in de meest uiteenlopende lokale settings, zoals de bibliotheek, de slaapzaal, school en kantoor, verschillende soorten woonwijken, het hotel, de kazerne en het ziekenhuis. In dit type onderzoek omtrent privacy wordt, aldus Archea (1977), de omgeving grotendeels gezien in termen van normatieve of symbolische kwaliteiten die er door de gebruikers of bewoners aan worden toegekend.

Voor architecten die zich beroepshalve met privacy bezig houden, vormt de omgeving 'a source of error which must be experimentally or statistically controlled in order to preserve the scientific integrity of behavioral constructs' (Archea, 1977). Deze opvatting impliceert, dat 'our task should be to reconceptualize the nature of the physical environment so that the relationship between it and human behavior can be fully elaborated' (Archea, 1977).

De 'scheidswand' of 'persoonlijke ruimtebel' (C) die verondersteld wordt ter privacybescherming, wordt in belangrijke mate tot stand gebracht en gehandhaafd door omgevingsfactoren, al of niet architectonisch vorm gegeven in ruimtelijke voorzieningen. Een dichte deur maakt het in principe mogelijk ongehinderd ontkleed rond te lopen. Het feit echter dat een deur, zoals bij Donner, 'ieder ogenblik opengedaan (kan) worden' door ongenoden, personeel en bezoekers, maakt hen tot potentiële indringers in die intimiteit. Helaas ontbreekt het de geïmmobiliseerde patiënt aan middelen de deur als privacybeschermer naar believen te hanteren...

De deur dient, volgens de analyse van Seligman (1982), als hulpmiddel om sociaal contact te initiëren, te handhaven, af te sluiten, of te vermijden - en ook, volgens Popken (1988), om dit contact te segmenteren. De deur, en ook het bedgordijn of het kamerscherm, is iemands hulpmiddel bij het reguleren van contacten en het kanaliseren van

informatiestromen. Deuren zijn soms efficiënte hulpmiddelen: zij hebben soms alleen aan de binnenkant deurknoppen, zij kunnen soms van binnenuit vergrendeld worden, de 'beheerder' van een deur kan het zelfgekozen isolement met een extra mededeling onderlijnen: bezet, belet, niet storen, geen toegang. De deur van de ziekenkamer blijkt vaak minder efficiënt als privacy-beschermer: de patiënt zelf is niet of nauwelijks in staat tot het beheer daarvan. Nog minder efficiënt is het scherm of het gordijn:

Ik sta weer op zaal en realiseer me dat de gordijnen geen muren zijn en dat iedereen alles heeft kunnen horen. Ik was blij dat er niet veel gesproken was over waar ik voor opgenomen ben, en gelukkig hadden medepatiënten niets kunnen zien. (NN, in: TvZ, 1984, blz. 278)

De deur illustreert de doorlatendheid van de 'scheidswand'; deze permeabiliteit houdt de mogelijkheid van communicatie open. Het individu heeft enerzijds contact ter informatie nodig, namelijk in het kader van de persoonlijke rust, creativiteit en groei. Anderzijds heeft het individu behoefte aan contact ter verstrekking van informatie. Uit beider hoofde vreest de patiënt soms het isolement dat kan ontstaan als de communicatie met de zorgverlener wegvalt. Voor sommige auteurs is de communicatie ter circulatie van informatie en de controle die het individu moet kunnen uitoefenen op deze circulatie, de kern van privacy. Privacy is dan 'the selective control of communication' (Bennett, 1967). En: 'Privacy is not simply an absence of information about us in the mind of others, rather it is the control we have over information about ourselves' (Fried 1968, cit. in Curtin 1981).

Anderen gaan hierin nog verder en spreken behalve over behoefte aan informatie liever over recht: 'the right of the individual to decide what information about himself should be communicated to others and under what conditions' (Westin, 1967), dat wil zeggen privacy als de aanspraak van individuen, groepen of instellingen zelf te bepalen wanneer, hoe en in welke omvang informatie over henzelf naar anderen wordt gecommuniceerd.

De aanknopingspunten ten aanzien van privacy-aspecten in diverse gedragswetenschappelijke theorieën zijn als volgt samen te vatten (Schema 2.1).

Hoewel, zoals uit het schema blijkt, omschrijvingen en definities van (aspecten van) privacy op sommige punten overeenkomst vertonen, ontbreekt het duidelijk aan één allesomvattend concept. Privacy wordt, in willekeurige volgorde, gezien als een 'legal-political prerogative' (Westin, 1967), of als een 'emotional state' (Bates, 1964), of ook als een 'informational outcome state between social actors resulting from selective communication' (Jourard, 1966).

Drie gedragswetenschappelijke oriëntaties op het fenomeen privacy kunnen worden onderscheiden:

1. Benaderingen waarbij de nadruk wordt gelegd op autonomie en keuzevrijheid. Kenmerkende definities in deze van privacy zijn 'a claim to immunity from intrusion or control by others' (Proshansky, Ittelson & Rivlin, 1970) en 'the ability to control the degree to which people and institutions encroach upon one's life' (Marshall, 1974).
2. De normatieve benadering, vooral gehanteerd vanuit de sociologie: privacy be-

Aspecten van privacy, onderscheiden in fig. 2.1	Theoretische oriëntaties	Nadruk op
B1: Maatregelen van materiële aard ter bescherming van de privacy	Environmental Psychology: Developmental-learning theory: Marshall, Proshansky, Rivlin, Ittelson Interpersonal theory: Jourard, Altman Functional theories: Johnson, Proshansky, Ittelson, Rivlin	autonomie, keuzevrijheid, controle van de situatie, privacy als tweezijdig proces
B2: Beroep op gewoonten en gebruiken van normatieve aard	Social-normative theory: Schwartz, Kelvin Symbolic interactionism: Foddy & Finighan	privacy als sociaal gedrag
C2: Het aspect van 'doorlaatbaarheid' van de 'persoonlijke ruimte'	Bouwkunde: Archea Communicatie-theorie: Jourard, Westin, Bennet, Curtin	privacy als resultaat van architectuur, circuleren van informatie en controle daarop
Multidimensionele benadering	Westin, Wilmoth, Proshansky, Ittelson, Rivlin	

Schema 2.1 Oriëntaties op Privacy

schermt het gedrag dat ofwel normatief neutraal is dan wel waaraan de samenleving als bij stilzwijgende afspraak waarden hecht.

3. Informatie-georiënteerde benadering, waarbij de nadruk ligt op de selectieve controle van de informatie over het persoonlijke 'zelf' (Jourard 1966, Westin 1967).

2.5 Conclusies en suggesties

2.5.1 Conceptuele vaagheid

Ter verklaring van het feit dat in de jaren zestig en zeventig over het fenomeen privacy weinig fundamentele publikaties beschikbaar waren, geeft Kelvin (1973) de volgende redenen:

1. Het woord privacy heeft in het gewone spraakgebruik iets sacraals; als zodanig rust er een taboe op dat zelf weer door privacy wordt beschermd.
2. Experimenteel onderzoek aangaande privacy wordt al gauw een inbreuk op privacy geacht.
3. Het concept privacy gaat vanuit experimenteel-wetenschappelijk oogpunt gebukt onder verregaande vaagheid.

De verkenning van het begrip privacy, zoals in deze studie ondernomen, maakt duidelijk dat van conceptuele vaagheid niet alleen sprake is op het niveau van het

normale, dagelijkse taalgebruik. In wetenschappelijke literatuur over aspecten van privacy in met name de gezondheidszorg wordt conceptuele vaagheid in de hand gewerkt door onvoldoende afbakening tussen min of meer aan elkaar verwante of analoge begrippen, als territorialiteit, personal space, intimiteit, secrecy, vertrouwelijkheid, autonomie.

Vervolgens wordt de conceptuele vaagheid mede veroorzaakt door het feit dat verscheidene wetenschappelijke disciplines privacy bestuderen binnen onderling vaak zeer verschillende theoretische kaders. Van nauwkeurig van elkaar te onderscheiden theoretische stromingen is geen sprake. In tegendeel, werk van sommige auteurs kan gevoeglijk worden gesitueerd binnen uiteenlopende benaderingen van het verschijnsel privacy. Complicerend daarbij is dat sommige schrijvers (Westin, Wilmoth) bewust opteren voor multidimensionele benaderingswijzen.

De gedragswetenschappelijke benaderingswijzen bleken globaal te kunnen worden teruggebracht tot drie te onderscheiden oriëntaties, welke elk afzonderlijk verschillende aspecten van het verschijnsel privacy als invalshoek bleken te nemen, gezien de nadruk op achtereenvolgens autonomie en keuzevrijheid, normen en waarden, en tenslotte selectieve controle van de informatie over het individu.

2.5.2 Privacy als pars pro toto

In de wetenschap die zich richt op het verplegen (waar men hoog opgeeft over de privacy van de patiënt) blijken de bijdragen aan de verheldering, analyse en operationalisering van het begrip privacy beperkt tot enkele studies (Schuster 1976, Bloch 1978, Rawnsley 1980, Stijnen 1988). Voor zover de verpleegkundige vakliteratuur zich met de privacy van de patiënt bezighoudt blijkt dan nog voornamelijk alleen de informatiedimensie aan de orde.

Een blik op de Nederlandstalige verpleegkundige vakliteratuur over de laatste vijftien jaren resulteert in de constatering dat in adviezen, nota's, commentaren en artikelen 'de privacy van de patiënt' zich goeddeels lijkt te beperken tot zorgvuldig omgaan met persoonsregistratie en databestanden (Schrik-van Bodegom 1980, De Waardt 1983, Aarts & Louwerse 1985, Aarts 1988). In het algemeen geldt de door sommige ziekenhuisbestuurders geuite klacht 'privacy leeft niet', behalve in deze beperkte, zeer specifieke betekenis van het woord die patiënten niet in eerste instantie aan deze term blijken te hechten.

2.5.3 Inbreuk op privacy invalshoek theoretische benadering?

Uit het privacymodel (fig. 2.1) waartoe de verkenning van het concept privacy heeft geleid, blijkt dat, bij het ontwerp van het theoretisch construct, over het algemeen genomen de persoon die de privacy ervaart als uitgangspunt of als invalshoek dient. Privacy wordt gekoppeld aan hetzij maatregelen die het individu neemt om zijn privacy te beschermen, hetzij aan normen waarop men zich beroept met het oog op hetzelfde resultaat, hetzij aan kenmerkende eigenschappen van de beschermende sfeer om het subject heen. Geen van de door ons gesignaleerde theoretische benaderingen zocht haar uitgangspunt bij degene die inbreuk op iemands privacy maakt (zie fig. 2.1 onder D), noch in een of enkele van diens storende gedragingen (idem, onder E1 en E2).

Toch zou het ontwerpen van een dergelijke theoretische benadering in overweging

genomen kunnen worden, met name vanuit verplegingswetenschap. Het proces van verplegen wordt immers veelal voorgesteld als een intermenselijk gebeuren, waaraan zorgverlener en zorgvrager beiden deelnemen, met eigen verantwoordelijkheden en eigen specifieke inbreng. Zowel de verpleegkundige als de patiënt kunnen daarbij de grenzen van elkaars persoonlijke levenssfeer geweld aandoen of zelfs overschrijden. Zowel de verpleegkundige als de patiënt kan veroorzaker en slachtoffer zijn van de verstoring van privacy.

In het kader van de hier bedoelde wederkerigheid behoeft confrontatie van zorgverleners met ziekteverschijnselen, mismaaktheid en handicaps stellig nader onderzoek. Daarbij speelt de vraag: in hoeverre wordt de confrontatie met een zwaar zieke, hevig lijdende, ernstig mismaakte patiënt ervaren als een inbreuk op de persoonlijke levenssfeer van zowel de zorgvrager als de zorgverlener? Mutatis mutandis speelt dezelfde vraag voor de confrontatie met een aantal lichamelijke functies die juist tot voor de eigen intimiteit van de patiënt voorbehouden beperkt dienen te blijven (zoals overgeven, sputum opgeven, zich ontlasten, menstruatie en erectie).

Wat deze laatste voorbeelden betreft kan zelfs gesteld worden dat het choquerende karakter eigen is aan confrontaties met bepaalde lichamelijke met name excretiefuncties, maar ook met de produkten daarvan. Onderstaande beschrijving door Hofland (1986) illustreert dit plastisch:

(...) De zwaarste, de meest weerzinwekkende onder de kleine invasies is de stank van (anderen). De onzichtbare muur van walgelijkheid waar je doorheen moet als je kort na je voorganger de wc binnenkomt, de latrines van de kazernes en de stations zogoed als het privaat van de directie waarheen je wordt verwezen om 'je handen te wassen'. Via de neus wordt het hele wezen belaagd, en hetzelfde gebeurt met je oor als je gedwongen bent, een wc te gebruiken die deel uitmaakt van een batterij, waarbij de schotten tussen de compartimenten niet tot het plafond reiken. (...)

Ze zijn in strijd met al onze moderne zorgen om wat we noemen de onaantastbaarheid van de persoonlijke levenssfeer. Maar wat de neus en oren kan overkomen, is gering vergeleken bij het allerbrutaalste wat soms de ogen te wachten staat: de aanblik van de drol van je voorganger op het witte porcelein. Dit is, dunkt mij, het gemeenste wat op dit gebied het netvlies kan raken. (...)

Het is opvallend, hoezeer beschrijvingen van het nemen van deze en dergelijke sensorische en emotionele horden door verpleegkundigen in hun dagelijkse werk ontbreken in de verpleegkundige literatuur.

3 Het normale defecatiepatroon

3.1 Inleiding

Wie zich in de gezondheidszorg buigt over het afwijkende, moet kunnen refereren aan het normale. Obstipatie, diarree en andere afwijkingen worden gedefinieerd in relatie tot het normale ontlastingspatroon (Connell e.a., 1965). Ook de diagnose betreffende pathologische processen wordt gesteld in vergelijking met de normale situatie, bijvoorbeeld de diagnose van het coloncarcinoom (Jones, 1976) of van het spastisch colon (Drossman e.a., 1982). Ook het effect van de therapie kan in veel gevallen slechts worden afgewogen in relatie tot een normale situatie: het effect van bijvoorbeeld voedingsvezels of van andere dieetmaatregelen kan nauwkeuriger worden bepaald indien het normale defecatiepatroon van patiënt of cliënt bekend is (Devroede, 1978).

In het algemeen, dat wil zeggen bij ziekenhuisopname zonder specifieke defecatieklachten, beoogt de verpleegkundige de zorgverlening te oriënteren op omstandigheden van de patiënt die als normaal aangeduid kunnen worden (Hunt & Marks-Maran, 1980). Het normale defecatiepatroon van de zorgvrager wordt bij diens opname op de verpleegafdeling genoteerd: verpleegproblemen omtrent de stoelgang zullen blijken uit een vergelijking tussen de situatie van de patiënt op de verpleegafdeling en diens normale defecatiepatroon.

De patiënt in het ziekenhuis dagelijks vragen of deze het afgelopen etmaal 'ontlasting heeft gehad' ('opened their bowels', 'est allé à la selle' - het betreft hier een internationaal gebruik), is een van de routinematige handelingen die doet vermoeden dat onder verpleegkundigen een gemeenschappelijk beeld bestaat omtrent een 'normaal defecatiepatroon'. Normaal voor een patiënt zou een dagelijkse stoelgang zijn; de kleur van de ontlasting moet (licht)bruin zijn, de geur 'over het algemeen niet sterk' (Van den Bergh-Braam, 1979); bij afwijkende kleur of geur moet de verpleegkundige de faeces van de patiënt bewaren ter nadere inspectie door de arts. Hetzelfde wordt gedaan bij afwijkende consistentie - ter registratie waarvan in de medische status of op de temperatuurlijst de zorgverleners beschikken over een geëigend notatiesysteem van verticale of min of meer overhellende streepjes en dito slingerijs.

3.2 Vraagstelling

Inzicht verkrijgen in het normale defecatiepatroon is dus gewenst vanuit de optiek van verpleegkundige diagnose en interventie.

De diagnose, in de letterlijke betekenis van het woord (διδά-γνωσκω = kennen doorheen uiterlijke tekenen), vindt plaats aan de hand van kenmerken die wat betreft het defecatiepatroon in ieder geval lichamelijk van aard zijn. De verpleegkundige diagnose is mogelijk vanwege hetgeen direct, concreet zichtbaar is aan het defecatiepatroon. 'De verpleegkundige heeft "toegang" tot de patiënt via het aspect van de lichamelijkheid' (Van der Bruggen, 1987).

Om deze reden wordt van het 'normale defecatiepatroon' in dit deelonderzoek met name de lijfelijke kant bestudeerd. De onderzoeksvraag luidt:

Hoe manifesteren zich in een gezonde populatie enkele humaan-biologische kenmerken van het 'normale defecatiepatroon'?

Daarbij wordt 'normaal' begrepen in de zin van het gewone, het alledaagse, het vanzelfsprekende, uiteindelijk als: het meest gebruikelijke, het meest voorkomende.

Het begrip normaal heeft, aldus Canguilhem (1966, 1975), globaal genomen twee betekenissen. Normaal is op de eerste plaats 'un fait capable de description par recensement statistique': het gemiddelde van een kenmerk van een soort, of een veelheid van individuen van de soort met gemiddeld dit kenmerk, eventueel met afwijkingen binnen een toelaatbaar geachte marge (Canguilhem, 1975).

'Normaal' in de tweede betekenis is 'un idéal, principe positif d'appréciation, au sens de prototype ou de forme parfaite' (Canguilhem, 1975). Deze tweede betekenis houdt uiteraard verband met de eerste betekenis van normaal: datgene wat statistisch gezien het meest blijkt voor te komen, kan tot ideaal, tot norm worden verheven. In deze zin wordt door sommigen één stoelgang per dag tot norm verheven, bijvoorbeeld door verplegenden en patiënten in de ziekenhuissituatie - wat leidde tot grote ongerustheid bij een van onze respondenten, die thuis gewend was één keer in de veertien dagen naar het toilet te gaan.

In een profielschets zullen die kenmerken van het ontlastingspatroon worden opgenomen die in het onderzoek het meest overeenkomstig de gemiddelden scoren. Daarbij moet overigens vermeden worden dat het normale in deze betekenis als absoluut normatief zou worden opgevat, waarnaast het zeldzame of het afwijkende als mislukking of uiteindelijk als absurd zou contrasteren.

3.3 Literatuurresearch

De stoelgang is een menselijke verrichting die plaatsvindt indien aan enkele voorwaarden van fysiologische aard is voldaan: spijsverteringskanaal, zenuw- en spierstelsel en bloedsomloop functioneren naar behoren. Resten van de voedselinname, gistings- en rottingsprodukten, afbraakprodukten van de gal (die de kleur geven aan de faeces), veel bacteriën en afscheidingsprodukten van de dikke darm (water, zouten en slijm), vormen

te zamen de faeces. Deze hopen zich op in de endeldarm en worden door krachtige spierbewegingen vandaar naar het rectum en vervolgens door de anus naar buiten gedreven. De uitscheiding vindt, globaal genomen, eenmaal per 24 uur plaats - met, voor sommigen, een marge van enkele keren daags tot een keer per week of zelfs per veertien dagen. De ontlasting vindt plaats onder omstandigheden waaraan althans de westerse mens bepaalde eisen stelt betreffende materiële voorzieningen, relatieve isolatie en hygiëne.

Het veronderstelde normale defecatiepatroon wordt in leerboeken verpleegkunde niet of zeer summier beschreven. Men beperkt zich meestal tot het gewicht van de faeces: 150-200 gram per 24-48 uur, 100-200 gram of 125-300 gram per dag, volgens achtereenvolgens Agathe & Kerckhoffs (1969¹⁶), Van den Bergh-Braam (1979) en Van der Peet (1984) - zonder dat overigens het routinematig wegen van de faeces der patiënten behoort tot de verpleegkundige taakstelling. Verder wordt de kleur en de geur van de ontlasting vermeld (bruin, resp. niet te sterk ruikend), alsook de consistentie (halfvast). Het normale van het ontlastingspatroon valt vooral af te lezen uit de behandeling van het afwijkende. Genoemde leerboeken, alsook Van der Moolen & Qunjer (1967⁴), DuGas (1985), Juchlie (1980) en het standaardwerk van Virginia Henderson (1975), behandelen uitgebreid diarree en vooral obstipatie - waarbij de onderliggende idee inderdaad de dagelijkse, of tenminste de geregelde stoelgang van patiënten blijkt. Tevens beschrijven de leerboeken gedetailleerd het macroscopisch onderzoek door de verplegenden: inspectie van de faeces op galstenen, pus en slijm, ingeslikte voorwerpen, en parasieten als maden, spoelwormen en lintwormen - daarmee de idee bevestigend van de verpleegkundige als 'verlengde arm' bij medisch-diagnostische en/of therapeutische activiteiten (Van der Bruggen, 1985).

In de loop van de ontwikkeling der geneeskunde zijn veel aspecten van de uitscheiding (uiteraard) onderwerp van wetenschappelijk onderzoek geweest (Wright, 1974), zodat omtrent sommige aspecten van uitscheidingsproces en -produkten de nodige kennis aanwezig is. Literatuurresearch met behulp van de computer op zowel de medische als de gedragswetenschappelijke vakliteratuur van de laatste 15 jaren (op trefwoorden als defecation, constipation, diarrhea) resulteerde in opgave van ongeveer 600 publikaties.

Van het defecatiepatroon blijkt de frequentie van de ontlasting het meest bestudeerd (Connell e.a. 1965, Wright 1974, Jones 1976, Gill 1979, Drossmann e.a. 1982, Frexinos 1982, Van der Bruggen 1985, Macdonald & Freeling 1986, Van der Kooij 1987, Sandler 1987). Deze studies leveren echter geen gelijkluidende informatie omtrent de stoelgangfrequentie. De betreffende onderzoekspopulaties blijken zich zelden te lenen voor onderlinge vergelijking. Soms blijken respondenten benaderd uit beperkte leeftijdscategorieën: jonge volwassenen (Sandler, 1987), personen vanaf 40 jaar (Jones, 1976), of ouderen (Macdonald & Freeling, 1986). Soms ook participeren alleen bepaalde bevolkingsgroepen in het onderzoek: universiteitsstudenten en ziekenhuispersoneel bij Drossman e.a. (1982) en bij Sandler (1987). Connell e.a. (1965) recruteerden hun respondenten uit de sollicitanten die zij ter medische keuring kregen voor een baan in de industrie. Soms, tenslotte, werd informatie over het normale defecatiepatroon retrospectief (Wright 1974, Van der Bruggen 1985, Van der Kooij 1987) danwel bij rechtstreekse benadering van respondenten ingewonnen (Tabel 3.1).

Tabel 3.1 Frequentie van de stoelgang: vergelijking gegevens uit enkele onderzoeken, in percentages

	< 4x per week	5-9 per week	> 10x per week	
a. retrospectief:				Totaal
Wright, 1974	16	63	21	100%
Van der Bruggen, 1985	21	56	23	100%
Van der Kooij, 1987	24	64	12	100%
b. rechtstreekse benadering:				
Gill, 1979	21	75	4	100%
Frexinos, 1982	9	76	15	100%

De diversiteit van de informatie omtrent de defecatiefrequentie is er aanleiding toe, de frequentie op te nemen bij te bestuderen humaan-biologische kenmerken van het normale defecatiepatroon.

Behalve omtrent de uitscheidingsfrequentie werd eveneens, zij het in veel mindere mate, gepubliceerd over de consistentie van de faeces (Connell e.a. 1965; Gill 1979; Van der Kooij 1987). In die studies wordt de consistentie van de ontlasting voornamelijk gezien in relatie tot obstipatie (Connell, 1965), of tot de defecatiefrequentie, tot ziekten, medicijngebruik en lichamelijk ongemak bij de stoelgang (Gill, 1979).

Ook de consistentie van de faeces kan opnieuw worden gezien, in het perspectief van het normale defecatiepatroon.

Tenslotte leveren enkele publikaties informatie over de regelmatigheid van het ontlastingspatroon. Zowel Jones (1976) als Macdonald & Freeling (1986) informeerden naar de regelmatigheid van de stoelgang zoals gepercipieerd door de respondenten zelf. Velen bleken regelmatigheid van het patroon te associëren aan een ontlasting per dag of per twee dagen, maar eveneens aan een zelfde moment gedurende de dag: 33 % bij Macdonald & Freeling (1986), en 'velen' (zonder nadere specificatie) bij Jones (1976), die een stoelgang op 10 tot 30 minuten na een maaltijd opgaven, van wie de meesten na het ontbijt.

De regelmaat van het defecatiepatroon kan, tenslotte, dus eveneens nader worden onderzocht.

Frequentie, geur, kleur, hoeveelheid, consistentie en regelmaat blijken dus de humaan-biologische kenmerken van het ontlastingspatroon waarvan de verpleegkundige c.q. de gezondheidswetenschappelijke literatuur melding maakt. Tot het normale defecatiepatroon kunnen vervolgens ook de duur van de stoelgang alsook het uitstellen ervan worden gerekend. Ervaring op de verpleegafdeling leert dat uitstelgedrag in variaties voorkomt: vaak of minder vaak de ontlasting uitstellen, lang of minder lang; zelfs zijn er patiënten voor wie het zich ontlasten in de ziekenhuissituatie dermate problematisch is, dat zij de stoelgang uitstellen tot na het ontslag uit het ziekenhuis, wat veertien dagen kan duren.

Tenslotte kan ook de plaats van de ontlasting worden gerekend tot de kenmerken van het defecatiepatroon.

3.4 De keuze voor humaan-biologische kenmerken

Hoe manifesteren zich in een gezonde populatie enkele humaan-biologische kenmerken van het normale defecatiepatroon? Te bestuderen humaan-biologische kenmerken, zoals genoemd:

1. De frequentie van de stoelgang, dus het al dan niet plaatsvinden van een ontlasting, gerelateerd aan een tijdsspanne.
2. Hoedanigheden van de faeces, namelijk:
 - de kleur, die bij normale ontlasting alle schakeringen bruin kan vertonen;
 - de geur, die de geur is van verteerd voedsel, gistings- en rottingsprodukten;
 - de hoeveelheid per stoelgang geproduceerde faeces;
 - de consistentie, hetgeen betrekking heeft op de vastheid van de faeces. Voor een eenduidig begrip van 'consistentie' werd in het onderzoek aanvankelijk onderscheid gemaakt tussen de vorm (brijig, hoop en knikker- of keutelvormig) en het aspect (zacht/dun, normaal en hard/dik) van de ontlasting.
3. Tijdsaspecten, namelijk:
 - het tijdstip gedurende de dag waarop de stoelgang plaatsvindt;
 - de duur: de tijd die besteed wordt aan een stoelgang;
 - uitstel: de tijd dat, hoewel men aandrang heeft, de stoelgang tot later wordt uitgesteld;
 - regelmaat ofwel stabiliteit: de mate waarin kenmerken van het normale defecatiepatroon, als frequentie, duur, hoeveelheid, vorm, bij herhaling worden vastgesteld.
4. De plaats van de stoelgang: de lokatie waar men naar de wc gaat, en die gelegen kan zijn in een omgeving waarmee men vertrouwd is (thuis), of niet (bijvoorbeeld in een trein).

Bepaalde humaan-biologische kenmerken worden in de bestudeerde literatuur gerelateerd aan enkele sociaal-demografische variabelen. Leeftijd en geslacht blijken daarop van invloed (Wright 1974, Jones 1976, Gill 1979, Macdonald & Freeling 1986, Sandler 1987), alsook de sociale herkomst van de respondenten (Connell e.a. 1965, Drossmann e.a. 1982, Sandler 1987). Tenslotte wordt ook 'klein' lichamelijk ongemak, namelijk wat doorgaans niet als pathologisch wordt aangemerkt (zoals hardlijvigheid, aambeien), gerelateerd aan het ontlastingspatroon (Wright 1974, Gill 1979, Frexinos 1982). Deze sociaal-demografische variabelen worden eveneens in dit deelonderzoek betrokken.

3.5 Opzet en uitvoering van het onderzoek

3.5.1 De dagboekmethode

Inzicht in het normale defecatiepatroon wordt niet zonder meer verkregen door een aantal mensen daar vragen over te stellen. Wanneer het lichamelijke functioneren als onproblematisch wordt ervaren, is het aannemelijk dat de stoelgang passeert in de marge van het bewustzijn: men staat er niet of nauwelijks bij stil, als gezonde levend 'in de stilte der organen' ('la vie dans le silence des organes', Leriche, 1936).

Men bekijkt niet of niet altijd de produkten van de eigen stoelgang (Gill, 1979). Van het eigen defecatiepatroon blijkt niet iedereen zich expliciet en tot in details bewust. Manning e.a. (1977) stelden een discrepantie vast tussen antwoorden van respondenten op vragen omtrent de frequentie van hun stoelgang, en de feitelijke gang van zaken zoals vastgesteld met behulp van de dagboekmethode.

Ter bepaling van kenmerken van defecatiepatronen werd in dit deelonderzoek eveneens gekozen voor de dagboekmethode. Dagboeken werden ontworpen waarin respondenten gedurende veertien dagen de toiletgang konden bijhouden. Per dag was een tweezijdig te gebruiken formulier beschikbaar. De gevraagde informatie kon geregistreerd worden vanaf 6.00 uur 's morgens tot 2.00 uur 's nachts; eventuele toiletverrichtingen tussen 2.00 en 6.00 uur werden bij 2.00 uur bijgeschreven. De dagboekbladen hadden een dusdanige indeling, dat gevraagde informatie per half uur kon worden genoteerd (zie Bijlage 3.1).

3.5.2 Operationaliseren van de variabelen

Informatie aangaande de *afhankelijke* variabelen werd verkregen met behulp van de dagboeken. De achterliggende gedachte is dat in onze samenleving over het algemeen overeenstemming bestaat tussen feiten, gebeurtenissen enzovoort, en de perceptie ervan en vervolgens de rapportage erover door de betreffende personen.

1. De frequentie van de stoelgang

De respondenten werd gevraagd iedere voorkomende stoelgang te noteren op het tijdstip waarop deze plaatsvond. Aldus kon het aantal ontlastingen in zijn totaliteit alsook per subgroep worden berekend, namelijk over de 14 registratiedagen (= variabele 1). Van de ontlastingen was vervolgens bekend op welke van de 14 dagen deze had plaatsgehad. Tenslotte is ook van de ontlastingen bekend of het een *eerste* dan wel een *tweede of volgende* stoelgang per dag betrof (variabele 2).

2. Hoedanigheden van de faeces

De *hoeveelheid* faeces per stoelgang (variabele 3) werd gemeten door te vragen naar de beoordeling ervan door de persoon zelf, die daarbij kon beschikken over de beoordelingsmogelijkheden: weinig, normaal en veel. Problematisch bij deze werkwijze is dat het normaalbegrip wordt gehanteerd en overgelaten aan de subjectieve beoordeling door de respondent zelf, terwijl het normale van het 'normale defecatiepatroon' zou moeten blijken uit de via de dagboeken verzamelde data. Echter, het normale van de hoeveelheid faeces per stoelgang refereert aan de voor het individu gemiddeld meest gebruikelijke hoeveelheid. In dit geval benadert 'normaal' de betekenis van normaal zoals gebruikt voor het normale defecatiepatroon: het gebruikelijke, het meest voorkomende.

Overigens doet zich bij de beoordeling van de hoeveelheid faeces een praktisch probleem voor, namelijk bij bezitters van diepspoelwc's. De beoordeling van niet of slechts gedeeltelijk zichtbare faeces berust daarbij grotendeels op subjectieve beoordeling. Deelnemers aan het onderzoek rapporteerden echter dit niet als onbetrouwbaar ervaren te hebben - een indruk die overigens bevestigd wordt door het onderzoek van Van der Kooij (1987).

Tenslotte kan, ondanks de bezwaren die kleven aan deze zelfbeoordeling door respondenten, worden vastgesteld dat deze werkwijze verkieslijker, in de zin van praktisch beter uitvoerbaar, is dan het objectief wegen van elke ontlasting.

De *vorm* van de ontlasting (variabele 4) werd per stoelgang vastgesteld door de respondent te vragen dit eveneens zelf te beoordelen, namelijk aan de hand van de kwalificaties: brijig, hoop en keutel-/knikkervormig. Aan deze zelfbeoordeling kleven dezelfde bezwaren van subjectiviteit als hierboven vermeld met betrekking tot de beoordeling van de hoeveelheid.

Behalve de vorm werd per stoelgang eveneens het *aspect* van de faeces vastgesteld; ook dit werd door de respondent zelf beoordeeld en in het dagboek geregistreerd aan de hand van de beoordelingscategorieën: zacht/dun, normaal en hard/dik. Gaandeweg het onderzoek werd echter vastgesteld dat vorm en aspect uiteraard samenhangen ($r = .44$; $p = .000$): ontlasting die als zacht/dun worden gekarakteriseerd worden over het algemeen ook als brijig beoordeeld; keutel- of knikkervormige faeces worden over het algemeen hard/dik gevonden. De hoedanigheid 'consistentie', die met het oog op eenduidigheid aanvankelijk was gesplitst in de begrippen vorm en aspect, wordt in dit deelonderzoek derhalve samengevat in: 'vorm' van de faeces.

Informatie betreffende de kleur van de ontlasting werd aan de participanten niet gevraagd. Indien de kleur van de ontlasting op manifeste wijze afwijkt van het algemeen gangbare, hoort de persoon niet in deze steekproef thuis. Bovendien is er, uit praktische overwegingen, van afgezien naar tinten van bruin te vragen.

Omtrent de geur van de ontlasting werd eveneens geen informatie per afzonderlijke stoelgang gevraagd. Beoordeling van de geur kon, samenvattend per dag, in de dagboeken worden geregistreerd. In de enquête die het dagboek vergezelde werd gevraagd of de respondent de ontlasting doorgaans vond stinken. Als belevings-determinant werd deze variabele verder betrokken in de verslaglegging omtrent 'Determinanten van beleving van de stoelgang in een gezonde populatie' (hoofdstuk 4).

3. De tijdsaspecten

Inzicht in het *tijdstip* waarop elke ontlasting plaatsvond (variabele 5) werd verkregen doordat de stoelgang werd genoteerd in het genoemde urenschema in de dagboekformulieren.

De participanten was gevraagd per stoelgang de *duur* te noteren (variabele 6), gemeten vanaf het betreden van de toiletruimte tot en met de afsluitende hygiënische handelingen, afgerond tot op hele minuten.

Eveneens was gevraagd per stoelgang te noteren of, en zo ja hoe lang, de stoelgang was uitgesteld, eveneens afgerond tot op hele minuten. Aldus werd inzicht verkregen in het kenmerk: '*uitstel*' (variabele 7) van het defecatiepatroon.

De regelmaat waarin, ofwel de *stabiliteit per persoon* waarmee bepaalde kenmerken van het ontlastingspatroon worden vastgesteld, zoals frequentie, duur, hoeveelheid, vorm, kon vervolgens worden berekend aan de hand van de informatie door de respondenten op de hierboven beschreven wijze geregistreerd.

4. De plaats

Aan de plaats van de stoelgang werd in dit deelonderzoek voorbijgegaan. Dit kenmerk

van het normale defecatiepatroon werd niet bij de opzet van het onderzoek betrokken vanwege de nodige beperking. De hoeveelheid informatie, via dagboeken gevraagd, dient niet alleen voor de participanten maar ook voor de onderzoeker zelf overzichtelijk te blijven.

Behalve de ontlasting werd ook de urinelozing wel geregistreerd, maar niet in deze rapportage betrokken.

Informatie omtrent de onafhankelijke variabelen werd ingewonnen via de enquêtes die de dagboeken begeleidden. Leeftijd en geslacht worden als variabelen in de verdere verslaglegging betrokken.

De sociale herkomst, waaromtrent eveneens vanuit de enquêtes informatie werd ingewonnen, lijkt, gezien de kenmerken van de onderzoekspopulatie (cf. 3.5.3), niet in aanmerking te komen voor nadere specificatie of differentiatie van het ontlastingspatroon. De sociale klasse wordt derhalve niet als aparte onafhankelijke variabele opgevoerd.

Het zogenoemde 'klein', dat wil zeggen sub-pathologisch lichamelijk, ongemak werd eveneens geregistreerd met behulp van de begeleidende enquêtes. Als een van de 'determinanten van beleving van de stoelgang' zal over deze variabele worden gerapporteerd in hoofdstuk 4.

3.5.3 De onderzoekspopulatie

De onderzoekspopulatie kwam tot stand met behulp van de 'sneeuwbal-methode'. Enkele personen, woonachtig centraal in Nederland alsook in het zuiden, werd verzocht als respondent aan het onderzoek deel te nemen. Deze vroegen vervolgens de medewerking van een aantal andere personen. Van dezen gingen sommigen verder en verkregen de medewerking van nog andere geïnteresseerden. Aldus werd, in de hoop 100 bruikbare dagboeken te verwerven, een onderzoeksgroep benaderd van in totaal 135 personen. Van dezen was bij voorbaat bekend dat zij twee karakteristieke gemeenschappelijk hadden: de deelnemers kenden allen iemand werkzaam in de gezondheidszorg en/of in het hoger onderwijs, én zij leden niet aan manifeste ziekten, gebreken of handicaps - hetgeen een voorwaarde was bij recrutering van de proefpersonen.

Degenen die voor deelname aan het onderzoek in aanmerking kwamen, werden telefonisch benaderd. De bedoeling van het onderzoek werd uiteengezet. Ook werd uitgelegd wat van de respondenten werd verwacht. Wanneer men deelname had toegezegd, werden de dagboekformulieren toegezonden, alsmede een enquêtelijs waarin werd gevraagd naar verschillende aspecten van toiletgedrag, -gewoonten en -gebruiken, verder ook de VOEG-lijst (Vragen Over Ervaren Gezondheid), een instructie en een retourenvelop.

De respons was als volgt:

135 exemplaren verstrekt

33 niet terug ontvangen

12 exemplaren onbruikbaar, namelijk:

- 8 dagboeken onvolledig bijgehouden
- 2 dagboeken gedeeltelijk teruggestuurd
- 1 bijbehorende enquête niet terug ontvangen
- 1 dagboek niet serieus genomen.

90 dagboeken werden dus opgenomen in de analyse.

Het voordeel van de hierboven beschreven werkwijze was, dat in de populatie slechts respondenten konden worden opgenomen, die deelname aan het onderzoek hadden toegezegd. In feite heeft slechts één respondent bij nader inzien van deelname afgezien; deze droeg de onderzoeksformulieren over aan een huisgenoot.

Daarentegen bleek het met deze methode niet mogelijk enige controle, indien gewenst, uit te oefenen op de samenstelling van de onderzoeksgroep. Deelnemers aan het onderzoek benaderden potentiële deelnemers, die weer potentiële deelnemers benaderden. Dit resulteerde onder meer in het feit dat geen rappel aan de respondenten werd toegezonden.

De respons bleek in belangrijke mate negatief beïnvloed door een staking van de posteries (november - december 1983): retourenveloppen bereikten ons niet omdat die in de ontstane verwarring bij de respondenten thuis of misschien ook in de verschillende postkantoren verloren gingen.

De onderzoekspopulatie waarvan ogenschijnlijk volledige gegevens werden verkregen, bestond uit 90 respondenten. Van dezen werden de dagboeken beoordeeld op het consequent volledig bijhouden ervan gedurende de gevraagde veertien dagen.

Uit Tabel 3.2, waarin enkele kenmerken van de onderzoeksgroep zijn opgenomen, blijkt dat de respondenten globaal genomen uit het 'brede maatschappelijke midden' afkomstig zijn, hetgeen bij onderzoek naar een als 'normaal' ervaren gedragspatroon mag gelden als een wijze van 'convenient sampling'.

Van de respondenten waren er 10 jonger dan 20 en 17 ouder dan 60 jaar; precieze leeftijden waren niet gevraagd.

De kenmerken van de populatie die niet in Tabel 3.2 zijn weergegeven, ontbreken daarin hetzij omdat zij nauwelijks kenmerkend zijn (het medicijngebruik bijvoorbeeld blijkt te verwaarlozen), hetzij omdat daarover in hoofdstuk 4 wordt gerapporteerd (bijvoorbeeld 'klein', niet-pathologisch lichamelijk ongemak), hetzij omdat wellicht is nagelaten daaromtrent informatie in te winnen.

3.5.4 Dataverwerking

Dataverzameling met behulp van bovengenoemde instrumenten resulteerde in een uitgebreid aantal variabelen, niet alle relevant voor deze partiële verslaglegging, maar wel van belang voor het onderzoek van de stoelgangbeleving: zie hoofdstuk 4 en Bijlage 4.1.

Tabel 3.2 Onderzoekspopulatie

Geslacht en leeftijd		Type huishouden momenteel	
vrouwen < 40 jaar	35	gehuwd/samenwonend	60
vrouwen > 40 jaar	23	ongehuwd alleenstaand	20
mannen < 40 jaar	19	ongehuwd bij ouders	10
mannen > 40 jaar	13		
Beroepen			
geschoold arbeider	3		
lager employé	18		
kleinere zelfstandige	5		
middelbaar employé	20		
hogere beroepen	15		
scholier/student	18		
huisvrouw	10		
Totaal			90

Dataverzameling ten behoeve van het onderhavige deelonderzoek resulteerde in *twee* onderscheiden datamatrixen. Het normale defecatiepatroon kan namelijk beschreven worden vanuit twee verschillende invalshoeken: respectievelijk gerelateerd aan de stoelgang dan wel aan het individu. Het hier beschikbare onderzoeksmateriaal bestaat uit:

- 1468 ontlastingen, afkomstig van
- 90 personen.

De onderzoeksresultaten zullen op drie manieren geordend worden.

- Waar het de frequentie van de stoelgang over de veertien dagen (var.1) alsook per dag (var.2) betreft, zijn de resultaten gerelateerd aan het totale aantal stoelgangen én aan het aantal respondenten (§ 3.6.1 en §3.6.2).
- Omtrent de overige vijf variabelen worden de resultaten, vanuit het humaan-biologisch perspectief in dit deelonderzoek, gerapporteerd op stoelgang-niveau (§ 3.6.3 t/m 3.6.7).
- Tenslotte wordt gerapporteerd over het regelmatigheidsaspect van de stoelgang, ofwel de stabiliteit per persoon wat betreft bepaalde kenmerken van het patroon. De regelmatigheid, die in feite betrekking heeft op alle voorafgaande variabelen, zal, op persoonsniveau, per variabele afzonderlijk worden berekend (§ 3.8).

3.6 Onderzoeksresultaten: het defecatiepatroon gebaseerd op gegevens omtrent de stoelgang

De kenmerken van het defecatiepatroon bleken, wat de variabelen afzonderlijk, niet in onderlinge samenhang, betreft, als volgt.

3.6.1 De frequentie

Het totale aantal ontlastingen geregistreerd over de 14 dagen, is voor de hele populatie alsook voor de subgroepen weergegeven in Tabel 3.3.

Tabel 3.3 Ontlastingen: totale aantal over 14 dagen

	mannen		vrouwen		Totaal
	< 40	> 40	< 40	> 40	
Aantal ontlastingen	326	225	582	335	1468
resp. n =	19	13	35	23	90
M	17.2	17.3	16.6	14.6	16.3
SD	9.5	3.9	5.9	2.7	6.0
Me	13.0	16.0	17.0	15.0	15.0
Min	7.0	13.0	6.0	9.0	6.0
Max	41.0	27.0	32.0	19.0	41.0

T = 2.25, 18.5df, p = 0.04

Het aantal ontlastingen per individu bedraagt gemiddeld 16.3 over twee weken, met een minimum van 6 en een maximum van 41. De gemiddelden zijn het hoogst bij de jongere mannen (17.2) en de oudere mannen (17.3); het is significant het laagst bij de oudere vrouwen ten opzichte van de oudere mannen (14.6). Bij de de oudere vrouwen is de spreiding ook het geringst (2.7). Bij de jongere mannen daarentegen is die het hoogst (9.5); in deze groep komen respondenten voor met een betrekkelijk laag én met een hoog aantal ontlastingen (namelijk 7, respectievelijk 41).

Het verschil tussen de gemiddelde aantallen ontlastingen bij de jongere en oudere vrouwen is niet significant. De p-waarde is echter van dien aard (p = 0.08) dat het verschil tussen de gemiddelden van beide subgroepen als tenminste opmerkelijk kan worden aangemerkt.

3.6.2 Eerste, respectievelijk volgende stoelgangen per dag

De gemiddelde frequentie van de stoelgang is, zoals ook volgt uit de gegevens betreffende variabele 1, 1.4 per dag, met een minimum van 0 en een maximum van 5 ontlastingen per dag.

Tabel 3.4 Percentages eerste, respectievelijk volgende stoelgangen per dag

	mannen		vrouwen		Totaal
	< 40	> 40	< 40	> 40	
Keer:					
eerste	67	76	68	83	73
2de t/m 5de	33	24	32	17	27
Totaal	100%	100%	100%	100%	100%
	(n=326)	(n=225)	(n=582)	(n=335)	(n=1468)

$\chi^2 = 31.7$, 3df, p = .001

Uit tabel 3.4 blijkt dat de meeste stoelgangen, namelijk 73% van het totale aantal, eerste en dus enige stoelgangen per dag zijn; 27% betreft een tweede tot en met een vijfde stoelgang per dag.

Bij de ouderen zijn de ontlastingen vaker een eerste (dus enige) stoelgang: 76% bij de oudere mannen en 83% bij de oudere vrouwen. Bij de jongeren blijkt één op de drie ontlastingen juist een tweede of volgende stoelgang per dag.

Bij de jongere mannen werd, gemiddeld over 14 dagen, twee ontlastingen per dag als maximum geregistreerd.

3.6.3 Hoeveelheid

De hoeveelheid faeces per stoelgang werd beoordeeld zoals weergegeven in Tabel 3.5.

Uit tabel 3.5 blijkt dat de meeste ontlastingen, namelijk 65% van het totale aantal, 'normaal' van hoeveelheid worden beoordeeld. Bij de ontlastingen van de jongeren blijkt dit minder het geval dan bij die van de ouderen.

Bij de groep jonger dan 40 jaar wordt van ruim de helft van de ontlastingen de hoeveelheid als normaal beoordeeld (56% van de ontlastingen van de jongere vrouwen, 58% van die van de jongere mannen). Bij de ouderen wordt van drie van de vier ontlastingen de hoeveelheid als normaal beoordeeld.

De beoordeling 'weinig' bij de hoeveelheid faeces van de jongeren betreft 34% van de ontlastingen van de jongere vrouwen, 28% van die van de jongere mannen. Deze laatste hebben echter ook het hoogste percentage 'veel' als beoordeling (14%).

Gemiddeld wordt, op een driepuntsschaal (waarbij 1 = weinig en 3 = veel), de ontlasting als 1.9 beoordeeld. De jongere mannen en jongere vrouwen beoordelen de hoeveelheid van de ontlasting het meest uiteenlopend. De jongere vrouwen scoren, gemiddeld over 14 dagen, het laagst én het hoogst (namelijk 1.4 respectievelijk 3.0).

Tabel 3.5 Hoeveelheid faeces per stoelgang, in percentages

	mannen		vrouwen		Totaal
	< 40	> 40	< 40	> 40	
Hoeveelheid:					
Weinig	28	14	34	18	26
Normaal	58	79	56	77	65
Veel	14	7	10	5	9
Totaal	100%	100%	100%	100%	100%
	(n=326)	(n=225)	(n=582)	(n=335)	(n=1468)

$$\chi^2 = 75.1, 6df, p = .001$$

3.6.4 Vorm

De vorm van de ontlasting werd beoordeeld zoals weergegeven in Tabel 3.6.

Over het totale aantal ontlastingen wordt het merendeel (46%) beoordeeld als 'keutel-/knikkervormig'; een relatief gering percentage (17%) wordt 'brijig' bevonden.

De ontlastingen van de vrouwen worden voor het merendeel als keutel-/knikkervor-

mig beoordeeld, namelijk 50% van die van de oudere en 61% van de ontlastingen van de jongere vrouwen. De ontlastingen van de mannen worden voor ruim de helft als hoop beoordeeld, namelijk 52% van de ontlastingen van de jongere en 57% van die van de oudere mannen. Het 'normale' van het defecatiepatroon, opgevat als het meest voorkomende, betekent voor de mannen een hoopvormige ontlasting, voor de vrouwen keutel-/knikkervormige.

Op een driepuntsschaal (waarbij 1 = brijig en 3 = keutel-/knikkervormig) werd de faeces gemiddeld als 2.3 beoordeeld. Gemiddeld scoren de mannen lager (2.1) dan met name de jongere vrouwen (2.5). De minimumscore, over 14 dagen gemiddeld, werd geregistreerd bij de oudere mannen (1.0), de maximumscore (3.0) bij de jongere vrouwen.

Tabel 3.6 Vorm van de faeces per stoelgang, in percentages

	mannen		vrouwen		Totaal
	< 40	> 40	< 40	> 40	
Vorm:					
Brijig	21	16	11	23	17
Hoop	52	57	28	27	37
Keutel-/knikkervormig	27	27	61	50	46
Totaal	100%	100%	100%	100%	100%
	(n=326)	(n=225)	(n=582)	(n=335)	(n=1468)

$$\chi^2 = 159.7, \text{ 6df, } p = .001$$

3.6.5 Tijdstip

De ontlastingen konden door de respondenten worden genoteerd vanaf 6.00 uur 's morgens tot 2.00 uur 's nachts. Eventuele stoelgang in de nachtelijke uren kon na 2.00 uur worden bijgeschreven. Slechts 0.8% van de geregistreerde ontlastingen had plaats tussen 2.00 en 6.00 uur. In de weergaven van het 24-uurs defecatiepatroon (voor de hele populatie als voor de subgroepen, cf. Fig. 3.1 t/m 3.3) werden deze niet apart opgenomen.

De gemiddelde stoelgang vindt plaats om 12.55 uur (sd = 4.45 uur). De stoelgang vindt blijkbaar overwegend 's morgens plaats, tussen 6.00 en 10.00 uur, met een duidelijke top tussen 8.00 - 9.00 uur. Rond 13.00 uur en ook tussen 17.00 en 19.00 uur is er eveneens een - zij het geringere - toename van defecaties. Nadien neemt de stoelgang in de avonduren af.

Over vier ongeveer gelijke dagdelen verdeeld, worden ontlastingen geregistreerd zoals aangegeven in Tabel 3.7. Ook uit deze tabel blijkt dat de meeste ontlastingen worden geregistreerd in de ochtenduren. In het totaal vinden twee op de drie stoelgangen plaats voor 14.00 uur.

Vrouwen blijken, wat de stoelgang in de ochtenduren betreft, een frequentie te registreren van iets boven het gemiddelde. Mannen blijven iets beneden het gemiddelde. Voor ouderen blijkt de top in de defecatiecurve vroeger te liggen dan voor jongeren.

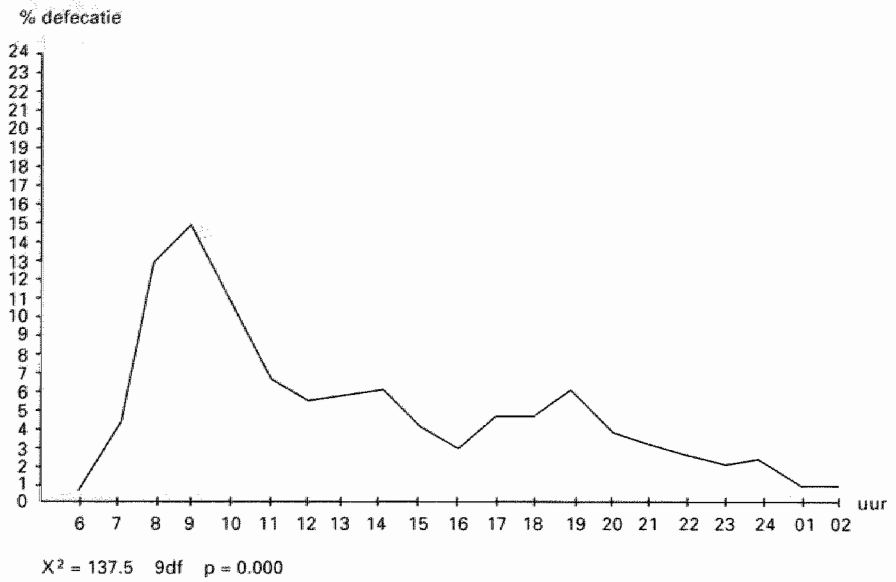


Fig. 3.1 24-uurs defecatiepatroon: hele populatie

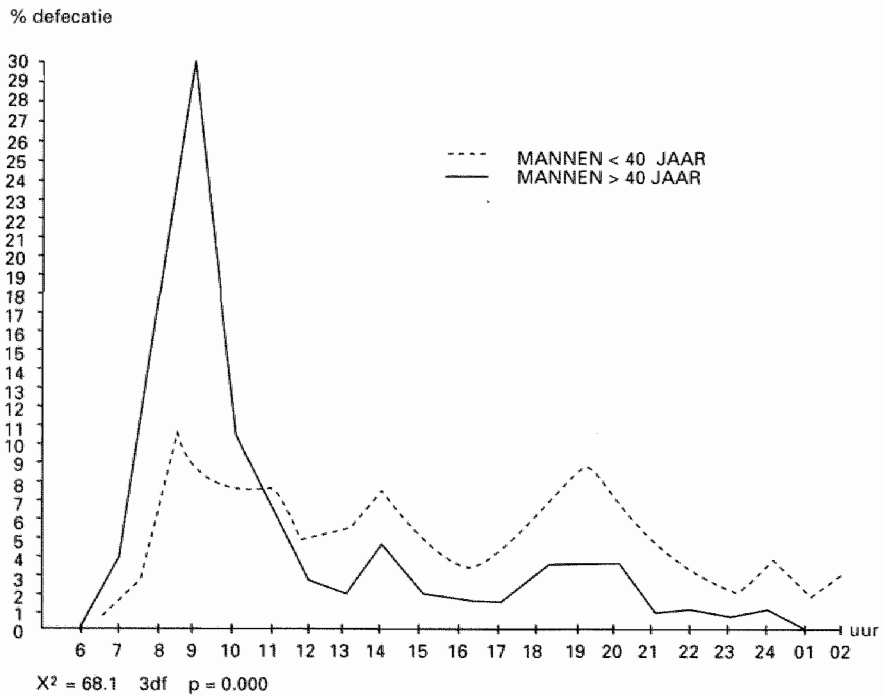


Fig. 3.2 24-uurs defecatiepatroon van jongere en oudere mannen

% defecatie

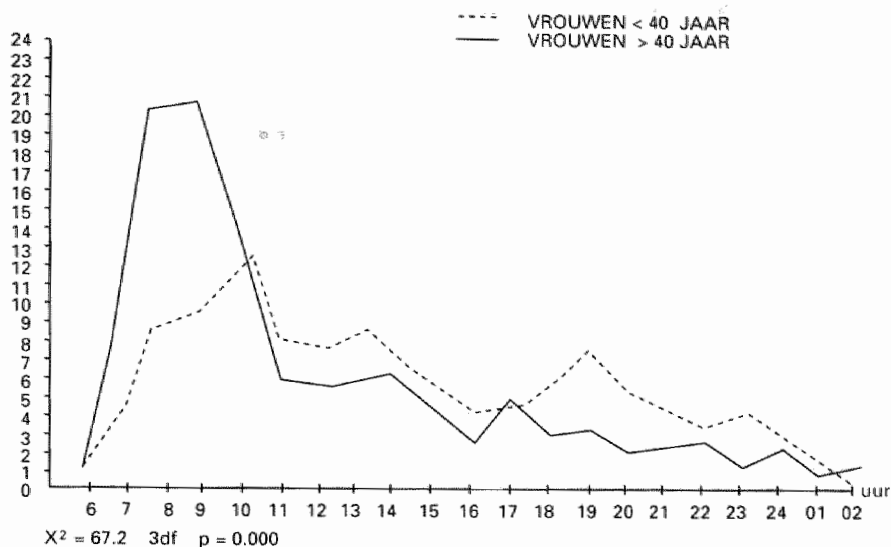


Fig. 3.3 24-uurs defecatiepatroon van jongere en oudere vrouwen

Tabel 3.7 Percentages ontlastingen per dagdeel, per subgroep

Tijdstippen van: tot:	mannen		vrouwen		Totaal
	< 40	> 40	< 40	> 40	
6.00-10.00	28	62	33	60	42
10.30-14.00	24	17	27	18	23
14.30-18.00	20	9	16	11	15
18.30- 2.00	28	12	24	11	20
Totaal	100% (n=326)	100% (n=225)	100% (n=582)	100% (n=335)	100% (n=1468)

$X^2 = 137.5$ 9df $p = 0.001$

Een belangrijke bijdrage in de ochtendpiek van de curve blijkt geleverd te worden door de stoelgangen van de respondenten ouder dan 40 jaar. De groep jonger dan 40 blijkt in de ochtenduren beduidend minder frequent naar de wc te gaan; door de rest van de dag blijft deze categorie iets boven het gemiddelde. Men kan stellen dat de stoelgang bij de respondenten boven de 40 in belangrijke mate 's morgens plaatsvindt, terwijl bij de groep onder de 40 de defecatie meer gespreid over de gehele dag plaatsvindt ($X^2 = 133$, $p = 0.000$).

Gemiddeld ontlasten oudere mannen zich het vroegst (11.05 uur), jongere mannen het laatst (14.35 uur). Over de 14 dagen gemiddeld wordt het vroegste tijdstip genoteerd in de groep oudere vrouwen (7.50 uur), het laatste tijdstip bij de jongere vrouwen (18.25 uur).

3.6.6 Duur

Van de 1468 stoelgangen werd in 242 gevallen (16%) geen opgave gedaan omtrent de duur. Bij de beschrijving van de variabele ‘duur’ werden deze ontlastingen als missing buiten beschouwing gelaten. De duur van de overige 1226 stoelgangen bleek zoals weergegeven in Tabel 3.8.

Tabel 3.8 Percentages duur van de stoelgang in minuten

	mannen		vrouwen		Totaal
	< 40	> 40	< 40	> 40	
Minuten:					
1 - 4	32	71	82	84	70
5 - 9	37	21	16	15	21
10 - 14	24	7	1	0.7	7
15 - 24	7	1	-	0.3	2
Totaal	100% (n=275)	100% (n=194)	100% (n=517)	100% (n=240)	100% (n=1226)
n.b.	51	31	65	95	242
Totaal	326	225	582	335	1468

$$X^2 = 243.6 \text{ 3df } p = .001$$

De meeste stoelgangen, namelijk 70% van het totale aantal, duren betrekkelijk kort (1 tot 4 minuten). Nog eens 21% van de ontlastingen duurt 5 tot 9 minuten. 9% duurt langer dan 10 minuten. De gemiddelde stoelgang duurt 3.9 minuten (sd = 3.0); de langste duur van een stoelgang bedroeg 24 minuten.

Stoelgangen van de jongere mannen duren beduidend langer. Bij de jongere en oudere vrouwen duren de meeste stoelgangen kort. Dit geldt, zij het relatief minder, ook voor de stoelgangen van de oudere mannen.

Op persoonsniveau beoordeeld, kan worden vastgesteld dat, over 14 dagen gemiddeld, mannen langer over de stoelgang doen dan vrouwen. Bij de mannen is ook de spreiding groter dan bij de vrouwen: de gemiddelde minimumduur ligt in de vier subgroepen tussen 1.0 en 1.9 minuten, maar de gemiddelde maximumduur is bij de mannen twee keer zo groot als bij de vrouwen, namelijk 10.2 en 10.9 bij de mannen jonger en ouder dan 40 jaar, respectievelijk 5.2 en 5.4 bij de overeenkomstige groepen vrouwen. Jongere mannen doen gemiddeld het langst, jongere vrouwen het kortst over de stoelgang (respectievelijk 5.4 en 3 minuten).

3.6.7 Uitstel

De verdeling van al dan niet uitgestelde ontlastingen bleek als weergegeven in tabel 3.9.

Tabel 3.9 Uitstel van de stoelgang, procentueel

	mannen		vrouwen		Totaal
	< 40	> 40	< 40	> 40	
Uitgesteld:					
Wel	10	4	10	4	8
Niet	90	96	90	96	92
Totaal	100% (n=326)	100% (n=225)	100% (n=582)	100% (n=335)	100% (n=1468)

$$\chi^2 = 22.1 \text{ 3df } p .001$$

Uit de tabel blijkt dat de stoelgang over het algemeen betrekkelijk zelden als uitgesteld wordt gerapporteerd. Van alle 1468 ontlastingen waren er 111 (= 8%) aangegeven als uitgesteld.

Bij de jongere mannen en vrouwen blijkt 10% van de defecaties uitgesteld; bij de oudere mannen en vrouwen slechts 4 procent.

De als uitgesteld geregistreerde stoelgangen waren gemiddeld 70 minuten uitgesteld ($sd = 106.6$ $me = 30$ min.); de kortst gerapporteerde tijd van uitstel bedraagt 2 minuten, de langst uitgestelde tijd is 10 uur. Andere lang uitgestelde defecaties betreffen drie en een half uur tot en met negen uur. Zes ontlastingen werden drie uur uitgesteld.

3.7 Defecatiepatroon: samenhang van variabelen

Na verworven inzicht in afzonderlijke kenmerken van het 'normale defecatiepatroon', rijst de vraag omtrent eventuele samenhang tussen deze kenmerken. Ter nadere vaststelling van eventuele structuren werd een factoranalyse uitgevoerd over de data van de stoelganggerelateerde matrix.

Van de acht benoemde humaan-biologische kenmerken van het normale defecatiepatroon kwamen er drie niet in aanmerking voor opname als variabelen in de factoranalyse. 'Frequentie' leende zich, vanwege de wijze waarop de informatie daaromtrent in de matrix was opgenomen, niet voor die statistische bewerking. De variabele 'eerste, respectievelijk volgende stoelgang per dag' werd vanwege te verwachten logische artefacten buiten verdere analyse gelaten. Het aspect 'stabiliteit' werd eveneens buiten beschouwing gelaten vanwege de wijze waarop kennis daaromtrent was verkregen. De factoranalyse werd uitgevoerd op de vijf resterende variabelen, zowel over de gehele populatie (Tabel 3.10) als over de vier onderscheiden subgroepen (zie Bijlage 3.2).

Tabel 3.10 Factorladingen op twee factoren, na varimaxrotatie, van de stoelganggerelateerde datamatrix

	Factor 1	Factor 2
Ontlastingen van de hele populatie (n = 1468)		
- Vorm	.68	-.25
- Hoeveelheid	-.66	.04
- Tijdstip	.63	.32
- Duur	.01	.75
- Uitstel	-.03	.66

Voor de totale populatie werd bij factoranalyse 49 procent van de variantie in de variabelen verklaard door twee factoren (Eigenvalue respectievelijk 1.29 en 1.15). Na rotatie volgens het varimaxcriterium bleken twee factoren als volgt te benoemen:

1. Een eerste dimensie waarop ontlastingen te ordenen zijn, geeft een combinatie weer van enkele ontlastingskenmerken, namelijk de eigenschappen 'later op de dag', 'weinig' en 'keutel-/knikkerachtige' ontlasting. Samengevat lijkt deze dimensie gekenmerkt door *modaliteiten*: ontlastingen zijn vroeger of later op de dag, met kenmerken betreffende hoeveelheid en vorm.
2. Een tweede dimensie is een combinatie van de kenmerken 'uitstel' van de stoelgang en 'duur' van de ontlasting. Deze dimensie lijkt, samengevat, gekenmerkt door *gedragsaspecten*: de stoelgang is al dan niet uitgesteld en duurt - wellicht mede vanwege de zich inmiddels ophopende faeces - langer.

Beide factoren worden aangetroffen in elk van de onderscheiden subgroepen, zij het met onderlinge verschillen.

Factor 1 wordt bij de stoelgangen van de jongere vrouwen in dezelfde samenstelling aangetroffen als in de hele populatie. Bij de stoelgangen van de oudere vrouwen blijkt de variabele 'hoeveelheid' vervallen, bij die van de oudere mannen 'vorm'. Bij de ontlastingen van de jongere mannen vervalt 'tijdstip', maar uitstel wordt eraan toegevoegd.

Factor 2 wordt in de vier subgroepen aangetroffen, bij de ontlastingen van de jongere mannen echter met toevoeging van de variabele 'tijdstip' (later op de dag), bij die van de oudere mannen van de variabele 'vorm' (brijig), en bij de ontlastingen van de oudere vrouwen van 'hoeveelheid' (geringer). Bij de stoelgangen van de jongere vrouwen is de factor herkenbaar aanwezig, zij het - om hier niet relevante redenen - in omgekeerde richting (bij uitstel zou de stoelgang niet langer maar korter duren).

Berekening van Pearsons correlaties (waarvan de matrix is opgenomen als Bijlage 3.3) ondersteunt enerzijds deze patronenstructuur, terwijl anderzijds precisering werd aangebracht.

Voor factor 1 blijken relaties tussen tijdstip en hoeveelheid, tijdstip en vorm, en vorm en hoeveelheid van de faeces. Niet blijkt echter dat van de ontlastingen van oudere vrouwen de hoeveelheid faeces geringer wordt naarmate de stoelgang later op de dag plaatsvindt ($r = .03$, n.s.) De faeces zijn harder bij vrouwen, in tegenstelling tot mannen,

naarmate de stoelgang later op de dag plaatsvindt en ook naarmate de hoeveelheid faeces geringer is. De hoeveelheid faeces is groter bij ontlastingen van jongere vrouwen naarmate het aantal ontlastingen per dag geringer is, bij oudere vrouwen echter naarmate het aantal ontlastingen per dag groter is.

Voor factor 2 is duidelijk dat de stoelgang langer duurt als deze is uitgesteld. Dit verband blijkt significant bij de ontlastingen van jongere en oudere mannen, echter niet bij die van de vrouwen.

3.8 Stabiliteit per persoon van het defecatiepatroon

Stabiliteit per persoon is het kenmerk van het ontlastingspatroon dat te maken heeft met regelmaat en voorspelbaarheid. Stabiel op persoonsniveau is het patroon dat in grote mate onveranderlijk, identiek aan zichzelf blijft.

‘Stabiliteit per persoon’ heeft in tweeërlei zin betrekking op kenmerken van het defecatiepatroon. Enerzijds kunnen tijdsaspecten van het patroon worden beoordeeld op stabiliteit, namelijk de frequentie van de stoelgang (§ 3.8.1). Anderzijds kan stabiliteit per persoon worden vastgesteld in het voorkomen van de hoedanigheden van de ontlasting, namelijk van de hoeveelheid en de vorm van de faeces, het tijdstip van de stoelgang gedurende de dag, de duur van de stoelgang en de duur van het uitstel ervan (§ 3.8.2 t/m 3.8.6).

Met betrekking tot variabele 2 zal de stabiliteit per persoon niet worden berekend. Aangevoerd zou slechts worden dat volgende stoelgangen plaatsvinden ingeval deze zijn voorafgegaan door een eerdere (is eerste) stoelgang - hetgeen volstrekt duidelijk dus overbodig is.

Stabiliteit per persoon in de bovenbeschreven betekenis is een relatief begrip: het referentiepunt is het patroon van de eigen subgroep. Het oordeel over stabiliteit per persoon komt tot stand in relatie tot hetgeen in de onderscheiden subgroepen als gemiddelden of als ‘standaardwaarden’ voor de onderscheiden kenmerken werd vastgesteld. Daarbij wordt een marge van min en plus 15% aangehouden. Dit betekent bijvoorbeeld dat iemand die de hoeveelheid van de faeces beoordeelt als ‘normaal’ en wel méér dan 15% afwijkt van de gemiddelde score op ‘normaal’ maar dat over de hele periode, beschouwd wordt als iemand met een stabiel persoonlijk patroon.

3.8.1 Stabiliteit per persoon van de frequentie

Het defecatiepatroon geeft perioden te zien waarin de stoelgang in regelmatig aaneengesloten dagen plaatsvindt. Tabel 3.11 geeft informatie uit de persoonsgerelateerde datamatrix.

De langst aaneengesloten perioden betreffen voor de meesten (73%) perioden van 6 tot 14 aaneengesloten dagen, en voor 42% van de respondenten perioden van 11 tot 14 aaneengesloten dagen met een of meer keren ontlasting per dag. Bij vier respondenten, allen in de categorie der jongeren, werden geen aaneengesloten dagen vastgesteld: het patroon bestaat uit afwisselend dagen zonder en een dag met defecatie. Maar eveneens in de categorie beneden 40 jaar worden, in aaneengesloten perioden van 14 dagen, gemiddelden van 2.3 en 2.9 ontlastingen per dag gevonden.

Tabel 3.11 Langst aaneengesloten perioden van dagen met een of meer ontlastingen

	mannen		vrouwen		Totaal
	< 40	> 40	< 40	> 40	
Aaneengesloten dagen: 11 - 14	7	11	10	10	38
Totaal	19	13	35	23	90

$$X^2 = 12.3 \text{ 3df } p < 0.01$$

Inzake het aantal aaneengesloten dagen blijken er geen significante verschillen tussen mannen en vrouwen ($X^2 = 4.09$, 2df, n.s.). Tussen de leeftijdsklassen echter bestaat een verschil: het ontlastingspatroon van de oudere respondenten vertoont meer langere aaneengesloten perioden ($X^2 = 6.7$, 2 df, $p < 0.05$). Oudere mannen blijken persoonlijk stabiel (85%), jongere vrouwen persoonlijk onstabiel (29%).

Stabiel per persoon is, wat de frequentie van de ontlasting betreft, het defecatiepatroon van de 38 respondenten (42%) met (nagenoeg) dagelijkse stoelgang.

3.8.2 Stabiliteit per persoon van de hoeveelheid faeces

Gerelateerd aan de percentages weergegeven in Tabel 3.5 en met inachtneming van de marge van min en plus 15%, blijken, wat de hoeveelheid faeces per stoelgang betreft, de beoordelingen persoonlijk stabiel zoals weergegeven in Tabel 3.12.

Tabel 3.12 Stabiliteit per persoon van de hoeveelheid faeces, persoonsgerelateerd (n = 90)

	mannen		vrouwen		Totaal
	< 40	> 40	< 40	> 40	
Stabiel: Personen	9	6	20	13	48
Totaal	19	13	35	23	90

$$X^2 = 0.7 \text{ 3df n.s.}$$

Ongeveer de helft (53%) van de respondenten geeft blijk van een persoonlijke stabiele beoordeling. In geen van de onderscheiden subgroepen overigens, beoordeelt men de hoeveelheid ontlasting per stoelgang stabiel dan in andere subgroepen.

3.8.3 Stabiliteit per persoon van de vorm

De beoordeling van de vorm van de faeces blijkt, gerelateerd aan de percentages van de beoordelingen in Tabel 3.6, stabiel per persoon zoals weergegeven in Tabel 3.13.

Tabel 3.13 Stabiliteit per persoon van de vorm van de ontlasting, persoonsgerelateerd (n = 90)

	mannen		vrouwen		Totaal
	< 40	> 40	< 40	> 40	
Stabiel: Personen	7	11	26	20	74
Totaal	19	13	35	23	90

$$\chi^2 = 2.6 \quad 3df \quad n.s.$$

Over de gehele lijn blijken velen, namelijk 81% van de respondenten, de vorm van de ontlasting stabiel te beoordelen.

In geen van de subgroepen beoordeelt men de vorm van de faeces op persoonsniveau stabielier dan in andere subgroepen.

3.8.4 Stabiliteit per persoon met betrekking tot het tijdstip van de stoelgang gedurende de dag

Beoordeling van de stabiliteit per persoon met betrekking tot het tijdstip van de stoelgang gebeurde in relatie tot de percentages weergegeven in Tabel 3.7. Stabiel per persoon blijken de ontlastingstijdstippen van de respondenten zoals weergegeven in Tabel 3.14.

Tabel 3.14 Stabiliteit per persoon van het tijdstip van de stoelgang, persoonsgerelateerd (n = 90)

	mannen		vrouwen		Totaal
	< 40	> 40	< 40	> 40	
Stabiel: Personen	16	9	26	20	71
Totaal	19	13	35	23	90

$$\chi^2 = 3.4 \quad 3df \quad n.s.$$

Stabiel per persoon wat het tijdstip van de stoelgang betreft blijkt 79% van de respondenten.

Persoonlijke stabiliteit in tijdstip is in geen van de subgroepen opmerkelijk groter dan in de andere subgroepen.

3.8.5 Stabiliteit per persoon van de duur van de stoelgang

De stabiliteit per persoon met betrekking tot de duur per stoelgang werd beoordeeld in relatie tot de percentages weergegeven in Tabel 3.8. De duur van de stoelgang bleek, over de onderscheiden subgroepen, stabiel op persoonsniveau zoals weergegeven in Tabel 3.15.

Tabel 3.15 Stabiliteit per persoon van de duur van de stoelgang, persoonsgerelateerd (n = 90)

	mannen		vrouwen		Totaal
	< 40	> 40	< 40	< 40	
Stabiel: Personen	18	11	23	14	66
Totaal	19	13	35	23	90

Leeftijdsgroepen: $X^2 = 2.2$, n.s. Geslacht: $X^2 = 19.4$, $p = 0.001$.

Wat de duur van de stoelgang betreft is het defecatiepatroon van de mannen duidelijk stabiel per persoon dan dat van de vrouwen ($X^2 = 19.4$, $p = 0.000$); bijna alle mannen (91%) blijken een stabiele duur van de ontlasting te registreren, tegenover 64% van de vrouwen. Leeftijd blijkt hier niet van invloed.

3.8.6 Stabiliteit per persoon van uitstel van de stoelgang

Beoordeling van de stabiliteit per persoon van uitstel van de stoelgang vond plaats in relatie tot de percentages in Tabel 3.9. De stabiliteit per persoon van het uitstelgedrag bleek, voor de respondenten in de onderscheiden subgroepen, zoals weergegeven in Tabel 3.16.

Tabel 3.16 Stabiliteit van uitstel van de stoelgang, persoonsgerelateerd (n = 90)

	mannen		vrouwen		Totaal
	< 40	> 40	< 40	> 40	
Stabiel: Personen	3	1	5	–	9
Totaal	19	13	35	23	90

Niet getoetst wegens te kleine aantallen

Stabiliteit per persoon in het uitstelgedrag wordt maar bij een beperkt aantal respondenten (10%) geconstateerd. Ook in deze is tussen de subgroepen geen opmerkelijk verschil aantoonbaar.

Samenvattend geldt ten aanzien van humaan-biologische kenmerken van het defecatiepatroon dat 'standaardwaarden' kunnen worden berekend, die klaarblijkelijk verschillen tussen onderscheiden subgroepen. Met betrekking tot die variabelen kunnen respondenten globaal genomen al dan niet stabiel per persoon scoren.

Stabiliteits-scores zijn op sommige variabelen hoger dan op andere. Relatief het minst stabiel per persoon blijkt het uitstelgedrag, waarop door 10% van de respondenten werd gescoord. Van de subgroep van oudere vrouwen toonde geen der respondenten persoonlijke stabiliteit op dit punt.

Door de hele groep werd het meest stabiel per persoon gescoord op de variabelen 'vorm' (82%) en 'tijdstip' (79%). Het hoogst per subgroep echter werd gescoord door de jongere mannen op de variabele 'duur' (95%, bij een stabiliteits-score van 73% voor de hele populatie).

Op subgroepniveau werd het meest stabiel per persoon geantwoord in de subgroepen van jongere mannen (gemiddeld 3.7 'stabiliteiten') en oudere mannen (gemiddeld 3.8), het minst in de groep van jongere vrouwen en oudere vrouwen (gemiddeld respectievelijk 3.1 en 3.3). De verschillen tussen deze gemiddelden zijn overigens niet significant.

3.9 Structuren van het normale defecatiepatroon

Bovenbeschreven stabiliteitskenmerken van de individuen leiden tot de vraag of er structuur tussen deze kenmerken is te onderkennen. Deze vraag kan op twee punten beantwoord worden (§ 3.9.1 en 3.9.2).

3.9.1 Allereerst kan de vraag worden gesteld naar eventuele onderlinge samenhang tussen de scores op de verschillende variabelen. Tabel 3.17 geeft daaromtrent een overzicht.

Variabele 7, 'uitstel', waarop de stabiliteitsscore (te) gering was, is niet opgenomen in deze tabel.

Tabel 3.17 Samenhang in overeenstemmingscoëfficiënten tussen de kenmerkende variabelen van het normale defecatiepatroon

Persoonlijke stabiliteit m.b.t.					
	tijd	hoeveelheid	vorm	tijdstip	duur
tijd	—	— 0.07	— 0.03	0.25	0.01
hoeveelheid		—	0.29	— 0.19	— 0.17
vorm			—	— 0.11	0.15
tijdstip				—	— 0.01
duur					—

Tabel 3.17 toont geen significante relaties tussen verschillende variabelen; eventueel onderling verband of duidelijke interactie tussen de variabelen blijkt derhalve niet aantoonbaar.

3.9.2 Vervolgens is de vraag of de twee factoren die met betrekking tot de ontlastingen waren beschreven, ook herkenbaar zouden zijn op persoonlijk niveau. Met andere woorden: zijn de twee op stoelgangniveau gevonden dimensies herkenbaar op persoonsniveau als twee verschillende ontlastingspatronen?

Dit blijkt niet het geval. Variabelen die op stoelgangniveau met elkaar in verband staan, blijken op persoonsniveau niet aan elkaar gerelateerd. Uitgaande van de gevallen waarbij de individuen een stabiel patroon hebben, worden bij correlaties geen significante verbanden gevonden. Een voorbeeld kan dit verduidelijken.

Tabel 3.18 Relatie tussen stabiliteiten op de kenmerken vorm en hoeveelheid van de ontlasting

vorm:	brijig	hoop	keutel	Totaal
hoeveelheid:				
weinig	3	2	5	10
normaal	7	10	8	25
veel	1	4	2	7
Totaal	11	16	15	42

$\chi^2 = 2.9$ 4df, n.s.

Uit tabel 3.18 blijkt, met betrekking tot 42 respondenten die op persoonsniveau 'stabiel' scoorden op de beoordelingen van zowel de hoeveelheid als de vorm van de faeces, geen significant verband tussen beide variabelen.

Het persoonlijke 'normale' defecatiepatroon blijkt niet gestructureerd volgens de principes waarmee stoelgangen geordend kunnen worden. De uitscheiding is weliswaar een humaan-biologisch gegeven, het persoonlijke stoelgangpatroon is daarenboven duidelijk méér, althans anders dan een louter fysiologisch of humaan-biologisch proces.

3.10 Samenvatting, discussie en conclusies

In het deelonderzoek waarover hier wordt gerapporteerd, luidt de onderzoeksvraag: Welke zijn de kenmerken van het 'normale defecatiepatroon'?

Normaliteit wordt hier niet als het meest wenselijke, het meest ideale opgevat, maar in de betekenis van het meest voorkomend, het meest beantwoordend aan de normen die in dit onderzoek werden bepaald aan de hand van gemiddelden.

Met betrekking tot de geselecteerde humaan-biologische kenmerken van het defecatiepatroon kan het normale patroon getypeerd worden als volgt.

In relatie tot zowel de participanten in het onderzoek als tot de geregistreerde ontlastingen werd een stoelgangfrequentie vastgesteld van 1.4 stoelgang per dag. Van alle geregistreerde ontlastingen betreft 73% een eerste, dus enige, stoelgang per dag. De hoeveelheid faeces per stoelgang wordt in 65% van de gevallen als 'normaal' beoordeeld. Wat de vorm betreft wordt 46% van de ontlastingen als 'keutel-/knikker-vormig' beoordeeld. De gemiddelde stoelgang heeft plaats om 12.55 uur; twee van de drie ontlastingen vinden plaats vóór 14.00 uur. De gemiddelde stoelgang duurt 3.9 minuten; van alle stoelgangen duurt 70% tussen 1 en 4 minuten.

De stabiliteit, die werd berekend op persoonsniveau, bleek voor sommige variabelen hoger dan voor andere. Door de hele groep werd het meest stabiel gescoord op de variabele 'vorm' (82%) en 'tijdstip' (79%). Het minst stabiel per persoon blijkt men te scoren op de variabele 'uistel' (10%).

Structuur tussen variabelen werd, wat de ontlastingen betreft, vastgesteld met behulp van factoranalyse. Twee factoren werden benoemd, als respectievelijk modaliteiten van

de stoelgangen (vorm en hoeveelheid van de faeces en tijdstip van de stoelgang), en gedragsaspecten (uitstel en duur van de stoelgang):

De ontlastingen van de vier subgroepen variëren globaal genomen elk op andere wijzen op de twee onderscheiden factoren. Varianten ontstaan door wegvallen of toevoeging van meestal een variabele per factor.

De factoren, die gelden als ordeningsprincipen bij bestudering van ontlastingen, worden niet teruggevonden op persoonsniveau: het individuele defecatiepatroon wordt blijkbaar niet alleen door humaan-biologische factoren beïnvloed.

Kenmerken van de ontlastingen werden beschreven voor de subgroepen onderscheiden naar geslacht en leeftijdsgroepen. Uitgaande van de varianten op de twee factoren, en gebaseerd op Pearsons correlaties, blijken deze kenmerken de volgende.

Het ontlastingspatroon van *ouderen* (> 40 jaar) vertoont de volgende kenmerken.

In het algemeen:

- een regelmatige ontlastingsfrequentie, namelijk van 1 à 2 maal per dag;
- in relatief lang aaneengesloten perioden, namelijk 11 tot 14 dagen;
- waarin met name de oudere mannen beduidend stabielier blijken dan de anderen.

Met betrekking tot de ontlastingen gekenmerkt naar *modaliteiten* (factor 1):

- een vast moment voor de stoelgang, namelijk in de ochtenduren;
- normale hoeveelheid van de faeces.

Gekenmerkt door *gedragsaspecten* (factor 2):

- kortere duur van de toiletgang dan bij de jongeren;
- minder uitstelgedrag dan bij jongeren.

Kortom: het defecatiepatroon van de gezonde oudere blijkt te worden gekenmerkt door regelmaat.

Tegenover dit tamelijk evenwichtige beeld van het ontlastingspatroon bij de oudere, wordt het patroon bij de *jongere* (dan 40 jaar) veeleer gekenmerkt door onregelmatigheid. De frequentie van de ontlasting is, vergeleken met die van de ouderen, deels lager (1 à 4 maal per week), maar ook deels hoger (≥ 3 maal daags). Regelmaat in aaneengesloten perioden wordt aanmerkelijk minder vastgesteld. De ontlasting vindt plaats op uiteenlopende momenten gedurende de dag en wordt gemakkelijk uitgesteld. Regelmaat wordt niet geconstateerd in de hoeveelheid faeces, die vaak veel is maar ook vaak weinig, noch in vorm: de faeces is vaak hard en dik, maar ook vaak zacht en dun.

Differentiatie blijkt er niet alleen te bestaan in het ontlastingspatroon tussen jongeren en ouderen, maar ook tussen *mannen* en *vrouwen*:

Met betrekking tot de *modaliteiten* van de ontlastingen (factor 1):

Ten aanzien van de variabele 'tijdstip':

- de 'defecatie-piek' ligt bij mannen 's morgens een uur later dan bij vrouwen;
- naarmate de stoelgang later op de dag plaatsvindt, is de hoeveelheid faeces geringer bij mannen en bij jongere vrouwen.

Ten aanzien van de variabele 'hoeveelheid':

- de hoeveelheid ontlasting per stoelgang is bij mannen over het algemeen groter dan bij vrouwen;
- de hoeveelheid faeces is groter bij jongere vrouwen naarmate het aantal ontlasting-
gen geringer is, bij oudere vrouwen echter zijn de latere ontlasting-
en groter naarmate het aantal ontlasting-
en toeneemt.

Ten aanzien van de variabele 'vorm':

- de vorm van de faeces is bij mannen vaak brijig en hoopvormig, bij vrouwen eerder
hard en knikkervormig;
- bij vrouwen zijn de faeces harder naarmate de stoelgang later op de dag plaats
vindt;
- bij vrouwen zijn de faeces harder naarmate de hoeveelheid geringer is.

Gekenmerkt door gedragsaspecten (factor 2):

- mannen stellen later op de dag de stoelgang meer uit;
- de duur van de toiletgang is bij mannen langer dan bij vrouwen;
- bij mannen duurt de stoelgang langer naarmate deze meer is uitgesteld;
- mannen zijn, wat de duur van de stoelgang betreft, persoonlijk stabiel-
er dan vrouwen;
- vooral de vrouwen van jonger dan 40 jaar blijken de toiletgang uit te stellen.

Zijn er behalve bovenbeschreven leeftijd- en seksegebonden defecatiepatronen nog
verdere differentiaties mogelijk? Zo ja, dragen die dan bij aan een verder inzicht in het
'normale' defecatiepatroon?

Bij de analyse van kenmerkende variabelen van het wc-gedrag en belevingsaspecten
daaromtrent dienden zich onderlinge verbanden aan die relevant leken voor bepaalde
typering-
en van toiletgedrag. Op genoemde vragen en desbetreffende analy-
sebevindingen zal nader worden ingegaan in hoofdstuk 4.

4 Determinanten van beleving van de stoelgang in een gezonde populatie

4.1 Beleving van de stoelgang: mogelijke determinanten

De uitscheiding is een menselijke functie die met gevoelens samenhangt. Defecatie zelf kan bron zijn van lustgevoelens – zoals het woord ‘ontlasting’ aangeeft – en onlustgevoelens; als zodanig kunnen die aangename of minder aangename gewaarwordingen van invloed zijn op iemands gedrag. Anderzijds kan de stoelgang, als vorm van menselijk gedrag, worden beïnvloed door omstandigheden of factoren van uiteenlopende aard.

Zo blijken het ontlastingsproces en de -produkten voor sommigen wel, voor anderen niet of minder onderwerp van gedetailleerde aandacht. Sommigen schamen zich meer dan anderen voor de geuren en geluiden waarmee de defecatie gepaard gaat. Sommigen blijken gevoelig, anderen minder of niet, voor omstandigheden van hygiëne of ook van huiselijke intimiteit, waaronder de stoelgang plaatsvindt. Sommigen vinden, meer in het algemeen gesproken, de stoelgang ‘een rustpunt gedurende de dag’, anderen veeleer ‘een noodzakelijk kwaad’. Als globale doelstelling van het deelonderzoek waarover in dit hoofdstuk verslag wordt gedaan, geldt dan ook: meer inzicht verkrijgen in belevingsaspecten gerelateerd aan de stoelgang.

Gevoelens waarmee de stoelgang gepaard kan gaan worden in de literatuur veelal gerelateerd aan stoornissen, hetzij als oorzaak (bijvoorbeeld van buikklachten, Van Wijk 1988, c.q. encopresis, Wolters 1974, Lighthart 1988), hetzij als gevolg van lichamelijk dysfunctioneren (bijvoorbeeld schaamte, angst, schuldgevoelens ten gevolge van anale incontinentie: Rubin 1974, Clay 1980, Muir Gray 1980, Shepherd 1980, Munnichs 1984). Belevingsfactoren en defecatie worden, in relatie tot elkaar, bestudeerd in de ontwikkelingspsychologie (Freud 1905, Groddeck 1926) en in de psychosomatiek (Alexander, 1970). Omtrent beleving, of aspecten van beleving, van de stoelgang bij gezonde mensen wordt niet of zelden gerapporteerd. Het onderzoek naar determinanten van beleving van de stoelgang in een gezonde populatie, waarover hier verslag wordt gedaan, heeft, naast een oriëntatie op determinanten genoemd in de somatische literatuur, dan ook voornamelijk een explorerend karakter.

Tot de factoren die de beleving van de stoelgang beïnvloeden behoren allereerst de *kenmerken van de eigen gezondheidstoestand*. Aannemelijk lijkt dat de beleving van de stoelgang mede wordt beïnvloed door factoren zoals de mate van ongemak waarmee de ontlasting gepaard gaat, of het gebruik van laxantia.

Bepalend voor de beleving van de defecatie kunnen eveneens gedragingen of

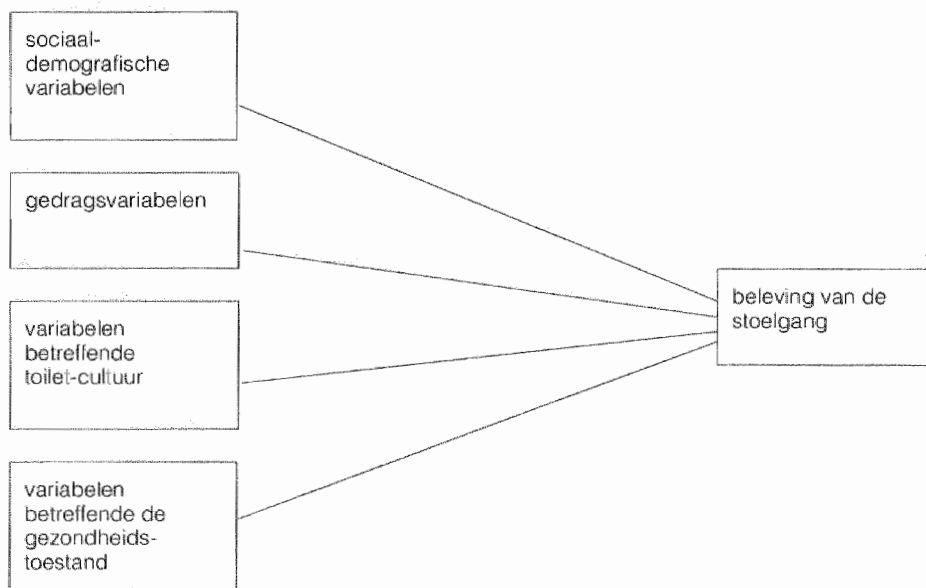
handelwijzen zijn ten aanzien van stoelganggedrag. Mensen blijken, in hun normale, dagelijkse omgeving, zich bij de stoelgang meer of minder 'op het gemak' te voelen, naarmate men de gewenste materiële afzondering kan realiseren, of naarmate de ontlasting niet wordt verstoord door ongeduldige huisgenoten, door telefoon of voordeurbel. Ook de mate waarin men de stoelgang uitstelt, kan worden gezien in relatie tot de genoemde waardering, of ook de tijd die men aan de defecatie besteedt, of moet besteden, of de mate waarin men de eigen ontlasting vindt stinken.

Er kan dus een relatie worden verondersteld tussen de beleving van de stoelgang en *gedragsvariabelen*. Dergelijke variabelen konden, althans ten dele, met behulp van de dagboeken (cf. hoofdstuk 3, hierboven) worden geregistreerd.

Van de stoelgang is bekend dat dit een verrichting is die omkleed kán zijn met hetzij individueel hetzij cultureel bepaalde 'rituelen'. Mensen blijken thuis, in hun normale omgeving, soms gehecht aan de wc-gewoonten of -rituelen. Beperking of verhindering in de uitvoering daarvan, bijvoorbeeld bij uithuizigheid inclusief ziekenhuisopname, kan de normale stoelgang belemmeren. Om deze reden kan worden verondersteld dat de beleving van de stoelgang óók gerelateerd is aan variabelen betreffende *toilet-cultuur*.

Het 'normale defecatiepatroon', beschreven in hoofdstuk 3, bleek gedifferentieerd te kunnen worden naar leeftijd en geslacht. Leeftijd en geslacht lijken derhalve (*sociaal-demografische*) *determinanten* die eveneens van belang zouden kunnen zijn voor de beleving van de stoelgang.

De beleving van de stoelgang kan dus in samenhang worden gezien met vier groepen factoren, schematisch weergegeven in Figuur 4.1.



Figuur 4.1 Mogelijke determinanten van stoelgangbeleving

Het deelonderzoek beoogde de samenhang van deze factoren nader in kaart te brengen. De onderzoeksvraag luidde:

Hoe is de beleving van de stoelgang en welke zijn de determinanten van beleving van de stoelgang in een gezonde populatie?

4.2 Opzet van het onderzoek

Om antwoord op bovengeformuleerde vragen te verkrijgen, werd aan een gezonde populatie schriftelijk een aantal vragen over de feitelijkheid en de perceptie van de stoelgang voorgelegd. De onderzoeksgroep en de wijze van dataverzameling, met voor- en nadelen, zijn die zoals beschreven in § 3.5.

Ter bepaling van kenmerken van het defecatiepatroon als eventuele determinerende factoren van de beleving van de stoelgang, werd de respondenten gevraagd gedurende veertien dagen een dagboek bij te houden met betrekking tot de uitscheiding, intake van voedsel, inname van medicijnen en gebruik van laxerende produkten, consumptie van alcohol en de mate van lichaamsbeweging. Tevens werd de participanten een enquêteformulier alsook de lijst Vragen Over Ervaren Gezondheid, de VEOG-lijst, voorgelegd.

In de schriftelijke enquête werd naast de sociaal-demografische gegevens informatie gevraagd omtrent de toilet-cultuur van de respondenten, en bepaalde gegevens betreffende de gezondheidstoestand. Omtrent de laatstgenoemde variabele werd eveneens informatie ontleend aan de VEOG-lijsten. Informatie omtrent de gedragsvariabelen werd ontleend aan de dagboeken.

4.3 Vier belevingsvarianten ten aanzien van ontlasting

Met betrekking tot de 'beleving van de stoelgang' werden aan de onderzoekspopulatie 22 op face-validity geselecteerde vragen voorgelegd betreffende stoelganggedrag en bijkomende gevoelens (zie Tabel 4.1).

Uit deze Tabel blijkt dat omtrent aspecten van stoelgang(gedrag) de percentages instemmende antwoorden uiteenlopen: het mijden van winden in gezelschap (88%), of de hinderlijkheid van andermans ontlastingsgeuren (87%), tegenover lectuur op toilet aanwezig (19%), en het feit of men zich gemakkelijk laat verstoren tijdens de stoelgang (23%).

Op de belevings- en gedragsvariabelen werd vervolgens een factoranalyse uitgevoerd. Van de variantie in de variabelen wordt 42 procent verklaard door de eerste vier factoren (Eigenvalue resp. 3.66, 2.87, 1.90, en 1.62). Na rotatie volgens het varimaxcriterium op de eerste vier, drie en twee factoren, bleek de vierdimensionale oplossing het best te interpreteren. In Tabel 4.1 staan de factorladingen weergegeven. Alleen factorladingen met een waarde van .40 worden bij de interpretatie betrokken.

Vier factoren konden worden geïdentificeerd. De items van de eerste factor bevatten informatie over schaamte die men ervaart bij eigen en andermans winderigheid. Men

Tabel 4.1 Frequentieverdeling en factorladingen op de eerste vier factoren na varimaxrotatie

Variabelen	% instemmende antwoorden	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4
Factor 1: 'Schaamte voor winden'					
- Vindt winden van anderen hinderlijk	56	.73	.05	.14	.05
- Schaamt zich voor winden in gezelschap	62	.60	- 0.06	- 0.04	.10
- Laat geen winden in gezelschap	88	.60	- 0.13	.16	.14
- Laat winden niet hoorbaar	77	.60	- 0.40	.24	.12
Factor 2: 'Geur-gevoeligheid'					
- Na de stoelgang iemand waarschuwen te wachten	38	.19	.66	.06	- 0.25
- Uithuizig verandert ontlastingspatroon	44	- 0.20	.58	.18	.18
- Stelt de stoelgang uit als wc stinkt	56	.19	.54	.10	.02
- Tijdens stoelgang gemakkelijk te verstoren	23	- 0.09	.52	- 0.21	.04
- Vindt eigen ontlasting stinken	47	- 0.24	.52	.04	- 0.02
- Korter wc-verblijf door lucht van anderen	40	.00	.45	.27	.23
- Vindt lucht van anderen hinderlijk	87	.40	.49	.32	.08
Factor 3: 'Hygiëne-gevoeligheid'					
- Hygiënische omstandigheden bepalend voor wc-gebruik	77	.20	.09	.75	- 0.05
- Vindt elders drukken moeilijk	64	- 0.14	.02	.72	- 0.05
- Vindt elders plassen moeilijk	22	0.00	- 0.01	.63	.25
- Uitstel van de stoelgang bij vuil toilet	64	.24	.18	.57	- 0.02
Factor 4: 'Toilet-attitude'					
- Toiletbezoek is 'rustpunt'	41	.10	- 0.15	.03	.79
- Toiletbezoek is niet een 'noodzakelijk kwaad'	56	- 0.11	- 0.13	- 0.12	- 0.67
- Neemt 'de tijd' voor de stoelgang	74	- 0.09	.38	.04	.59

vervolg Tabel 4.1

Variabelen	% instemmende antwoorden	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4
Variabelen niet opgenomen in een van de vier factoren:					
- Aandacht voor het produkt van de stoelgang	70	- 0.63	- 0.03	.15	- 0.03
- Op toilet is lectuur etc. aanwezig	19	- 0.37	.15	.05	- 0.37
- Men heeft een 'aangekleed' toilet	76	- 0.45	- 0.09	- 0.07	.12
- Uitsstel van de stoelgang hoewel men moet	19	- 0.11	.21	.19	.06

vindt winden hinderlijk, men schaamt zich ervoor, men laat winden niet in gezelschap, men laat winden niet hoorbaar. Factor 1 werd dus geïnterpreteerd als 'schaamte voor winden'. Op deze nieuwe variabele, met interne consistentie Cronb. $\alpha = .71$, kon theoretisch minimaal 4 en maximaal 8 worden gescoord; dit bleek in de realiteit het geval. Gemiddelde en standaarddeviatie bedroegen 6.4, respectievelijk 1.5.

Factor 2 bevat eveneens informatie over schaamte althans (over)gevoeligheid, maar nu ten aanzien van ontlastingsgeuren. Men vindt andermans geuren hinderlijk; men stelt er wc-bezoek voor uit. Voor de eigen lucht schaamt men zich. Wachtende toiletgebruikers, die aandringen op spoed, verstoren de stoelgang. Na de defecatie waarschuwt men de wachtende het toilet even niet te gebruiken. Uithuizig verkiest men liever niet naar toilet te gaan. Deze factor wordt geïnterpreteerd als 'geur-gevoeligheid'; interne consistentie is: Cronb. $\alpha = .65$. Op deze nieuwe variabele werd potentieel en feitelijk gescoord van minimaal 7 tot maximaal 14. Gemiddelde en standaarddeviatie bedroegen respectievelijk 10.3 en 1.8.

Factor 3 bevat informatie over de gevoeligheid voor hygiënische omstandigheden op het toilet. Deze blijken bepalend voor het al dan niet gebruik van het toilet. Bij een vuil toilet stelt men de stoelgang liever uit. Verkeert men buitenshuis, dan gebruikt men de vreemde wc-bril liever niet. Elders naar toilet gaan, voor urineren of defeceren, wordt als moeilijk ervaren. Deze factor, met interne consistentie: Cronb. $\alpha = .68$, wordt geïnterpreteerd als 'hygiëne-gevoeligheid'. Ook op deze nieuwe variabele werd datgene gescoord wat theoretisch mogelijk was, namelijk 5 als minimum en 10 als maximum. Het gemiddelde bedroeg 7.7, de standaarddeviatie 1.5.

De items in factor 4 tenslotte geven uitdrukking aan een bepaalde houding van de respondent ten opzichte van de stoelgang. Deze bleek men als problematisch, een 'noodzakelijk kwaad' te ervaren, dan wel als een 'rustpunt gedurende de dag', waarvoor men de tijd neemt. Deze factor, met interne consistentie: Cronb. $\alpha = .60$, wordt geïnterpreteerd als 'toilet-attitude'. De scores bleken tussen 3 en 6 gelegen, hetgeen ook de theoretische mogelijkheid was. Gemiddelde en standaarddeviatie bedroegen respectievelijk 4.3 en 1.1.

Enkele items bleken op geen van de vier factoren te laden, ofwel werden om

inhoudelijke redenen niet bij de nieuw gevormde variabelen betrokken. De variabelen die als cultureel bepaalde determinanten van stoelgangbeleving waren aangemerkt, namelijk betreffende de aankleding van de toiletruimte, alsook 'wc-lezen', zullen afzonderlijk in de verdere analyse worden betrokken.

Van de beleving van de stoelgang blijken dus vier aspecten of dimensies benoemd te kunnen worden. Deze belevingsaspecten blijken alle een overwegend problematische inslag te hebben. Omdat determinanten van (problematische) stoelgangbeleving bij sommigen kunnen culmineren, werd uit de vier benoemde 'determinanten van beleving van de stoelgang' één variabele samengesteld, 'wc-problemen', als indicatie voor meer of minder moeilijkheden omtrent de stoelgang. De vorming van de nieuwe variabele kwam tot stand door middel van somming van de standaardscores van de vier variabelen. Interne consistentie bedraagt: Cronb. $\alpha = .41$.

Een overzicht van Pearsons correlatiecoëfficiënten toont relaties aan tussen deze belevingsvarianten (Tabel 4.2).

Tabel 4.2 Interrelaties tussen de belevingsvarianten

	schaamte voor winden	geur- gevoeligheid	hygiëne- gevoeligheid	(problematisch) toilet-attitude	wc-pro- blemen
schaamte voor winden		$r = .02$	$r = .25^{**}$	$r = .09$	$r = .55^{***}$
geur- gevoeligheid			$r = .31^{**}$	$r = .12$	$r = .60^{***}$
hygiëne- gevoeligheid				$r = .24^{*}$	$r = .73^{***}$
(problematische) toilet-attitude					$r = .59^{***}$

* = $p \leq 0.05$

** = $p \leq 0.01$

*** = $p \leq 0.001$

Uit Tabel 4.2 blijkt dat 'wc-problemen' significant samenhangen met de vier overige variabelen - hetgeen voor de hand ligt, aangezien 'wc-problemen' uit deze variabelen is samengesteld. 'Hygiënegevoeligheid' blijkt te correleren met 'schaamte voor winden', 'geurgevoeligheid' en met de 'problematische toilet-attitude'. Tussen de drie laatstgenoemde variabelen blijkt geen samenhang.

4.4 De onafhankelijke variabelen

De variabelen die als determinerend van de stoelgangbeleving waren aangemerkt zijn, gegroepeerd, in Tabel 4.3 weergegeven.

Tabel 4.3 Onafhankelijke variabelen, met frequentieverdeling, bij 'Beleving van de stoelgang'

Variabelen

Sociaal-demografische variabelen:

- leeftijd: 39% > 40 jaar
- geslacht: 39% mannen

Gedragsvariabelen:

- frequentie van de stoelgang: 9% < 4x per week,
67% 5-9x per week,
24% > 10x per week
- aantal minuten per stoelgang: 34% < 5 min. per stoelg.,
44% 5 min.,
12% > 5 min.
- vindt eigen ontlasting vaak stinken: 32% (vaak)
44% (soms)
23% (nooit)
- is zelf winderig 48% (altijd/vaak)
- stelt defecatie uit 52% (zelden/nooit)
26% (vaak)
34% (soms)
40% (nooit)

Toilet-cultuur

- op toilet lectuur etc. aanwezig 19% (ja, meestal)
81% (niet)
- heeft een 'aangekleed' toilet 76% (ja, meestal)
24% (niet)

Gezondheidstoestand

- maag-/buikklachten volgens VOEG 67% (nee)
23% (beetje)
10% (veel)
- klachten over postuur volgens VOEG 68% (nee)
28% (te dik)
4% (te mager)
- ervaart lichamelijk ongemak 21% (vaak)
26% (soms)
53% (nooit)
- gebruikt laxerende middelen 27% (vaak)
73% (zelden/nooit)

De *sociaal-demografische* variabelen leeftijd en geslacht werden, als kenmerken van de populatie, toegelicht in hoofdstuk 3, evenals kenmerken van het 'normale defecatiepatroon', zoals de frequentie, de duur, de hoeveelheid ontlasting per stoelgang, het uitselgedrag van de respondenten, enzovoort.

Onder de cluster *toilet-cultuur* worden de twee cultureel bepaalde kenmerken van wc-gedrag vermeld, namelijk het bezit van een behalve met de gebruikelijke kalender en spiegel ook met posters, planten, curiosa etc. 'aangeklede' toiletruimte; en vervolgens de meer specifieke aanwezigheid van lectuur. In onze populatie blijkt een betrekkelijk gering aantal respondenten (19%) op toilet te lezen; de meerderheid daarentegen (76%) beschikt over een 'aangekleed' toilet.

Onder *gezondheidstoestand* zijn variabelen gegroepeerd betreffende lichamelijke klachten die als min of meer aan de stoelgang gerelateerd beschouwd kunnen worden. Klachten betreffende aambeien, anale kloofjes, pijn bij het persen, komen bij bijna de helft van de respondenten vaak of soms voor (47%). Vervolgens maag- en buikklasten, en zich te dik voelen. Tenslotte een indicatie omtrent het gebruik van laxerende middelen: 27%.

Ter bepaling van determinanten van de vier belevingsvarianten werd een stapsgewijze multiple regressie-analyse uitgevoerd met elk van de varianten achtereenvolgens als afhankelijke variabele. Ditzelfde werd uitgevoerd met 'wc-problemen' als afhankelijke variabele (Tabel 4.4).

Tabel 4.4 geeft de significante correlaties weer tussen de onafhankelijke variabelen en elk van de vier belevingsvarianten, resp. van de globale variabele 'wc-problemen'. Wc-problemen blijken beduidend meer voor te komen bij vrouwen, alsook bij degenen die niet beschikken over een 'aangeklede' wc. Met betrekking tot de vier afzonderlijke belevingsvarianten, blijkt, gezien de hoogte van de β -coëfficiënten, dat

Tabel 4.4 Bèta-coëfficiënten in stapsgewijze multiple regressie-analyse, resp. significante nulde-orde correlatiecoëfficiënten 'Determinanten stoelgang-beleving', bij $p \leq 0.05$

Afhankelijke variabelen	problematische toilet-attitude	geurgevoelig
Onafhankelijke variabelen:		
Sociaal-demografische variabelen:		
leeftijd		
geslacht	- (- .26)	
Gedragsvariabelen:		
frequentie van de stoelgang		
aantal minuten per stoelgang	-.29 (- .30)	.21 (.19)
vindt eigen ontlasting stinken	.25 (.13)*	
is zelf minder	-.25 (- .28)	
stelt defecatie uit		
Toilet-cultuur:		
leest op toilet	- (- .21)	
heeft 'aangeklede' wc		
Gezondheidstoestand:		
maag-/buikklasten volgens VOEG	.16 (.21)	.21 (.19)
klachten over postuur (te dik)		
Lichamelijk ongemak bij stoelgang		
gebruikt laxerende middelen	.17 (.18)	.24 (.23)
r^2	.25	.14
adj. r^2	.21	.10
*) $p > 0.05$		

- problematische toilet-attitude negatief correleert met de duur van de afzonderlijke stoelgang;
- schaamte voor geuren groter is bij degenen die laxerende middelen gebruiken;
- schaamte voor winden vooral bij ouderen voorkomt;
- vooral vrouwen gevoelig zijn voor hygiënische wc-omstandigheden.

4.5 Onderlinge structuur tussen onafhankelijke variabelen

De onafhankelijke variabelen die in enigerlei mate correleren met de gedrags- en belevingsvarianten en met 'wc-problemen', kunnen echter onderling samenhangen, zelfs de relatie tot de afhankelijke variabelen onderling versterken. Daarom wordt, vervolgens, met behulp van de correlatiematrix, gezocht naar structuur tussen de onafhankelijke variabelen onderling, alsook tussen de onafhankelijke variabelen en andere relevante variabelen.

schaamte voor winden	hygiëne- gevoelig	wc-problemen
.22 (.22)	-.27 (-.24)	-.34 (-.32)
	-.18 (.13) *	
- (-.21)		
- (-.19)		-.17 (-.13) *
	- (.19)	
	- (.22)	
.05	.09	.13
.04	.07	.11

Tabel 4.5 Pearsons correlatie-coëfficiënten tussen predictor- en correlerende variabelen (alle r's significant bij $p < 0.05$)

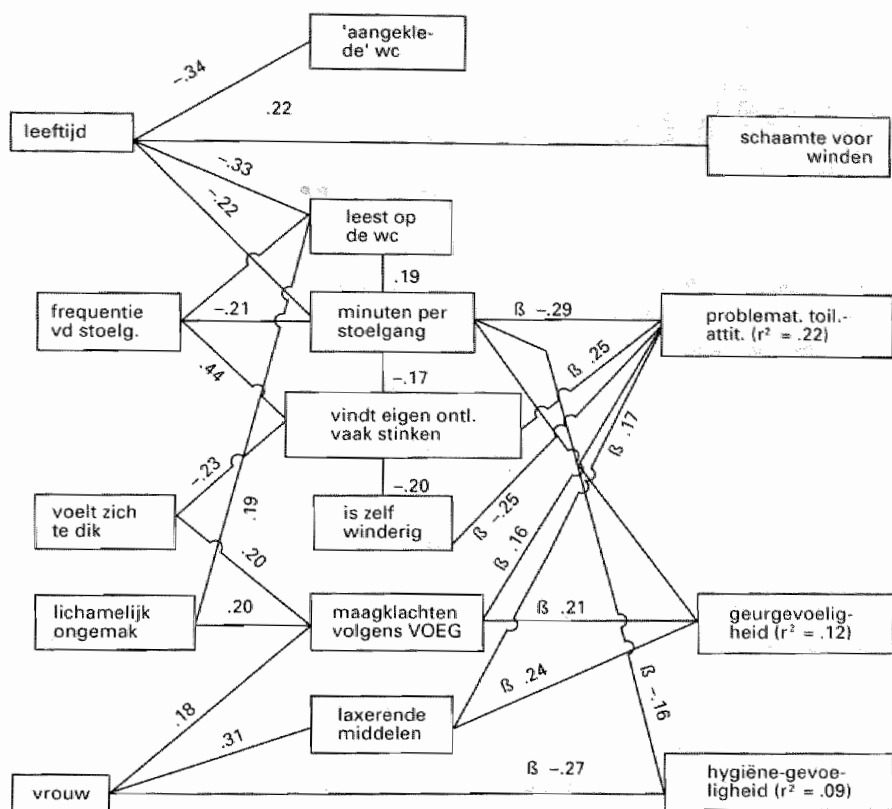
Predictor Variabele	Correlerende Variabele	r
minuten per stoelgang	leeftijd	- 0.22
	frequentie van de stoelgang	- 0.21
	vindt eigen ontlasting vaak stinken	- 0.17
vindt eigen ontlasting vaak stinken	men is zelf winderig	- 0.20
	frequentie van de stoelgang	.44
	men voelt zich te dik	.23
men is zelf winderig		-
'aangekleed' toilet	leeftijd	- 0.34
leest op toilet	leeftijd	- 0.33
	lichamelijk ongemak bij stoelgang	.19
	aantal minuten per stoelgang	.19
	frequentie van de stoelgang	.19
maagklachten volgens de VOEG	men voelt zich te dik	.20
	lichamelijk ongemak	.20
	geslacht: vrouw	.18
gebruik laxerende middelen	geslacht: vrouw	.31

Tabel 4.5 laat zien dat, en in welke mate, onafhankelijke variabelen onderling correleren. De frequentie van de stoelgang, bijvoorbeeld, correleert hoog met het vaak vinden stinken van de eigen ontlasting. Soms liggen de verbanden voor de hand: hoe vaker men naar de wc gaat, des te korter duurt het verblijf per stoelgang. Opmerkelijk, tenslotte, is dat verschillende variabelen met verschillende andere correleren: er ontstaat een netwerk van interdependenties dat, als een uiteindelijk verklarend schema van 'determinanten van beleving van de stoelgang', met ondersteunende structuur van variabelen, wordt voorgesteld in Model 4.2.

De 'determinanten van beleving van de stoelgang in een gezonde populatie' kunnen aan de hand van Model 4.2 als volgt worden benoemd.

1. Schaamte voor winden, toenemend naarmate men ouder is.

2. Hygiëne-gevoeligheid. Deze komt blijkbaar meer voor bij vrouwen. Naarmate men gevoeliger is voor hygiënische omstandigheden op toilet, duurt de stoelgang korter.



Model 4.2 Determinanten van beleving van de stoelgang, in een gezonde populatie

3. Schaamte of gevoeligheid voor ontlastingsgeuren, meer optredend indien:

- men per stoelgang korter op het toilet verblijft, wat het geval kan zijn:
 - naarmate men zich frequenter ontlast,
 - naarmate men ouder is,
 - naarmate men minder leest op de wc.
- men blijkt geeft van maag-/buikklachten, wat het geval kan zijn:
 - naarmate men zich te dik voelt,
 - naarmate men meer last heeft van lichamelijk ongemak bij de stoelgang,
 - bij vrouwen.
- men meer laxerende produkten gebruikt, wat vooral bij vrouwen het geval blijkt te zijn.

4. Een 'problematische toilet-attitude', meer optredend indien:

- men per stoelgang korter op het toilet verblijft, wat het geval kan zijn:
 - naarmate men ouder is,

- naarmate men zich frequenter ontlast,
 - naarmate men minder leest op de wc.
- b. men minder winderig blijkt te zijn.
- c. men meer vindt dat de eigen ontlasting stinkt, wat het geval kan zijn:
- naarmate men zich minder frequent ontlast,
 - naarmate men meer winderig blijkt te zijn,
 - naarmate men zich te mager vindt.
- d. men blijk geeft van maag-/buikklachten, wat het geval kan zijn:
- naarmate men zich te dik voelt,
 - naarmate men meer last heeft van lichamelijk ongemak bij de stoelgang,
 - bij vrouwen.
- e. men meer laxerende middelen gebruikt, hetgeen bij vrouwen vaker het geval is.

Kortom:

1. Ouderen schamen zich meer voor winden.
2. Vrouwen zijn gevoeliger voor hygiënische omstandigheden.
3. Degenen met maag- en buikklachten en degenen die laxerende produkten gebruiken, schamen zich meer voor ontlastingsgeuren; degenen die zich voor geuren schamen, verblijven korter per stoelgang op de wc.
4. Van een problematische toilet-attitude geven blijk: degenen met maag- en buikklachten, degenen die laxerende produkten gebruiken, die vaak vinden dat de eigen ontlasting stinkt, die per stoelgang korte tijd op de wc blijven, en die zelf winderig zijn.

4.6 Problematische beleving van de stoelgang: differentiatie naar geslacht en naar leeftijd

Daar verwacht kan worden dat leeftijd en geslacht interacteren met de afhankelijke variabele, is besloten met de samengevoegde variabele 'wc-problemen' een stapsgewijze

Tabel 4.6 Stapsgewijze multiple regressie-analyse op 'wc-problemen', afzonderlijk per leeftijdscategorie van jonger en ouder dan 40 jaar

≤ 40 jaar		B
$r^2 = .19$		
adj. $r^2 = .15$		
men is zelf winderig		.26
maag-/buikklachten (volgens de VOEG)		.26
leest (etc.) op de wc		.25
> 40 jaar		
$r^2 = .41$		
adj. $r^2 = .35$		
gebruikt laxerende middelen		.40
geslacht		-.36
lichamelijk ongemak bij de stoelgang		.25

wijze multiple regressie-analyse uit te voeren voor de afzonderlijke leeftijdscategorieën van jonger en van ouder dan 40 jaar (Tabel 4.6).

Uit deze analyse blijkt dat wc-problematiek bij jongeren vaker voorkomt naarmate men meer winderig is, of ook naarmate men meer maag- en buikklachten aangeeft op de VOEG. Bij de ouderen blijken wc-problemen gerelateerd aan het gebruik van laxerende middelen, alsook aan, achtereenvolgens, het geslacht en lichamelijk ongemak bij de stoelgang.

Bij variantie-analyse bleek geen extra interactie-effect van de variabele 'leeftijd'.

Eveneens werd op 'wc-problemen' een stapsgewijze multiple regressie-analyse uitgevoerd, afzonderlijk per geslacht (Tabel 4.7).

Wat vrouwen betreft doen wc-problemen zich vooral voor bij degenen wier toiletruimte niet is 'aangekleed', en naarmate zij meer laxerende middelen gebruiken en blijken geven van maag- en buikklachten. Bij mannen doen wc-problemen zich meer voor naarmate zij minder laxerende middelen gebruiken en lichamelijk ongemak ervaren bij de stoelgang.

Met behulp van variantie-analyse werd extra interactie vastgesteld tussen de variabele 'geslacht' en de variabelen benoemd in de multiple regressie-analyse (uitgezonderd de variabele 'maag-/buikklachten volgens de VOEG', waarbij een scheve verdeling van het statistisch materiaal de analyse bemoeilijkt).

Specifieke samenhang bleek aanwezig tussen 'geslacht' en beide cultureel bepaalde variabelen. Bij vrouwen die beschikken over een 'aangeklede' toiletruimte worden minder wc-problemen geconstateerd (Fig. 4.2). Ook komen wc-problemen minder voor bij vrouwen die lezen (etc.) op toilet, dan bij degenen die niet wc-lezen. Bij mannen is dit eveneens het geval, zij het significant minder (Fig. 4.1).

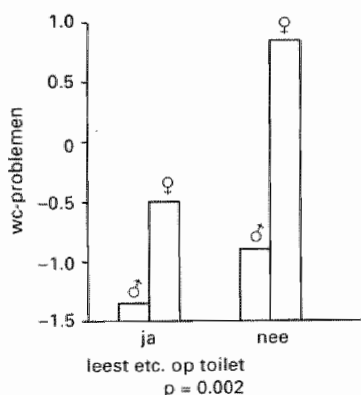


Fig. 4.1 Interactie geslacht met 'lezen op wc', in relatie tot 'wc-problemen'

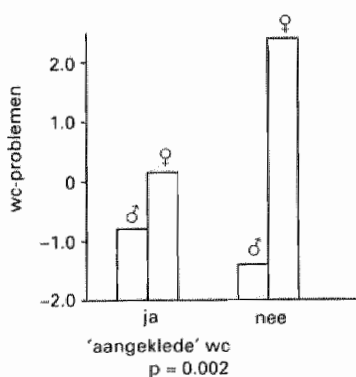


Fig. 4.2 Interactie geslacht met 'aangeklede wc', in relatie tot 'wc-problemen'

Tabel 4.7 Multiple stapsgewijze regressie-analyse op 'wc-problemen', afzonderlijk per geslacht

vrouwen:

$r^2 = .33$

adj. $r^2 = .29$

'aangeklede' toilet-ruimte

gebruik van laxerende middelen

maag-/buikklachten (volgens VOEG)

-.37

.36

.22

mannen:

$r^2 = .27$

adj. $r^2 = .23$

gebruik van laxerende middelen

lichamelijk ongemak bij stoelgang

-.46

.29

Eveneens werd specifieke samenhang geconstateerd tussen 'geslacht' en twee gezondheidsvariabelen. Bij vrouwen die laxerende middelen gebruiken, komen meer wc-problemen voor dan bij mannen in deze situatie; bij mannen en vrouwen die geen laxerende middelen gebruiken is het verschil in de hoeveelheid wc-problemen aanmerkelijk geringer (Fig. 4.4). Evenzo komen er meer wc-problemen voor bij vrouwen dan bij mannen die lichamelijk ongemak bij de stoelgang ervaren; bij vrouwen en mannen met geen of een beetje ongemak is het verschil in de mate van wc-problematiek aanmerkelijk geringer (Fig. 4.3).

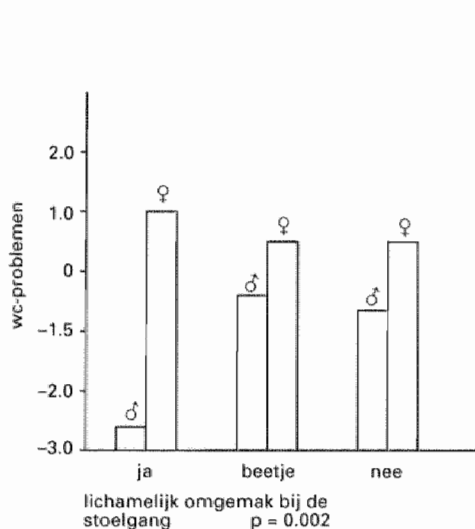


Fig. 4.3 Interactie geslacht met 'lichamelijk ongemak', in relatie tot 'wc-problemen'

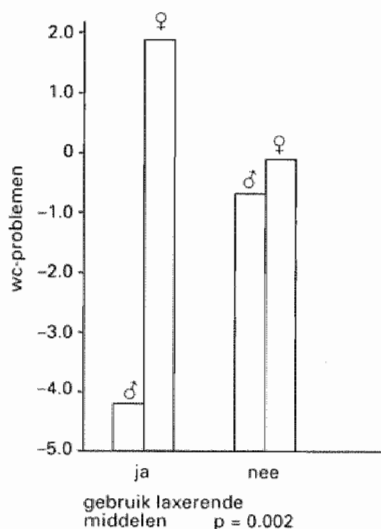


Fig. 4.4 Interactie geslacht met 'gebruik laxerende middelen', in relatie tot 'wc-problemen'

Kortom: bij respondenten met wc-problemen betreft het vooral de vrouwen ingeval er verband wordt gevonden met het gebruik van laxerende middelen en met lichamelijk ongemak bij de stoelgang. Eveneens betreft het de vrouwen wanneer wc-problemen in relatie worden gezien met afwezigheid van 'wc-cultuur'.

4.7 Discussie en conclusies

4.7.1 Ten aanzien van het onderzoek waarover hier verslag wordt gedaan gelden tweeërlei beperkingen: de geringe theoretische inkadering en de relatief kleine onderzoekspopulatie.

De beperktheid van de theoretische inkadering, bij afwezigheid van relevante literatuur, resulteerde in het explorerende karakter van dit onderzoek. Enerzijds heeft dit het voordeel dat het de onderzoeker in staat stelt onvermoede relaties tussen variabelen te exploreren; anderzijds het nadeel van een zekere willekeur in de procesgang van het onderzoek. Zo kwam het onderscheid tussen vier belevingsvarianten van de stoelgang weliswaar tot stand aan de hand van factoranalyse, maar deze werd uitgevoerd op een 22-tal aan de respondenten voorgelegde variabelen waarvan de validiteit niet voordien was vastgesteld. Ook de onafhankelijke variabelen, en de clustering ervan tot vier groepen, berustte evenmin op een geëxpliciteerd theoretisch fundament. Vervolgonderzoek naar 'Determinanten van beleving van de stoelgang in een gezonde populatie' zou gebaat zijn bij een duidelijker omschreven theoretisch kader - mede te baseren op de hier gerapporteerde, explorerend verkregen onderzoeksresultaten.

De beperkingen inherent aan de relatief kleine onderzoeksgroep hebben hun weerslag op de statistische bewerking van de data. Subgroepen - de populatie werd soms ingedeeld naar geslacht én naar leeftijdscategorieën - bleken dan te gering van omvang voor het doen van uitspraken hen betreffende met voldoende betrouwbaarheid. Bepaalde statistische bewerkingen leken dan nauwelijks verantwoord, bijvoorbeeld variantie-analyse ter vaststelling van extra interactie-effect, waarbij de betrokken subgroepen soms een (te?) gering aantal respondenten bevatten. In deze twijfelachtige gevallen is niet altijd van verdere analyse afgezien; deze werd tentatief voortgezet, aldus de grenzen van het statistisch toelaatbare waarschijnlijk soms overschrijdend. Het 'creëren van optimale kansen voor het toeval', een terrein verkennen waarop nog weinig onderzoek was gepubliceerd, was daarbij de beweegreden.

4.7.2 Beleving van de stoelgang uit zich, blijkens het hier gerapporteerde deelonderzoek, op vier van elkaar onderscheiden wijzen: drie ervan verwijzen naar speciale gevoeligheden van mensen (gevoeligheid voor hygiënische omstandigheden, voor ontlastingsgeuren, voor winden), de vierde geeft een globale houding ten aanzien van de stoelgang weer, 'toilet-attitude'. Van elk van deze vier belevingsfactoren werden, via multiple regressie-analyse, de determinanten in volgorde van belangrijkheid benoemd. Daarbij blijken de vier belevingsfactoren in eerste instantie elk gerelateerd aan verschillende onafhankelijke variabelen. Reden dus te vermoeden dat achter elk van de vier factoren zich een verschillend leef- of gedragspatroon zou aftekenen.

'Schaamte voor winden' blijkt gerelateerd aan de leeftijd: vooral de ouderen blijken

gevoelig op dit punt. Bij de uitscheiding gehoord worden of mee te luisteren blijkt 'pijnlijk' (in de betekenis van Elias, 1982) voor wie een half leven van driftbeheersing achter zich heeft.

'Geurgevoeligheid' blijkt op de eerste plaats gerelateerd aan het gebruik van laxerende middelen (medicijnen én natuurlijke produkten). Een extra interactie-effect met 'geslacht' - laxerende middelen worden vooral gebruikt door vrouwen - werd niet geconstateerd, zodat 'geurgevoeligheid' kenmerkend kan heten voor alle zogenoemde hardlijvigen.

'Hygiënegevoelig' bleken met name de vrouwen. Omdat onze huidige, westerse samenleving wil dat vrouwen zittend defeceren én urineren, dus in alle omstandigheden liefelijk contact hebben met het sanitair, kan worden aangenomen dat deze in feite typisch vrouwelijke vorm van stoelgangbeleving zowel anatomisch-fysiologisch als ook cultureel bepaald is.

Van de 'toilet-attitude', de meer globale, minder specifieke belevingsfactor van de stoelgang, blijkt 'het aantal minuten per stoelgang' de belangrijkste indicator. Wanneer men de ontlasting niet ervaart als een rustpunt, maar eerder als een noodzakelijk kwaad, verblijft men kort, zo kort mogelijk op de wc. Overigens is de korte duur van de defecatie eveneens een determinant gebleken van de belevingsfactoren 'geurgevoeligheid' en 'hygiënegevoeligheid'. Hoewel de Pearsons correlatiematrix verbanden laat zien tussen het aantal minuten per stoelgang en tenminste vier andere variabelen, zoals gevisualiseerd in Model 4.2, blijken uit de variantie-analyse geen of nauwelijks interactie-effecten. Het geringe aantal minuten per defecatie is dus een belangrijke determinant van de 'problematische toilet-attitude', hoewel niet aanwijsbaar een exponent van (een) bepaalde gedragscomplex(en).

'WC-problemen', als globale, totaliserende belevingsfactor, blijken vooral gerelateerd aan het geslacht: de problematiek doet zich met name voor bij vrouwen. Met behulp van variantie-analyse werd het extra interactie-effect van 'geslacht' geconstateerd. Bij multiple regressie-analyse, uitgevoerd per sekse afzonderlijk, bleken de gezondheidsvariabelen 'gebruik van laxerende middelen' en 'maag- en buikklachten' voor vrouwen, en 'laxerende middelen' en 'lichamelijk ongemak bij de stoelgang' voor mannen belangrijke determinanten bij 'wc-problemen'. Gezondheidsvariabelen als indicatoren voor wc-problemen lijken alleszins aannemelijk.

Echter, de cultureel bepaalde variabelen blijken eveneens een belangrijke rol te spelen bij de beleving van de stoelgang. Lezen (etc.) op de wc en een 'aangeklede' wc bezitten zijn variabelen die over het algemeen gerelateerd blijken aan niet-problematische stoelgang. Onder degenen met wc-problemen hebben vooral de vrouwen geen wc-cultuur. Speciaal interactie-effect van 'geslacht' werd hier vastgesteld.

Hebben dus met name de vrouwen de wc-ruimten huiselijk ingericht? Of percipiëren de vrouwen, in tegenstelling tot de mannen, deze ruimte 'aangekleed' als, behorende tot het interieur, als woon'verblijf'? Misschien wordt met dit verschil in beleving van de toilet-ruimte iets geïllustreerd van de verschillende wijzen waarop man en vrouw hun (gezamenlijke) woonruimte beleven, door Buytendijk ooit verwoord als: 'De man heeft een "vertrek", de vrouw heeft een "verblijf".'

5 Privacygevoeligheid van ziekenhuispatiënten bij de stoelgang

5.1 Inleiding

Auteurs die een poging ondernemen het begrip privacy te operationaliseren, grijpen over het algemeen terug op het werk van Westin (1967). Op grond van theoretische analyse onderscheidde deze vier 'states' (soorten, situaties, toestanden) van privacy, namelijk:

1. 'solitude' (afzondering): alleen zijn, gevrijwaard van andermans blikken,
2. 'intimacy' (intimiteit): met een ander of met een kleine groep afgezonderd zijn van de grote groep,
3. 'anonymity' (anonimiteit): zich ongekend temidden van de menigte bevinden,
4. 'reserve' (terughoudendheid): (een) psychologische drempel(s) opwerpen tegen ongewenste bemoeienis.

Met dit onderscheid als uitgangspunt zijn verschillende pogingen ondernomen het begrip privacy(gevoeligheid) te operationaliseren (Marshall 1974, Altman 1976, Hunter, Grinnell & Blanchard 1978, Smith & Swanson 1979, Pederson 1979 en 1982, Walden, Nelson & Smith 1981, Williamson, Swingle & Stanfield 1982, Kline 1983). Bij de op Westin geïnspireerde meetinstrumenten blijft echter vaak onduidelijk wat in feite wordt gemeten. Afwisselend blijken voorwaarden, noodzakelijk voor het verkrijgen van privacy, dan wel maatregelen ter bescherming van privacy onderwerp van onderzoek. Eveneens kan als bezwaarlijk worden aangemerkt dat bij de pogingen tot operationaliseren het begrip privacy werd opgevat in zijn meest globale betekenis, dus als van toepassing op een zo breed mogelijk scala van situaties. Conceptuele analyse (zie hoofdstuk 2) toont echter dat behoefte aan en inbreuk op privacy zich zeer verschillend kan voordoen in uiteenlopende situaties.

Om aan deze bezwaren tegemoet te komen werd, met het oog op de specificiteit van het onderwerp – privacygevoeligheid van ziekenhuispatiënten ten opzichte van de stoelgang –, gekozen voor de constructie van een nieuw meetinstrument, gebaseerd op de hierboven genoemde conceptuele analyse.

5.2 Operationalisering 'Privacygevoeligheid'

Onder privacygevoeligheid wordt hier verstaan de mate waarin men privacy verlangt in bepaalde situaties. Het belang dat men hecht aan privacy kan, blijkens de begripsanalyse, worden afgelezen van:

1. het belang dat men hecht aan de middelen ter bescherming van de privacy, en
2. het gewicht dat men toekent aan de (pogingen tot) inbreuk op de privacy.

ad 1. Middelen ter bescherming van privacy werden eerder (hoofdstuk 2) onderscheiden in:

- 1.1 maatregelen van materieel-organisatorische aard, en
- 1.2 gewoonten en gebruiken waarop men zich beroept, van normatieve aard.

ad 2. Inbreuk op privacy werd onderscheiden in:

- 2.1 het willekeurig of onwillekeurig met behulp van de zintuigen kennis nemen van informatie zonder instemming van betrokkene (= 'zintuiglijke inbreuken'), en
- 2.2 bemoeienis, hinderlijke toenadering, hinderlijke aanwezigheid.

Op grond van het bovenstaande kan privacygevoeligheid worden afgemeten aan de hand van het belang dat men hecht aan maatregelen van materieel-organisatorische aard (1.1), zowel te nemen tegen het onttrekken van informatie aan iemand (2.1) alsook tegen hinderlijke bemoeienis (2.2). Daarnaast moet het belang worden vastgesteld dat men hecht aan gewoonten en gebruiken van normatieve aard (1.2), eveneens ter voorkoming van het onttrekken van informatie (2.2) alsook van hinderlijke bemoeienis (2.2).

De volgende '2x2-matrix' kan dus worden geconstrueerd:

Privacy- bescherming:	Inbreuk op Privacy:	
	Zintuiglijke Inbreuken	Hinderlijke Bemoeienis
Vanzelfsprekend- heid van normen, regels, gewoonten	1	2
Belang van materieel- organisatorische maatregelen	3	4

Schema 5.1 Theoretische matrix betreffende privacygevoeligheid

De aldus verkregen vier cellen bevatten de volgende deelonderwerpen van het te construeren meetinstrument:

Cel 1: Gevraagd wordt naar de mate waarin men allerlei regels en gebruiken ter voorkoming van zintuiglijke inbreuken vanzelfsprekend acht. Bijvoorbeeld: als het

beletlampje van de ziekenkamer brandt, is het gebruikelijk dat men daar niet binnen gaat; veel bezoekers vinden dat vanzelfsprekend, terwijl ziekenhuispersoneel vaak vindt dat men, zelfs zonder kloppen, naar binnen mag.

Cel 2: Gevraagd wordt naar de vanzelfsprekendheid die men toekent aan allerlei regels en gebruiken ter voorkoming van hinderlijke bemoeienis. Gesprekken over gênante onderwerpen als problemen met de stoelgang voert men gewoonlijk het liefst buiten gehoorafstand van derden.

Cel 3: Gevraagd wordt in welke mate men belang hecht aan maatregelen van materieel-organisatorische aard, ter bescherming tegen zintuiglijke inbreuken op de privacy. Sommige patiënten vinden het belangrijker dan anderen, zich te kunnen afzonderen voor de ontlasting.

Cel 4: Gevraagd wordt naar het belang dat men hecht aan maatregelen van materieel-organisatorische aard tegen hinderlijke bemoeienis. Sommige patiënten stellen het op prijs zélf het moment van de stoelgang te bepalen.

De vier cellen werden vervolgens 'gevuld' met Likerttype statements. Aan de hand van eigen ervaringen alsook van die van medewerkers en ook aan de hand van literatuur werd de ziekenhuissituatie doorgelicht op 'privacygevoelige elementen' ten aanzien van de stoelgang. De geformuleerde items werden voorgelegd aan een zevental deskundigen - verplegingswetenschappers, verpleegkundigen, medisch socioloog, medisch psycholoog -, ter beoordeling op formulering, volledigheid van de lijst en relevantie van de items voor het te bestuderen onderwerp. In deze voorbereidingsfase van de constructie van het instrument werden, voornamelijk op geleide van overwegingen van face-validity, alle statements in de cellen opgenomen die relevant leken: 33 statements in cel 1, en 18 in cel 2, zodat het vanzelfsprekendheidsaspect van privacy-bescherming beoordeeld zou worden aan de hand van 51 statements. Het belangrijke aspect werd beoordeeld met behulp van 29 statements, namelijk 14 in cel 3 en 15 in cel 4. De totale PrivacyGevoelighedsVragenlijst (PGV) bestond zodoende aanvankelijk uit 80 items, verdeeld over de twee 'domeinen' vanzelfsprekendheid en belangrijkheid. Statements over deze twee domeinen werden in de genoemde volgorde aan de respondenten voorgelegd. Deze volgorde is niet willekeurig. Bij een omgekeerde volgorde zou de opsomming van allerlei maatregelen bewust of onbewust van invloed kunnen zijn op hetgeen de respondent als vanzelfsprekend beschouwt.

Ter voorkoming van een response-set is een evenredig aantal items in positieve dan wel in negatieve zin geformuleerd.

5.3 Vraagstellingen

Het onderhavige deelonderzoek werd opgezet om vast te stellen of de PrivacyGevoelighedsVragenlijst (PGV), zoals door ons samengesteld op geleide van de conceptuele analyse, op *betrouwbare* wijze de privacygevoeligheid meet van ziekenhuispatiënten met betrekking tot de stoelgang. Deze doelstelling geldt zowel de PGV in haar geheel alsook de vier hierboven beschreven dimensies die krachtens de genoemde analyse aan privacygevoeligheid kunnen worden onderscheiden. De betrouwbaarheid wordt aangegeven met behulp van berekening van de interne consistentie: de mate waarin de

samenstellende delen van het instrument dezelfde karakteristieken meten van het bestudeerde fenomeen. Van de uiteindelijke PrivacyGevoelighedsVragenlijst, alsook van de subschalen, zal interne consistentie worden aangegeven met behulp van Cronbachs alfa.

Eveneens een doelstelling van dit deelonderzoek was de *validiteit* vast te stellen van het nieuw geconstrueerde meetinstrument. Het verschijnsel privacygevoeligheid kan, blijkens de conceptuele analyse, worden beschouwd als een veranderlijk fenomeen. Behoeftte aan of gevoeligheid voor privacy kan zich, afhankelijk van uiteenlopende situaties, verschillend voordoen naar gelang iemands leeftijd, geslacht, levenservaring en leefsituatie. Omdat de behoefte aan privacy groter kan worden geacht naarmate de te beschermen lichamelijke verrichting (i.c. de ontlasting) gevoeliger ligt voor het individu, dus naarmate de druk om de verrichting voor de privésfeer te reserveren psychologisch en maatschappelijk groter blijkt (Sills, 1986),   n ook naarmate het individu minder 'gewapend' blijkt tegen de genoemde druk, kan worden verondersteld dat de behoefte aan privacy bij de stoelgang groter is bij vrouwen dan bij mannen, groter bij jongeren dan bij ouderen, groter bij personen uit kleine gezinnen, bij personen met een laag opleidingsniveau, groter bij personen die niet eerder in een ziekenhuis gelegen hebben, met name degenen die niet eerder van een beddepan gebruik hebben moeten maken. Met het oog op *construct-validity* werden de sociaal-demografische variabelen leeftijd en geslacht, de grootte van het gezin waarin men is opgegroeid, het opleidingsniveau, een eerdere, recente ziekenhuisopname, met eventueel daarbij ervaring met het gebruik van de ondersteek, toegevoegd aan de vragenlijst voor de patiënten. Met het oog op *construct- of begripsvaliditeit*, meer specifiek ten aanzien van de vier theoretisch onderscheiden dimensies van privacygevoeligheid, werd een factoranalyse uitgevoerd op het verkregen onderzoeksmateriaal.

Ter vaststelling van een mate van *soortgenootvaliditeit*, waarbij wordt nagegaan of er samenhang bestaat tussen de meetresultaten van twee vergelijkbare instrumenten, werd aan de lijst een vraag toegevoegd waarmee de respondent gevraagd werd zichzelf te beoordelen, namelijk als wel of niet privacygevoelig. Deze variabele wordt verder als Zelfoordeel in de analyse betrokken (zie Tabel 5.6 e.v.)

5.4 Opzet en verloop van het onderzoek

Het onderzoek werd uitgevoerd met behulp van gestructureerde vragenlijsten, op interne afdelingen in twee algemene ziekenhuizen. Criteria voor deelname van patiënten waren:

- goed aanspreekbaar,
- verblijf in het ziekenhuis tussen 5 en 12 dagen,
- opname-indicatie niet een aandoening van het spijsverteringskanaal lager dan het middenrif,
- niet onder invloed van anesthesie vanwege operatie of ingrijpend onderzoek.

Patiënten die aan bovengenoemde criteria voldeden, werden om medewerking aan het onderzoek gevraagd. De aard van het onderzoeksonderwerp, namelijk privacygevoe-

ligheid, kan de oorzaak zijn van een selectieve nonrespons. Van de 115 benaderde patiënten weigerden zestien medewerking, van wie twaalf patiënten in ieder geval niet om reden van het onderwerp van onderzoek; vier patiënten betoonden geen affiniteit met de stoelgang als object van privacygevoeligheid. Zeven patiënten, die onvoldoende aanspreekbaar bleken, werden niet in de populatie opgenomen.

De onderzoekspopulatie was samengesteld zoals weergegeven in Tabel 5.1.

Tabel 5.1 Samenstelling van de onderzoekspopulatie

Leeftijd	vrouwen	mannen	Totaal
15 - 19	1	2	3
20 - 29	2	2	4
30 - 39	5	5	10
40 - 49	3	6	9
50 - 59	9	10	19
60 - 69	14	12	26
70 - 79	12	4	16
80 en ouder	4	1	5
Totaal	50	42	92

De verdeling naar leeftijd komt globaal overeen met die van patiënten op interne afdelingen, zodat deze onderzoekspopulatie althans voor wat de leeftijdsopbouw betreft als representatief mag worden beschouwd (Stijnen, 1988). Van de 92 waren 68 patiënten de afgelopen vijf jaar eerder in een ziekenhuis opgenomen geweest. Van hen hadden 51 patiënten gebruik gemaakt van de beddepan.

Van de 92 patiënten hadden 21 alleen lager onderwijs genoten. Van 76 patiënten lag de opleiding beneden HAVO-niveau.

Contact met de patiënten werd opgenomen door een onderzoeksassistente, die op het punt van 'privacygevoeligheid van ziekenhuispatiënten met betrekking tot de stoelgang' inhoudsdeskundig, en wat betreft interviewen bedreven genoemd mag worden. Toelichting die bij een tevoren gehouden proefonderzoek belangrijk was gebleken, werd tijdens de contactname gegeven. Relevant bleek adstructie over het onderscheid tussen de vanzelfsprekendheid en de wenselijkheid van maatregelen omtrent de bescherming van privacy.

Het invullen van de vragenlijst duurde gemiddeld 30 minuten (als de respondent dit zelf verzorgde) tot een uur (indien de interview-vorm moest worden toegepast).

5.5 PrivacyGevoelighedsVragenlijst, in vier subschalen

Op 21 van de 80 items bleken de respondenten een nagenoeg eensluidend antwoord te geven. Daar deze items weinig discrimineren bij het vaststellen van privacygevoeligheid, werden zij niet betrokken bij verdere data-analyse (zie Bijlage 5.1). In Tabel 5.2 worden exemplarisch enkele items getoond.

Uiteraard blijkt uit de geciteerde voorbeelden grote overeenstemming over aspecten van privacy bij de stoelgang waarover in brede lagen van de tegenwoordige maatschappij overeenstemming bestaat: men wenst zich afgezonderd, bedekt, in alle rust te ontlasten, óók in het ziekenhuis. Opmerkelijk is echter dat ziekenhuispatiënten het vanzelfsprekend blijken te vinden, dagelijks gevraagd te worden naar de ontlasting. Blijkbaar maakt men zich snel vertrouwd met ziekenhuisgewoonten, althans op het punt van de uitscheiding.

Tabel 5.2 Items (exemplarische selectie), niet opgenomen in de data-analyse

Uitspraak	Percentage 'mee eens'
Cel 1: 'vanzelfsprekendheid van gebruiken en gewoonten ter voorkoming van zintuiglijke inbreuk op de privacy':	
- Vindt vanzelfsprekend dat, wanneer men op de po(-stoel) gaat, verpleegkundigen <i>niet</i> komen storen met activiteiten die niet rechtstreeks met de stoelgang te maken hebben	83
- Vindt, voorzover zelfredzaam, na de stoelgang door verpleegkundige geholpen worden <i>niet</i> vanzelfsprekend	84
Cel 2: 'vanzelfsprekendheid van gebruiken en gewoonten ter voorkoming van hinderlijke bemoeienis':	
- Vindt het vanzelfsprekend dat gevraagd wordt naar problemen met de ontlasting	98
- Vindt vanzelfsprekend dat wordt gevraagd hoe vaak per week men ontlasting heeft	88
- Vindt vanzelfsprekend dat dagelijks wordt gevraagd of men ontlasting heeft gehad	92
Cel 3: 'belangrijkheid van materieel-organisatorische maatregelen tegen zintuiglijke inbreuk op privacy':	
- Vindt belangrijk zich op de po(-stoel) te kunnen bedekken (voor zover nodig)	84
- Vindt belangrijk inname van laxantia te kunnen uitstellen tot na het bezoek	85
Cel 4: 'belangrijkheid van materieel-organisatorische maatregelen tegen hinderlijke bemoeienis':	
- Vindt belangrijk zelf te kunnen beslissen of men voor defecatie naar toilet mag	82

Over de resterende 59 items werden factoranalyses uitgevoerd, namelijk in twee groepen gezien het betrekkelijk grote aantal resterende items in verhouding tot het aantal respondenten. Achtereenvolgens werd een factoranalyse uitgevoerd over de 32 items betreffende de vanzelfsprekendheid, en over de 27 items betreffende het belang van privacybeschermende maatregelen.

Bij factoranalyse, uitgevoerd op de 32 items betreffende de vanzelfsprekendheid van privacybeschermende maatregelen (ten aanzien van de stoelgang in het ziekenhuis), bleken de eerste vier factoren een eigenwaarde te hebben van 4.79, 2.56, 2.27 en 1.85. De verwachting was dat de items zouden laden op twee factoren, namelijk de vanzelf-

sprekendheid betreffende van materieel-organisatorische maatregelen alsook van gewoonten en gebruiken. Na rotatie volgens het varimaxcriterium op twee factoren bleek de verdeling van de items zoals in Tabel 5.3.

Tabel 5.3 Factorladingen op twee factoren, na varimaxrotatie

Items	Fact. 1	Fact. 2
Vragen naar huiselijke wc-gewoonten is niet vanzelfsprekend	.56	
Vragen naar thuisbezorgdheid is niet vanzelfsprekend	.67	
Vragen naar stoelgangregulerende maatregelen is niet vanzelfsprekend	.64	
Niet vanzelfsprekend dat een leerling-verpleegkundige aanwezig is bij een gesprek met verpleegkundige over ontlasting	.76	
Vanzelfsprekend is niemand aanwezig bij gesprek met verpleegkundige over ontlasting	.65	
Buiten gehoorafstand vragen naar ontlasting is vanzelfsprekend	.57	
Op zaal moeten blijven voor ontlasting is niet vanzelfsprekend	.46	
Niet vanzelfsprekend is dat verpleegkundige de ontlasting controleert	.65	
Dat tijdens de stoelgang de verpleegkundige een praatje maakt is vanzelfsprekend	.39	
Niet vanzelfsprekend dat verpleegkundige bij de stoelgang alleen technische aanwijzingen geeft	.52	
Vanzelfsprekend wendt verpleegkundige zich af bij helpen na de stoelgang	.46	
Gesprek met zaalgenoten tijdens de stoelgang is vanzelfsprekend		.43
Artsenbezoek tijdens de stoelgang is vanzelfsprekend		.44
Zaalgenoten confronteren met ontlastingsgeur is vanzelfsprekend		.41
Het gebruik van een gehorige wc is vanzelfsprekend		.45
Gesprekken op zaal over de stoelgang zijn vanzelfsprekend		.52
Controle door verpleegkundige tijdens de stoelgang is vanzelfsprekend		.42
Gesprek over ontlasting is vanzelfsprekend		.51
Gestimuleerd worden tot gesprek over stoelgangproblemen is vanzelfsprekend		.46
N.B. Niet op een van beide factoren laden:		
Vanzelfsprekend is het bij de stoelgang telkens dezelfde verpleegkundige te vragen	.13	.14
Zaalgenoot op po(-stoel) zien zitten is vanzelfsprekend	.12	.39
Dat bij de stoelgang niemand achter het gordijn komt is vanzelfsprekend	.02	- 0.31
Vanzelfsprekend is niet alleen het gordijn dicht maar ook de kamerdeur op slot	.29	.28
Vanzelfsprekend is dat de verpleegkundige vraagt naar stoelgangproblemen	.17	.32
Door verpleegkundige geobserveerd worden in verband met stoelgangproblemen is vanzelfsprekend	.09	.21
Zaalgenoten confronteren met ontlastingsgeluiden is vanzelfsprekend	.23	.36
Vanzelfsprekend is dat de wc's op slot kunnen	- 0.05	.38

vervolg Tabel 5.3

Items	Fact. 1	Fact. 2
Dat verpleegkundigen voor medische diagnose ontlasting bewaren, ook al kan men dat zelf, is vanzelfsprekend	0.09	.16
Regelmatig gesprekken op zaal over stoelgang is vanzelfsprekend	.15	.36
Bespreking van mijn ontlastingsproblemen met anderen, inclusief de arts, is niet vanzelfsprekend	- 0.11	.02
Bespreking van mijn ontlastingsproblemen met anderen, inclusief huishoudelijk personeel, is vanzelfsprekend	- 0.38	.34
Ongevraagd geïnformeerd worden over aspecten van de stoelgang is niet vanzelfsprekend	.14	- 0.11

Op Factor 1 bleken 11 items te laden - waarvan het merendeel overigens in de formulering een ontkenning bevatte; op Factor 2 laadden 8 items. Beide factoren indiceren vanzelfsprekendheidsaspecten met betrekking tot privacy. Factor 1 bevat hoofdzakelijk items die gewoonten en/of gebruiken betreffen, in Factor 2 gaat het hoofdzakelijk om maatregelen van materieel-organisatorische aard die men kan nemen ter bescherming van privacy. De verdeling der items over de beide factoren komt evenwel niet helemaal overeen met de verdeling van de items over de cellen van de theoretische matrix: enkele items blijken niet eenduidig als 'gewoonten/gebruiken' dan wel als 'maatregelen/initiatieven' te interpreteren.

Bij factoranalyse, uitgevoerd op de 27 items betreffende de belangrijkheid van privacybeschermende maatregelen, bleken de eerste vier factoren een eigenwaarde te hebben van 4.20, 2.90, 2.28 en 1.72. Ook hier werd verwacht dat de items op twee factoren zouden laden, namelijk betreffende de belangrijkheid van materieel-organisatorische maatregelen alsook van gewoonten en gebruiken. Na rotatie volgens het varimaxcriterium op twee factoren, bleken de factoren te laden zoals aangegeven in Tabel 5.4.

Tabel 5.4 Factorladingen op twee factoren, na varimaxrotatie

Items	Fact. 1	Fact. 2
Belangrijk is de mogelijkheid te hebben deze vragen te beantwoorden of niet	.57	
Belangrijk is de mogelijkheid te hebben zélf, indien gewenst, de verpleegkundige in te lichten over de stoelgang	.45	
Belangrijk is de mogelijkheid te hebben bij de stoelgang de zaalgenoten uit de kamer te sturen	.43	
De mogelijkheid te hebben met bed of po(-stoel) weggereden te worden, is belangrijk	.62	
De mogelijkheid te hebben 'niet storen' aan bed te hangen bij ontlasting is belangrijk	.69	
Zélf kunnen beslissen na stoelgang door verpleegkundige geholpen/gewassen te worden is belangrijk	.45	
Belangrijk is de mogelijkheid te krijgen al of niet over defecatieproblemen te praten met verpleegkundige	.60	
Belangrijk is zélf te kunnen aangeven of men hulp wil bij		

Vervolg Tabel 5.4

Items	Fact. 1	Fact. 2
stoelgangproblemen	.55	
Belangrijk is de verpleegkundige te mogen vragen de andere kant op te kijken	.64	
Me kunnen onttrekken aan gesprekken van kamergenoten over ontlasting is belangrijk	.43	
Belangrijk is problemen met betrekking tot de stoelgang in afzondering met de verpleegkundige te kunnen bespreken	.63	
Belangrijk is een éénpersoonskamer bij stoelgangproblemen		.69
Als ik op de po(-stoel) zit is het belangrijk de mogelijkheid te hebben het bezoek op de gang te laten ontvangen		.45
De mogelijkheid hebben na de stoelgang voor frisse lucht te (laten) zorgen is belangrijk		.37
De mogelijkheid hebben ontlastingsgeluiden te verdoezelen (door middel van radio etc.) is belangrijk	.37	.69
Altijd door dezelfde verpleegkundige geholpen/gewassen worden (indien mogelijk) is belangrijk		.56
Zélf kunnen bepalen door wie je geholpen/gewassen wordt na de stoelgang is belangrijk		.65
De mogelijkheid hebben stoelgangproblemen steeds met dezelfde verpleegkundige te bespreken is belangrijk		.38
N.B. Niet op een van beide factoren laden:		
De mogelijkheid hebben deze vragen rustig en in afzondering te beantwoorden is belangrijk	.00	.36
Bij geen gevaar voor inkijk is het onbelangrijk de mogelijkheid te hebben gordijnen te (laten) sluiten	.04	.36
Kunnen kiezen tussen wc die wel of niet op slot kan is belangrijk	.20	.00
Kunnen beslissen de deur wel of niet op slot te doen is belangrijk	- 0.11	.27
Zélf inspectie van faeces mogen uitvoeren, waarna rapportage aan verpleegkundige, is belangrijk	.30	- 0.04
De mogelijkheid hebben zélf een monster van faeces te nemen voor laboratorium onderzoek is belangrijk	.09	- 0.36
De mogelijkheid hebben een monster van faeces onopvallend in te leveren is belangrijk	.14	.31

Op Factor 1 bleken 11 items, op Factor 2 bleken 7 items te laden; 2 items die (iets) lager scoorden dan .40 werden om inhoudelijke reden in de factor opgenomen. Beide factoren indiceren aspecten van belangrijkheid van maatregelen alsook van gewoonten/gebruiken ter bescherming van privacy. Factor 1 bevat items gerelateerd aan privacybescherming door middel van feitelijke isolatie; Factor 2 bevat items die meer het belang van feitelijke controle van de situatie indiceren. Het verschil tussen beide factoren is evenwel niet in alle opzichten evident. De verdeling van de items over de twee factoren komt slechts gedeeltelijk overeen met de verdeling der items over de twee cellen van de theoretische matrix. Blijkbaar maken respondenten geen duidelijk onderscheid tussen feitelijke maatregelen ten behoeve van privacybescherming en het laten gelden

van gewoonten – het doen gelden van gewoonten kan immers ook als een privacybeschermende maatregel worden opgevat.

De 22 items die niet bleken te laden op één van de vier gedetermineerde factoren, werden niet in verdere analyse betrokken. Op de resterende 37 items werd nu in één keer een factoranalyse uitgevoerd. De eigenwaarde voor de eerste vier factoren bleek achtereenvolgens 5.54, 2.97, 2.52 en 1.86.

Van deze resterende items was de verwachting dat zij, conform de theoretische matrix, zouden laden op vier factoren. Na rotatie volgens het varimaxcriterium op vier (exploratief eveneens op drie en op twee) factoren, bleek de vierdimensionale oplossing het best te interpreteren. In Tabel 5.5 staan de factorladingen weergegeven. Alleen factorladingen met een waarde van .40 worden bij de interpretatie betrokken.

Tabel 5.5 Factorladingen op de eerste vier factoren na varimaxrotatie

	Fact. 1	Fact. 2	Fact. 3	Fact. 4
De items waren oorspronkelijk opgenomen in:				
Cel 1: Vanzelfsprekendheid van regels en normen tegen zintuigelijke inbreuk:				
- Zaalgenoten confronteren met ontlastingsgeuren is vanzelfsprekend	- 0.60			
- Vanzelfsprekend is dat de verpleegkundige de ontlasting controleert		- 0.66		
- Vanzelfsprekend is dat bij stoelgang alleen technische aanwijzingen worden gegeven (door de verpleegkundige)		.47		
- Vanzelfsprekend is dat verpleegkundige zich afwendt bij helpen na stoelgang		.41		
- Doktersvisite tijdens de stoelgang is vanzelfsprekend				- 0.51
- Gesprekken op zaal over stoelgang zijn vanzelfsprekend				- 0.50
Cel 2: Vanzelfsprekendheid van regels en normen tegen hinderlijke bemoeienis:				
- Gevraagd worden naar huiselijke wc-gewoonten is vanzelfsprekend		- 0.62		
- Gevraagd worden naar thuisbezorgdheid is vanzelfsprekend		- 0.68		
- Gevraagd worden naar stoelgang-regulerende maatregelen is vanzelfsprekend		- 0.72		
- Leerling-verpleegkundige aanwezig bij gesprek met verpleegkundige over ontlasting is vanzelfsprekend		- 0.74		
- Vanzelfsprekendheid van lemands aanwezigheid bij gesprek met verpleegkundige over ontlasting		- 0.59		
- Buiten gehoorafstand vragen naar ontlasting is vanzelfsprekend		.46		
- Op zaal moeten blijven voor ontlasting is vanzelfsprekend		- 0.48		

Vervolg van Tabel 5.5

	Fact. 1	Fact. 2	Fact. 3	Fact. 4
De items waren oorspronkelijk opgenomen in:				
Cel 3: Belang van materieel-organisatorische maatregelen tegen zintuiglijke inbreuk:				
- Belangrijk is een éénpersoonskamer bij defecatieproblemen	.64			
- Belangrijk is, indien op po(-stoel) de mogelijkheid te hebben bezoek op de gang te laten ontvangen	.53			
- De mogelijkheid hebben voor frisse lucht te (laten) zorgen na de stoelgang is belangrijk	.54			
- De mogelijkheid hebben ontlastingsgeluiden te veroorzaken (bij voorbeeld door middel van radio etc.) is belangrijk	.63			
- Altijd door dezelfde verpleegkundige geholpen/gewassen worden (indien mogelijk) is belangrijk	.58			
- Zelf kunnen bepalen door wie geholpen na stoelgang is belangrijk	.63			
- De mogelijkheid te hebben bij stoelgang zaalgenoten uit de kamer te sturen is belangrijk			.43	
- De mogelijkheid te hebben met bed en po(-stoel) weggereden te worden bij ontlasting is belangrijk			.74	
- De mogelijkheid te hebben 'niet storen' aan bed te hangen bij ontlasting is belangrijk			.67	
- Belangrijk is de mogelijkheid te krijgen al/niet over defecatieproblemen te praten met verpleegkundige			.58	
- Belangrijk is verpleegkundige te mogen vragen de andere kant op te kijken			.62	
- Belangrijk is in afzondering met verpleegkundige problemen met betrekking tot de stoelgang te kunnen bespreken			.61	
- Zelf kunnen beslissen na stoelgang door verpleegkundige geholpen/gewassen te worden is belangrijk				.57
- Me kunnen onttrekken aan gesprek van kamergenoten over ontlasting is belangrijk				.53
Cel 4: Belang van materieel-organisatorische maatregelen tegen hinderlijke bemoeienis:				
- Controle door verpleegkundige tijdens stoelgang is vanzelfsprekend				- 0.66
- Gestimuleerd worden tot gesprek over stoelgangproblemen is vanzelfsprekend				- 0.47
- Belangrijk is de mogelijkheid te hebben indien men het zelf wenst informatie te geven aan verpleegkundige over stoelgang				.47

Vier factoren konden dus worden geïdentificeerd. De samenstelling van de factoren echter uit de diverse items kwam niet geheel overeen met de wijze waarop de vier cellen van de theoretische matrix van statements waren voorzien. Een zekere verschuiving van items werd geconstateerd tussen de cellen met statements die vanzelfsprekendheid en belangrijkheid weergaven van privacybeschermende maatregelen, alsook tussen cellen waarin items betreffende materieel-organisatorische maatregelen dan wel een

beroep op gewoonten en gebruiken. Daarom werden de verkregen factoren ter beoordeling aan collega's verplegingswetenschappers voorgelegd. Overeenstemming werd geconstateerd omtrent de volgende interpretatie.

Factor 1 bevat uitspraken over het 'Zintuiglijk contact' tijdens de stoelgang en de belangrijkheid c.q. de vanzelfsprekendheid van maatregelen dit te vermijden. Van deze subschaal bedraagt de interne consistentie Cronbachs $\alpha = .72$.

Factor 2 bevat uitspraken betreffende vanzelfsprekendheid van bemoeienis van derden met iemands stoelgang. De factor wordt dan ook geïnterpreteerd als 'Bemoeienis'. Deze subschaal, met interne consistentie Cronbachs $\alpha = .82$, bestaat uit items waarvan verondersteld werd dat daarmee inderdaad 'vanzelfsprekendheid' gemeten zou worden 'van maatregelen tegen hinderlijke bemoeienis'.

De items in *Factor 3* vormen een subschaal met behulp waarvan het belang wordt aangegeven dat men hecht aan feitelijke 'Afzondering'. Deze subschaal, met Cronbachs $\alpha = .74$, bevat items oorspronkelijk geselecteerd ter vaststelling van de belangrijkheid van maatregelen tegen zintuiglijke inbreuk op de privacy.

Factor 4 tenslotte bevat uitspraken over het belang van controle over de situatie, met name over de uitwisseling van informatie. De factor wordt dan ook geïnterpreteerd als 'Controle'. Deze nieuwe subschaal, met interne consistentie Cronbachs $\alpha = .66$, bevat items die zowel het belang als vanzelfsprekendheid uitdrukken ten aanzien van 'controle'. Toch komt deze factor het meest overeen met de items in de matrix die theoretisch geacht werden 'belangrijkheid van maatregelen tegen bemoeienis' tot uitdrukking te brengen.

Concluderend kan worden gesteld dat de Factoren 2 en 3 (dus 'Bemoeienis' en 'Afzondering') in ieder geval duidelijk de deelinstrumenten zijn, ter meting van dimensies van privacy, in overeenstemming met de theoretische matrix. Voor de Factoren 1 en 4 (dus 'Zintuiglijk Contact' en 'Controle') geldt dit eveneens. Echter, de bedoelde dimensies van privacy worden met deze subschalen wel gemeten, maar het onderscheid dat theoretisch werd gemaakt tussen vanzelfsprekendheid en belangrijkheid van inbreuk op privacy en van maatregelen tegen die inbreuk, is uit de subschalen verdwenen. Overigens bleek al tijdens de datacollectie dat het onderscheid tussen belangrijkheid en vanzelfsprekendheid voor veel respondenten moeilijk blijvend te hanteren was. De belangrijkste beschrijvende kengetallen worden per subschaal gepresenteerd in Tabel 5.6:

Tabel 5.6 Statistische gegevens van PGV en de subschalen

	M	SD	Theor. min.-max.	Empir. min.-max.	Cronbachs alfa
1. Zintuiglijk contact	22.0	5.94	7 - 35	7 - 33	.72
2. Bemoeienis	27.5	8.93	10 - 50	10 - 50	.82
3. Afzondering	19.2	5.49	6 - 30	6 - 30	.74
4. Controle	25.1	5.45	7 - 35	7 - 35	.66
5. Totale PGV	93.9	16.76	30 - 150	33 - 128	.50
6. Zelfoordeel	2.4	.88	1 - 3	1 - 3	-

M = gemiddelde

SD = standaarddeviatie

5.6 Interne consistentie van de PGV

Om de onderlinge samenhang tussen de verschillende dimensies van privacygevoeligheid te bepalen, zijn voor de subschalen onderling Pearson's correlatiecoëfficiënten berekend. Tabel 5.7 biedt een overzicht van de gevonden correlaties, met vermelding van het significantieniveau.

Eveneens in deze Tabel opgenomen zijn de correlaties van de subschalen met de Totaalschaal - waarvan, na vorming ervan door sommeren van de subschalen, de interne consistentie Cronbachs $\alpha = 0.50$ bleek.

Tenslotte zijn in Tabel 5.7 de coëfficiënten opgenomen van de correlaties met de variabele die het zelfoordeel van de patiënten omtrent privacygevoeligheid weergeeft (cf. § 5.3).

Tabel 5.7 Samenhang privacygevoeligheidsschalen onderling en met zelfoordeel

	Zintuiglijk contact	Bemoeienis	Afzon- dering	Controle	Totaal	Zelf- oordeel
Zintuiglijk contact.		11	.25*	-.05	.48**	.26*
Bemoeienis			.42**	.25 *	.79**	.47**
Afzondering				.25 *	.72**	.59**
Controle					.52**	.31**
Totaal						.64**
Zelfoordeel						

* $p \leq 0.01$

** $p \leq 0.001$

Van een sterke samenhang is sprake tussen de subschalen 'Bemoeienis' en 'Afzondering', hetgeen voor de hand lijkt te liggen: wil men hinderlijke bemoeienis vermijden, dan neigt men (vanzelfsprekend) tot afzondering.

Ook blijkt er samenhang tussen 'Bemoeienis' en 'Controle'. Ook dit lijkt aannemelijk. Controle wordt, zoals de conceptuele analyse hierboven (in hoofdstuk 2) liet zien, onder meer en in belangrijke mate uitgeoefend als verzet tegen en beheersing van hinderlijke bemoeienis.

Omdat controle van de situatie baat kan vinden bij feitelijke afzondering, lijkt ook de samenhang tussen 'Controle' en 'Afzondering' begrijpelijk.

Tenslotte moet ook de samenhang tussen 'Afzondering' en belang van 'Zintuiglijk contact' als voor de hand liggend worden beschouwd. Evenwel, het belang dat men hecht aan 'Zintuiglijk contact' blijkt verder met de resterende twee dimensies van privacygevoeligheid niet samen te hangen. Bij gevoeligheid voor privacy (bij de stoelgang) wordt blijkbaar het zintuiglijk contact ervaren als een dimensie onafhankelijk van andere aspecten van privacygevoeligheid.

Sterke samenhang wordt geconstateerd tussen de totale PGV en elk van de vier subschalen. Eveneens correleren de subschalen met de beoordeling door patiënten zelf van de eigen privacygevoeligheid, terwijl deze zelfbeoordeling tenslotte ook correleert

met de totale PGV. De gevonden samenhangen dragen bij tot de validering van het ontworpen meetinstrument, namelijk op het punt van begripsvaliditeit respectievelijk soortgenootvaliditeit.

5.7 Sociaal-demografische context van privacygevoeligheid

Ter vaststelling van sociaal-demografische invloeden op privacygevoeligheid, werd de samenhang bepaald tussen enerzijds de PGV-totaalschaal, de -subschalen, de zelfbeoordeling, en anderzijds sociaal-demografische gegevens. Het overzicht van Pearsons correlatiecoëfficiënten wordt gegeven in Tabel 5.8; eventueel extra interactie van variabelen werd vastgesteld met behulp van multiple regressie-analyse.

Privacygevoelig ten aanzien van de ontlasting blijken in onze onderzoeksgroep de vrouwen, voor wat het totaaloordeel betreft. Zij blijken dan met name gevoelig voor privacy waar het 'Afzondering' betreft.

Met de leeftijd blijkt in dit deelonderzoek geen samenhang. Wel lijkt de grootte van het gezin van belang. Deze correleert met de zelfbeoordeling, alsook, meer specifiek, met de subschaal 'Zintuiglijk contact'. Naarmate de groep waarin men leeft groter is, blijkt men zich bij de stoelgang meer te willen vrijwaren van zintuiglijke inbreuk.

Tabel 5.8 Samenhang privacygevoeligheid en sociaal-demografische gegevens

	seks	leeftijd	grootte gezin	opleidingsniveau	eerder ziekenhuisopname	eerder po-gebruik
Zintuiglijk contact	-.12	-.11	.22*	-.22*	-.15	-.13
Bemoeienis	-.14	-.05	.06	.25**	.21* ¹	.25**
Afzondering	-.26**	-.03	.16	.20* ¹	.03	.12
Controle	-.03	-.03	.10	.04	-.08	-.03
Totaal	-.21*	-.08	.20* ¹	.13	.04	.11
Zelfoordeel	-.20* ¹	-.08	.21*	.14	.17	.17

* $p \leq 0.05$

** $p \leq 0.01$

¹ significantie vervalt bij multiple regressie-analyse

Met het opleidingsniveau hangen twee van de vier PGV-subschalen samen. De hoger opgeleiden blijken gevoeliger op het punt van bemoeienis; de lager opgeleiden blijken meer behoefte aan privacy te hebben ten aanzien van zintuiglijk contact. Bij de stoelgang gezien, gehoord en geroken worden vormt, in de terminologie van Elias

(1982), een 'pijnlijkheidsdrempel' die blijkbaar lager wordt naarmate men hoger is opgeleid. Het onderwijs als schaamte- en gêneverlagende factor?

Privacygevoeligheid blijkt, in haar totaliteit dan wel op onderdelen gemeten, niet te correleren met een eerdere ziekenhuisopname als zodanig. Bij eerder gebruik van de ondersteek echter blijkt men gevoelig op het punt van bemoeienis.

Concluderend kan men stellen dat gevoeligheid voor privacy (met betrekking tot de stoelgang), in haar totaliteit dan wel op onderdelen, significante samenhang vertoont met enkele sociaal-demografische variabelen. Privacygevoeligheid blijkt als verschijnsel afhankelijk van omstandigheden, hetgeen zijn consequenties kan hebben voor omstandigheden die sterk onderhevig zijn aan veranderingen en waarin privacygevoeligheid belangrijk kan zijn, zoals de gezondheidszorg.

5.8 Discussie en conclusies

5.8.1 Kunnen door middel van een (gestandaardiseerd) meetinstrument ter vaststelling van privacygevoeligheid van ziekenhuispatiënten ten aanzien van de stoelgang de theoretische dimensies van het begrip 'privacygevoeligheid met betrekking tot de stoelgang' empirisch worden onderbouwd? Op deze initiële vraag kan nu een voorlopig antwoord worden gegeven. De matrix met daarin de bedoelde theoretische dimensies ontstond door relateren van twee vormen van inbreuk op privacy aan twee wijzen van privacybescherming; zowel de vormen van inbreuk alsook de privacybeschermende maatregelen waren aangereikt door de vakliteratuur. Beoogd werd 'gevoeligheid voor privacy' te meten door respondenten statements voor te leggen over het gewicht dat men hecht aan vanzelfsprekendheid dan wel belangrijkheid van privacybeschermende maatregelen tegen de beide soorten inbreuk op privacy. Zoals wellicht al blijkt uit de relatief moeizame constructie van voorafgaande zin, was de intentie van de onderzoeker gedetailleerd en (dus) complex. Té gedetailleerd en té complex, zoals bleek bij factoranalyse van de gebruikte statements. Items bleken te verschuiven tussen enkele van de vier cellen van de matrix. Met het wegvallen van items, die ofwel niet discrimineerden ofwel niet laadden op een van de vier uiteindelijke factoren - van de oorspronkelijke 80 bleven er 30 statements over -, verdwenen ook nuanceringsmogelijkheden. Het onderscheid, dat overigens door de respondenten als moeilijk hanteerbaar was ervaren, tussen vanzelfsprekendheid en belangrijkheid van privacybeschermende maatregelen, verdween grotendeels uit de interpretatie van de factoren. Eveneens verdween enigszins het (theoretisch goed te duiden) onderscheid tussen actief, met behulp van maatregelen of initiatieven gerealiseerde privacybescherming, en het meer passieve zich verlaten op gewoonten en gebruiken. Tenslotte bleek ook het onderscheid niet consequent te handhaven - hoewel het ook niet helemaal verdween - tussen 'zintuiglijke inbreuk' en 'hinderlijke bemoeienis': wie zich hinderlijk bemoeit met iemands intieme aangelegenheden, heeft vaak tenminste visueel contact met de persoon op wiens privacy inbreuk wordt gedaan.

Wat de vier factoren uiteindelijk overhielden aan betekenis, kan geacht worden de kernachtige weergave te zijn van de vier op basis van theoretische analyse onderscheiden dimensies van 'privacygevoeligheid met betrekking tot de stoelgang':

Zintuiglijk contact meet de mate waarin men zintuiglijk contact bij de stoelgang vanzelfsprekend vindt;

Bemoeienis meet de mate waarin men aanwezigheid bij of bemoeienis met de stoelgang vanzelfsprekend vindt;

Afzondering meet de mate waarin men feitelijke afzondering bij de stoelgang belangrijk vindt;

Controle meet de mate waarin men het belangrijk vindt controle te hebben over de gehele (stoelgang-)situatie, met name over de informatie dienaangaande.

De totale PrivacyGevoelighedsVragenlijst alsook de vier subschalen beschikken over acceptabele interne *consistentie*, zodat mag worden gesteld dat het gevormde meetinstrument op dit punt voldoende betrouwbaar is.

Aan het aspect van *intersubjectiviteit* zou in vervolgonderzoek met name aandacht besteed moeten worden. Ditzelfde geldt eveneens voor het aspect van *stabiliteit*: 'privacygevoeligheid' is een zowel synchroon als diachroon (sterk) wisselend fenomeen gebleken.

5.8.2 De stoelgang blijkt voor sommigen gerelateerd aan gevoelens van schaamte (cf. hoofdstuk 4), namelijk schaamte om bij de ontlasting gehoord en/of geroken te worden. In het ziekenhuis (cf. hoofdstuk 6) blijkt problematiek omtrent de stoelgang voor met name de patiënten die van de po gebruik maken, gerelateerd aan gevoelens van schaamte omtrent de ontlasting, alsook aan privacybehoefte in contact met bezoekers en medisch en verplegend personeel. Inzicht verkrijgen in de mate van privacygevoeligheid bij de stoelgang lijkt voor de verpleegkundigen dus alleszins nuttig en relevant.

Met behulp van de PrivacyGevoelighedsVragenlijst wordt inzicht verkregen in de mate van die specifieke privacygevoeligheid. Weliswaar kan dit inzicht, dat wordt verworven aan de hand van een lijst van 30 vragen, eveneens worden verkregen door de patiënt eenvoudig te vragen naar zijn eigen oordeel. Maar in privacygevoeligheid bij de stoelgang bleken vier dimensies te onderscheiden, waarop patiënten in verschillende mate privacygevoelig bleken. De PrivacyGevoelighedsVragenlijst kan inzicht verschaffen in de mate waarin men gevoelig is voor de onderscheiden dimensies van privacy bij de stoelgang.

Rest nog de vraag of de 30 items tellende PGV niet gereduceerd zou kunnen worden tot een handzamer vragenlijstje. Misschien de patiënten vragen naar hun zelfoordeel omtrent de vier onderscheiden dimensies van privacygevoeligheid?

6 Bezorgdheid omtrent de stoelgang in het ziekenhuis

6.1 Onderzoeksvraagstellingen

Bezorgdheid omtrent de stoelgang van patiënten op de verpleegafdeling is over het algemeen bekend bij de verplegenden. 'I didn't mind the operation or anything at all about the hospital except the bedpan', is volgens Benton, Brown & Rusk (1950) een van de meest gehoorde commentaren van patiënten na ontslag uit het ziekenhuis. Het deelonderzoek waarvan in onderhavig hoofdstuk verslag wordt gedaan, had als doelstelling omvang en aard van deze bezorgdheid nader te bepalen.

Problemen met betrekking tot de stoelgang liggen voor wie wordt opgenomen in het ziekenhuis, eigenlijk voor de hand. Veranderingen in het defecatiepatroon zijn bekend, worden soms min of meer verwacht in omstandigheden waarin iemand verandert van leefomgeving. Op vakantie, op reis of bij langere afwezigheid van huis ervaart menigeen veranderingen in het ontlastingspatroon.

Als problemen met betrekking tot de stoelgang in het ziekenhuis kunnen uiteenlopende aspecten van de uitscheiding worden aangemerkt. Als problematisch kan datgene worden beschouwd dat door de patiënt als zodanig wordt ervaren. Problematisch is hetgeen de patiënt zorgen baart: 'worry and concern' genoemd in het onderzoek waarvan het onderhavige als replicatie-onderzoek werd opgezet (Wright 1974, Van der Bruggen 1985; cf. § 6.3).

De eerste onderzoeksvraag luidt dan ook:

In welke mate zijn patiënten in een algemeen ziekenhuis bezorgd omtrent de stoelgang?

Het vóórkomen van bezorgdheid over de stoelgang op de afdeling werd bevestigd door onderzoek van Wright (1974), Mauchamp (1982), Van der Bruggen (1985) en Van der Kooij (1986). Door deze auteurs werd tevens een aanzet gegeven tot nadere beschrijving van de aard van de problematiek. Die bleek bepaald door het optreden van obstipatie en gerelateerd aan enkele persoons- en gedragskenmerken, alsook enkele factoren de ziekenhuisomgeving en de zorgverlening betreffende.

Een ernstige ziekte of aandoening, die meestal de aanleiding zijn tot ziekenhuisopname, zijn vaak gebeurtenissen die diep ingrijpen in iemands bestaan. De bedreiging die daarvan kan uitgaan, wordt mogelijkwerwijs versterkt door de opname in het ziekenhuis, eveneens een ingrijpende gebeurtenis. Een dubbele 'desintegratie' kan plaatsvinden: die van de persoon ten opzichte van zijn eigen leefwereld, maar ook ten

opzichte van het eigen lichaam (Van der Bruggen, 1977). Het menselijk lichaam, dat zich bij ziekte kan gaan gedragen als een 'vreemde', een 'verrader' (Buytendijk, 1965), kan verstek laten gaan. Reacties als diarree of obstipatie zijn dan aannemelijk. Deze kunnen de wankelende lichamelijke gesteldheid, de defecte gezondheidsbeleving op hun beurt nadelig beïnvloeden.

Allereerst dus lijken veranderingen in het lichamelijk functioneren evident, vervolgens is er sprake van gevoelsmatige reacties op de veranderende processen en situaties. Enkele andere onderzoeksvragen worden hieruit afgeleid:

Welke veranderingen treden op in iemands defecatiepatroon na opname in een algemeen ziekenhuis?

In hoeverre zijn veranderingen in het defecatiepatroon in het ziekenhuis gerelateerd aan de genoemde bezorgdheid?

Welke eventuele andere factoren staan in verband met de bezorgdheid omtrent de ontlasting op de verpleegafdeling?

6.2 Bezorgdheid omtrent de stoelgang in het ziekenhuis: mogelijke determinanten

Bezorgdheid omtrent de stoelgang kan in relatie gezien worden met een aantal factoren. Invloed op de betreffende problematiek lijkt aannemelijk van sociaal-demografische kenmerken, alsook van gedrags- en beleavingskenmerken gerelateerd aan de situatie van de patiënt vóór ziekenhuisopname, vervolgens van gedrags- en beleavingsvariabelen gerelateerd aan het ziekenhuisverblijf, en tenslotte van variabelen die meer rechtstreeks met de concrete verpleegkundige zorgverlening verband houden. In de, overigens schaarse, literatuur over bezorgdheid van ziekenhuispatiënten omtrent de stoelgang worden inderdaad deze factoren van invloed min of meer gedetailleerd beschreven (Wright 1974, Mauchamp 1982, Dassen 1984, Van der Bruggen 1985, Engels 1985, Van der Kooij 1987). Maar vanuit deze studies wordt geen adequaat verklaringsmodel geboden voor gericht onderzoek van de defecatieproblematiek in het ziekenhuis. Daarom werd, uitgaande weliswaar van gegevens uit de genoemde literatuur maar eveneens afgaande op de zorgkundige ervaring van velen bij de hier gerapporteerde deelonderzoeken betrokken, de bestudeerde problematiek exploratief benaderd. Derhalve wordt eerst nagegaan welke mogelijke determinanten benoemd kunnen worden als eventuele onafhankelijke variabelen bij 'bezorgdheid omtrent de stoelgang in het ziekenhuis'.

Door Wright (1974) werd een relatie geconstateerd tussen 'worry and concern' en het geslacht van respondenten. Gezien de resultaten gerapporteerd in bovenstaande hoofdstukken 3, 4 en 5, is het aannemelijk de sociaal-demografische variabelen geslacht en leeftijd te beschouwen als mogelijk van invloed op bezorgdheid over de stoelgang in het ziekenhuis.

In de literatuur wordt over het algemeen de relatie vastgesteld tussen bezorgdheid omtrent de uitscheiding en het gebruik van de beddepan (Wright 1974, Van der Bruggen 1985, Van der Kooij 1987). Ook deze variabele mag dus gelden als een van de mogelijke

determinanten van bezorgdheid omtrent de stoelgang.

Met overige factoren van invloed zijn vanuit de literatuur geen relaties bekend. Exploratief kunnen de volgende mogelijke determinanten in overweging worden genomen.

De uithuizigheid van personen, i.c. de ziekenhuisopname, werd hierboven aangemerkt als mogelijk van invloed op defecatieproblemen in het ziekenhuis. Gerelateerd aan het idee van uithuizigheid is het feit of de patiënt vertrouwd is, of niet, met de ziekenhuissituatie: voor het eerst in het ziekenhuis verblijven wordt daarom als mogelijke aanleiding tot bezorgdheid gezien.

De aard van ziekte of aandoening, eveneens aangemerkt als mogelijk van invloed op de hier bestudeerde problematiek, wordt nader gespecificeerd aan de hand van de afdeling waar deelnemers aan dit onderzoek zijn opgenomen, namelijk op interne dan wel op chirurgische of orthopedische afdelingen.

Tenslotte kan ook het type ziekenhuis (al dan niet academisch) waarin de patiënt wordt verpleegd als determinant in deze worden beschouwd. Over de aard van deze invloed zijn overigens amper precieze verwachtingen te formuleren. Behandeling en verpleging in het academisch ziekenhuis kunnen als geavanceerder dan in het algemene ziekenhuis worden gekenmerkt: de intensievere aandacht voor de patiënt kan resulteren in extra aandacht voor de alledaagse levensbehoeften, maar kan daar ook juist aan voorbijgaan.

Kortom: enkele *sociaal-demografische* variabelen worden in dit onderzoek als mogelijke determinanten van defecatieproblemen in het ziekenhuis aangemerkt:

1. de leeftijd van de respondenten,
2. geslacht,
3. aard van de ziekte of aandoening, c.q. specialisme van de afdeling waar men wordt verpleegd, i.c. de interne afdeling dan wel de orthopedisch-chirurgische afdeling,
4. het type ziekenhuis waar men is opgenomen, dat wil zeggen het academisch of het niet-academisch ziekenhuis,
5. al dan niet voor het eerst in het ziekenhuis zijn opgenomen,
6. gebruik van po dan wel van po-stoel of toilet.

Vervolgens kunnen, eveneens exploratief, enkele kenmerken van gedrag of beleving thuis worden beschouwd als mogelijk van invloed op bezorgdheid omtrent de stoelgang. Gebruikelijk is het, deze bezorgdheid in verband te zien met lichamelijk ongemak bij de stoelgang, als pijn bij het persen, kloofjes, aambeien.

Eveneens kunnen uitscheidingsproblemen worden verwacht bij degenen die stoelgangregulerende maatregelen treffen. Deze bestaan vaak in het gebruik van laxerende middelen, hetzij medicijnen, hetzij natuurlijke laxerende producten, hetzij voeding met laxerende (bij)werking.

Op veranderingen in het normale levensritme, als gevolg van ziekenhuisopname, kan door patiënten persoonlijk verschillend worden gereageerd. Indien men deze veranderingen, bijvoorbeeld in het voedings- of in het slaappatroon, als problematisch ervaart, kan men relaties veronderstellen met problemen omtrent de defecatie, die tenslotte evenzo tot de (min of meer) dagelijkse levensverrichtingen behoort. Om intrinsieke redenen worden in dit deelonderzoek twee wijzigingen in het dagelijkse

leefpatroon nader bestudeerd. De lichaamsbeweging, in het ziekenhuis mogelijkwerijs sterk gereduceerd, kan door sommigen belangrijk voor de normale stoelgang worden geacht. En vervolgens is het op de verpleegafdeling zelden mogelijk toiletrituelen te praktiseren waarmee de defecatie thuis gepaard kan gaan: roken, lezen, muziek beluisteren, tevoren eten of drinken, het nemen van bepaalde hygiënische maatregelen, enzovoort.

Kortom: enkele *gedrags- en beleavingsvariabelen thuis* worden in dit deelonderzoek als eventuele determinanten van defecatieproblematiek beschouwd, namelijk:

1. lichamenlijk ongemak bij de stoelgang, bijvoorbeeld last van aambeien,
2. gebruik maken van laxerende middelen,
3. lichaamsbeweging belangrijk voor de stoelgang,
4. gehechtheid aan de toiletrituelen van thuis.

Vervolgens zijn enkele variabelen te noemen, gegroepeerd tot gedrags- en beleavingsvariabelen in het ziekenhuis. Door Wright (1974) werd een verband vastgesteld tussen 'worry and concern' en wijzigingen die zich na ziekenhuisopname voordoen in het ontlastingspatroon zelf, met name ten aanzien van de frequentie en de consistentie van de ontlasting.

Hier doet zich echter een verschil voor ten opzichte van de twee hierboven beschreven clusters van variabelen: een gewijzigd defecatiepatroon kan zowel aanleiding tot, alsook gevolg zijn van stoelgangproblemen. Datzelfde geldt voor de overige variabelen binnen dit cluster, bijvoorbeeld voor het fenomeen van gefixeerdheid, dat wil zeggen de grote betrokkenheid van sommige patiënten op het proces en de produkten van de eigen stoelgang. Mocht er van een relatie sprake zijn tussen deze betrokkenheid en defecatieproblematiek in het ziekenhuis, dan is beïnvloeding misschien wederzijds.

Behoeftte aan privacy en gevoelens van schaamte als mogelijke factor van invloed op stoelgangproblemen, zijn eveneens bekend (Van der Bruggen, 1985). Ook deze kunnen zowel aanleiding tot alsook gevolg zijn van de genoemde problemen.

Kortom: in de categorie *gedrags- en beleavingsvariabelen in het ziekenhuis*, waaraan, in tegenstelling tot de overige clusters variabelen, een notie van wederkerigheid lijkt verbonden, worden als eventuele determinanten van stoelgangproblematiek in het ziekenhuis de volgende variabelen opgenomen:

1. wijziging(en) in het defecatiepatroon in het ziekenhuis ten opzichte van thuis,
2. gefixeerdheid of grote betrokkenheid van patiënten op proces en produkten van de stoelgang,
3. gevoelens van schaamte ten opzichte van (aspecten van) de stoelgang,
4. privacygevoeligheid in intermenselijke verhoudingen,
5. wenselijkheid van materiële afzondering, zowel bij po- als bij wc-gebruikers.

Een vierde groep mogelijke determinanten van bezorgdheid over de stoelgang in het ziekenhuis bestaat uit variabelen gerelateerd aan de zorgverlening. Immers, er mag worden aangenomen dat verpleegkundige interventies van invloed zijn op ontlastingsproblemen: ten voordele maar eventueel ook, indien niet of niet goed uitgevoerd, ten nadele van de patiënt.

Op de eerste plaats kan gedacht worden aan maatregelen van materieel-technische

aard die de stoelgang van de patiënt vergemakkelijken. De noodzakelijke sanitaire voorzieningen moeten getroffen zijn: wanneer patiënten te lang moeten wachten voor de beddepan wordt verstrekt, dan wel omdat er één wc zou zijn op een totaal van 45 patiënten, ontstaan er licht problemen. Van materieel-technische aard is de verpleegkundige interventie waarbij de patiënt stabiel op de ondersteek wordt gezet, zonder gevaar voor omvallen, wegglijden, spierkrampen, bevuilen van het bed of van de kleding.

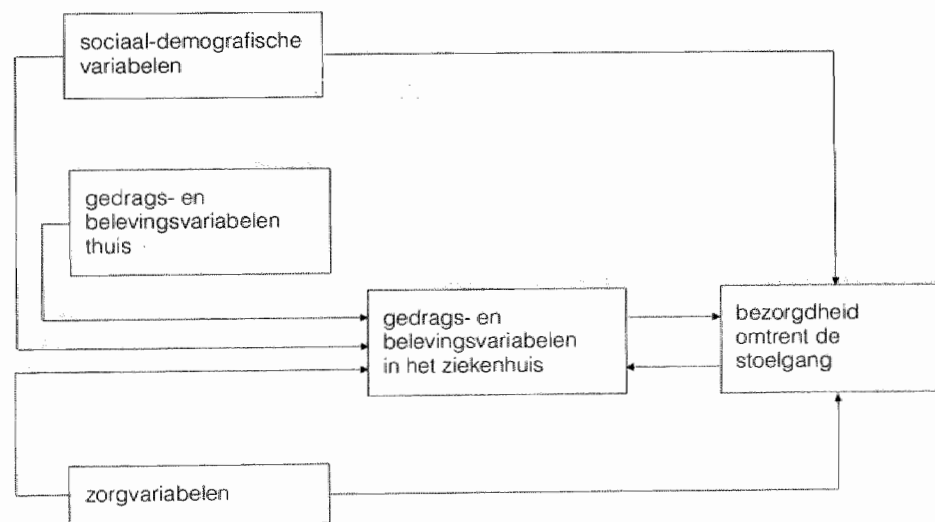
Vervolgens dient gedacht te worden aan de adequate hygiënische verzorging van de patiënt: is voldoende papier beschikbaar, kan men de handen wassen, is er na gebruik van ondersteek of toilet gelegenheid de anaalstreek te wassen?

Tenslotte dient men maatregelen te kunnen nemen ter bescherming van enige privacy. Belangrijke voorwaarden daarbij zijn: niet gezien, niet gehoord en niet geroken worden. Op de verpleegafdeling lijkt 'niet geroken worden' althans enigszins realiseerbaar met behulp van simpele middelen, overigens geheel gelegen in Nightingaliaanse traditie: voldoende luchtverversing realiseren.

Kortom: enkele aan de *zorgverlening* gerelateerde variabelen, in dit onderzoek te beschouwen als eventuele determinanten van defecatieproblematiek, zijn:

1. materieel-technische voorwaarden, i.c. een stabiele 'zit' op de ondersteek,
2. materieel-hygiënische voorwaarden, i.c. de handen kunnen wassen na gebruik van de beddepan,
3. privacy-beschermende voorwaarden, i.c. voldoende luchtverversing.

De veronderstelde samenhang tussen de onderscheiden clusters determinanten wordt in Figuur 6.1 als volgt geïllustreerd.



Figuur 6.1 Clustering mogelijke determinanten van 'bezorgdheid omtrent de stoelgang'

6.3 Opzet en methode van onderzoek

Het onderhavige deelonderzoek werd opgezet als een replicatie van het al aangehaalde onderzoek van Wright (1974). Samenwerking met een research-projectgroep in het verpleegkundig hoger beroepsonderwijs resulteerde in uitbreiding van de onderzoeksvragen zoals hierboven vermeld (Van der Bruggen 1984, 1985, Loor-Netjes 1985). Als herhaling en verbreding van een bestaand verpleegkundig onderzoek beoogt het hier gerapporteerde deelonderzoek dus consolidering en stabilisering, tevens uitbreiding van bestaande kennis in de verpleegkunde (Conelly, 1986).

De *onderzoekspopulatie* werd samengesteld op geleide van Wrights selectiecriteria. Patiënten waren:

- ouder dan 11 jaar,
- goed aanspreekbaar,
- in het ziekenhuis tussen 5 en 12 dagen,
- niet opgenomen vanwege een aandoening van het spijsverteringskanaal lager dan het middenrif,
- niet onder invloed van anesthesie vanwege operatie of ingrijpend onderzoek.

Daarenboven waren/was in het replicatie-onderzoek

- alle leeftijdsgroepen gelijkelijk vertegenwoordigd,
- evenveel mannen en vrouwen opgenomen,
- 40% van de patiënten voor de eerste keer (of langer geleden dan vijf jaar) in een ziekenhuis opgenomen,
- 50% van de patiënten op het moment van het interview bekend met het gebruik van de ondersteek.

Voor verbreding van de kennis omtrent bezorgdheid omtrent de stoelgang in het ziekenhuis werden niet alleen, zoals in Wrights onderzoek, patiënten geselecteerd van interne, maar ook van chirurgische en orthopedische afdelingen, dat wil zeggen zowel van de 'niet-snijdende' als van de 'snijdende specialismen'.

In het replicatie-onderzoek participeerden twee algemene en twee academische ziekenhuizen, gelegen in verschillende gedeelten van Nederland, namelijk respectievelijk in Hilversum en Gorcum, Utrecht en Maastricht.

De samenstelling van de onderzoekspopulatie is weergegeven in Tabel 6.1.

Van de 160 patiënten waren er 115 opgenomen in een academisch ziekenhuis. Van alle deelnemers maakten 75 gebruik van de po in bed. 78 van de 160 participanten werden verpleegd op interne afdelingen.

De patiënten werden, over het algemeen na overleg met de hoofdverpleegkundige, verzocht aan het onderzoek deel te nemen, nadat hen mondeling en/of schriftelijk informatie was verstrekt over het doel en de procedure van het onderzoek. Van de 190 benaderde patiënten weigerden er 30 deelname aan het onderzoek, van wie de meesten om redenen van vermoeidheid of gebrek aan belangstelling voor het onderwerp.

De 160 resterenden werden elk apart geïnterviewd, onder voor de respondenten de meest gunstige omstandigheden wat tijd en lokaal betreft. De interviewers, die soms

alleen, soms paarsgewijs de respondenten ondervroegen, gebruikten daarbij voor-structureerde enquêtelijsten.

Met het onderzoek van Wright als uitgangspunt werd de vragenlijst toegespitst, behalve op demografische kenmerken van de populatie, ook op het normale ontlastingspatroon zowel thuis als in het ziekenhuis, vervolgens op wijzigingen c.q. afwijkingen van defecatiepatroon en -produkten in het ziekenhuis, en tenslotte op factoren van invloed op de defecatieproblemen.

Tabel 6.1 Onderzoekspopulatie bij het replicatie-onderzoek

	Geslacht:	mannen	vrouwen	Totaal
Leeftijdsklassen:				
15 - 19 jaar:		4	7	11
20 - 29		10	8	18
30 - 39		11	11	22
40 - 49		18	10	28
50 - 59		10	17	27
60 - 69		15	12	27
≥ 70 jaar:		12	15	27
Totaal		80	80	160

6.4 Operationalisering van de variabelen

6.4.1 Afhankelijke variabele: bezorgdheid omtrent de stoelgang

Over de bezorgdheid omtrent de stoelgang werden de respondenten enkele directe vragen gesteld. Geïnformeerd werd naar de bezorgdheid omtrent de stoelgang thuis, alsook naar de bezorgdheid op de verpleegafdeling in vergelijking met de bezorgdheid omtrent de stoelgang thuis. Als bezorgdheid omtrent de stoelgang in het ziekenhuis werden alle mensen aangemerkt die zelf aangaven dat ze bezorgd waren. Concreet betekende dit dat als zodanig die respondenten werden aangemerkt die in het ziekenhuis meldden bezorgd te zijn dan thuis, alsook degenen die, indien thuis al bezorgd, op de verpleegafdeling ongeveer even bezorgd waren: in Tabel 6.2 de cursief gedrukte aantallen, dus in totaal 65 respondenten (= 41 %); de overige 95 respondenten worden als in het ziekenhuis niet-bezorgd omtrent de stoelgang beschouwd.

6.4.2 De onafhankelijke variabelen

De meeste onafhankelijke variabelen werden gemeten door respondenten enquêtevragen voor te leggen: meestal één vraag per onderwerp (bijvoorbeeld: Bent u gehecht aan wc-rituelen thuis? Vindt u lichaamsbeweging belangrijk voor een voorspoedige stoelgang?)

Met betrekking tot enkele variabelen, zoals de grote betrokkenheid van patiënten op proces en produkten van de uitscheiding, of de gevoeligheid voor privacy en gevoelens van schaamte, werden verschillende vragen gesteld. Aan de hand van vastgestelde in-

Tabel 6.2 Vóórkomen van 'bezorgdheid omtrent de stoelgang' in het ziekenhuis ten opzichte van thuis

Bezorgdheid	Thuis:			Totaal
	nee	ja	n.b.	
In het ziekenhuis:				
meer:	37	14	1	52
ongeveer hetzelfde:	80	12	0	92
minder:	2	2	0	4
niet beantw.:	11	1	0	12
Totaal	130	29	1	160

N.B. De *cursief* gedrukte getallen vormen te zamen de populatie patiënten met 'zorgen omtrent de stoelgang'.

terne consistentie tussen de antwoorden op die vragen, werden nieuwe variabelen samengesteld.

- a. Sommige patiënten blijken in het ziekenhuis betrokken op het proces en de produkten van de stoelgang. Gevraagd naar verschillende aspecten van die aandacht, antwoordden de respondenten als in Tabel 6.3.

Tabel 6.3 Betrokkenheid op de stoelgang (n = 160)

Items:	% instemmende antwoorden
1. In het ziekenhuis meer aandacht voor de stoelgang	47
2. De stoelgang is meer onderwerp van gesprek	47
3. Let beter (dan thuis) op de tussenpozen	37
4. Kijkt aandachtiger (dan thuis) naar ontlasting	31

Item 2 werd om inhoudelijke reden niet opgenomen in de nieuw te vormen variabele: 'betrokkenheid' van de patiënt op (proces en produkten van) de stoelgang. De interne consistentie van deze nieuwe variabele bedraagt Cronbachs $\alpha = .69$.

- b. Enkele vragen werden gesteld betreffende gevoelens van schaamte bij de stoelgang. Desgevraagd antwoordden de respondenten die de po gebruikten, als in Tabel 6.4. De nieuw gevormde variabele, 'schaamte' in verband met de stoelgang (bij po-gebruikers), bezit een interne consistentie van Cronbachs $\alpha = .77$.
- c. Evenzo werden de vragen die betrekking hadden op privacygevoeligheid van de patiënten, gegroepeerd tot een nieuwe variabele. Op vragen daaromtrent, eveneens aan po-gebruikers gesteld, werd geantwoord als aangegeven in Tabel 6.5.

Tabel 6.4 Schaamte in verband met de defecatie (bij po-gebruikers, n = 75)

Items:	% instemmende antwoorden
1. heeft hinder van eigen stank	37
2. heeft hinder van eigen geluiden	23
3. vindt laten opruimen van ontlasting hinderlijk	20

Tabel 6.5 Privacygevoeligheid in interpersoonlijk contact (n = 75)

Items:	% instemmende antwoorden
Patiënten beoordelen zichzelf 'privacy-gevoelig' t.o.v.:	
1. medepatiënten	23
2. verplegenden	23
3. diensten	29
4. (para)medici	32
5. bezoekers	56

De nieuw gevormde variabele, privacygevoeligheid in interpersoonlijk contact (verder kortweg 'contact-privacy' genoemd), bezit een interne consistentie van Cronbachs $\alpha = .85$.

- d. Met betrekking tot de wenselijkheid van feitelijke afzondering tijdens de ontlasting, werden aan de gebruikers van po en van wc verschillende vragen gesteld. De vragen voorgelegd aan de po-gebruikers, werden beantwoord als weergegeven in Tabel 6.6. Een vraag waarop met grote eenstemmigheid (97%) werd geantwoord, namelijk of men bij po-gebruik te weinig privacy geniet, werd niet in de factorstructuur betrokken. De nieuw gevormde variabele, privacygevoeligheid van po-gebruikers, bezit een interne consistentie van Cronbachs $\alpha = .64$.

Tabel 6.6 Privacygevoeligheid van po-gebruikers (n = 75)

Items:	% instemmende antwoorden
1. het bed afschermen is belangrijk	89
2. po-gebruik is een inbreuk op de privacy	53
3. zaalgenoten weg bij po-gebruik is belangrijk	17

De vragen aan de wc-gebruikers gesteld, werden over het algemeen eensluidend beantwoord, zodat die vragen als niet-dis-criminerend uit de factorstructuur werden weggelaten. Afwezigheid bij de stoelgang van ongewenste personen wordt belangrijk gevonden (100%), het slot op de wc-deur vindt men belangrijk (96%). De twee vragen weergegeven in Tabel 6.7 lijken enigszins te discrimineren. Zij correleren significant (Pearsons correlatie = .44, $p = .000$); wc-gebruikers zonder privacygevoeligheid komen op de verpleegafdeling dus weinig voor.

Tabel 6.7 Privacygevoeligheid van wc-gebruikers (n = 85)

Items:	% instemmende antwoorden
1. wc zonder slot is gebrek aan privacy	88
2. aanwezigheid van luchtverfrisser is belangrijk	86

Eveneens verschillende vragen werden gesteld met betrekking tot materieel-technische aspecten van po dan wel van de wc (zie Bijlage 6.1). Exploratief werd met behulp van factoranalyse nagegaan of de items te groeperen waren tot enkele dimensies. Dit bleek niet het geval, noch voor de materieel-technische aspecten van het po-gebruik noch voor die van het wc-gebruik.

6.5 Onderzoekresultaten

Op de afhankelijke variabele alsook op de variabelen die in eerste instantie als onafhankelijke variabelen bij dit onderzoek betrokken waren, werd geantwoord zoals weergegeven in Tabel 6.8 - waarbij voor een overzicht van de scores op de cluster sociaal-demografische variabelen zij verwezen naar Tabel 6.1.

Met deze gegevens als uitgangspunt wordt een aanzet gegeven tot het beantwoorden van de onderzoeksvragen.

6.5.1 In welke mate, aldus de eerste onderzoeksvraag, zijn patiënten in een algemeen ziekenhuis bezorgd omtrent de stoelgang?

Tabel 6.2 laat zien dat het aantal (en percentage) bezorgden 65 (c.q. 41%) bedraagt. De bezorgdheid geldt vooral het optreden van obstipatie (29 respondenten) en de veranderde frequentie van de stoelgang (20 respondenten). Zeven deelnemers specificeren niet nader; vijf geven uiteenlopende redenen tot bezorgdheid. Het optreden van diarree en gevoelens van schaamte worden tenslotte genoemd door twee respondenten.

Voor de 52 participanten die melden in het ziekenhuis bezorgder te zijn dan thuis, is een duidelijk verband zichtbaar met de verminderde frequentie van de stoelgang: $X^2 = 18.69$, 2df, $p = 0.001$.

6.5.2 De volgende onderzoeksvragen betroffen nadere specificatie van factoren gerelateerd aan de bezorgdheid, waaronder eventueel wijzigingen die na ziekenhuisopname mogelijkwerwijs optreden in iemands ontlastingspatroon. Welke veranderingen treden op in iemands defecatiepatroon na opname in een ziekenhuis?

Het ontlastingspatroon verandert bij drie op de vijf patiënten; bijna de helft van de participanten heeft verminderde frequentie of obstipatie.

Klachten over obstipatie melden vooral patiënten van de interne afdelingen, terwijl men op de chirurgische afdelingen meer bezorgd is over de gewijzigde frequentie van de ontlasting ($X^2 = 13.9$, 4df, $p < 0.01$).

Voor het overige verandert er nog meer aan spijsvertering en uitscheiding. De samenstelling van de maaltijden is anders dan thuis (75%). Lichaamsbeweging, voor

Tabel 6.8 Scores op afhankelijke en onafhankelijke variabelen

		instemmende antwoorden
Afhankelijke variabele:		
Bezorgdheid omtrent de stoelgang		65 (41%)
Onafhankelijke variabelen:		
Sociaal-demografische variabelen		
1. Leeftijd:	< 40 jaar	51 (41%)
2. Geslacht:	vrouwen	80 (50%)
3. Aard van het specialisme van de afdeling:	intern	78 (49%)
4. Type ziekenhuis:	academisch	115 (72%)
5. Voor eerste maal in het ziekenhuis		64 (40%)
6. Gebruik po in bed		75 (47%)
Gedrags- en beleavingsvariabelen thuis		
7. Lichamelijk ongemak, i.c. last van aambeien		47 (30%)
8. Gebruik laxerende middelen		75 (47%)
9. Lichaamsbeweging belangrijk voor defecatie		86 (54%)
10. Gehecht aan wc-rituelen		28 (18%)
Gedrags- en beleavingsvariabelen in ziekenhuis		
11. Veranderd defecatiepatroon		92 (57%)
12. Grote betrokkenheid op ontlastingsproces en -produkten ¹		
13. Schaamte t.o.v. stoelgangaspecten ^{1, 2}		
14. Contact-privacy ^{1, 2}		
15. Privacygevoeligheid van po-gebruikers ^{1, 2}		
Zorgvariabelen		
16. Materieel-technisch, i.c. onstabiel op po ²		35 (47%)
17. Materieel-hygiënisch, i.c. geen gelegenheid voor handen wassen ²		32 (43%)
18. Privacy-beschermende voorwaarden, i.c. onvoldoende luchtverversing ²		45 (60%)

1. Deze schalen werden samengesteld door de standaardscores van de items te sommeren; het gemiddelde van deze schalen is dientengevolge ongeveer nul.
2. Alleen gevraagd aan, dus berekend over het aantal po-gebruikers, n = 75

velen (nl. 54% van de respondenten, $X = 8.67$, 3 df, $p = 0.03$) een belangrijk stimulerend middel voor de ontlasting, is over het algemeen minder dan men thuis gewend was, namelijk bij 86% van de ziekenhuispatiënten. Voor 57% van de respondenten die melding maakten van vaste po-rondes - een vast moment tijdens de dag, bijvoorbeeld vóór de bezoeken, waarop de patiënt de ondersteek of het gebruik van het toilet wordt aangeboden -, komt het tijdstip van deze po- of toilet-rondes niet overeen met het moment van de stoelgang thuis. Ook is het in het ziekenhuis zelden mogelijk toilet-rituelen, gewoonten en gebruiken rondom de stoelgang (waarvan 47% van de patiënten zegt ze er thuis op na te houden) te handhaven.

In hoeverre dragen sommige van deze veranderingen, en eventueel andere factoren, bij tot problemen met of bezorgdheid omtrent de stoelgang in het ziekenhuis?

6.5.3 Bezorgdheid bleek in onze onderzoekspopulatie te correleren met variabelen zoals aangegeven in Tabel 6.9.

Bezorgdheid omtrent de stoelgang blijkt sterk gerelateerd aan gedrags- en beleavingsvariabelen in het ziekenhuis, namelijk aan de verminderde frequentie van de ontlasting, aan een verhevigde mate van betrokkenheid bij ontlastingsproces en -produkten, aan schaamte met betrekking tot de defecatie, en tenslotte aan vermeerderde behoefte aan privacy in contact met anderen.

Deze laatste twee variabelen gelden overigens alleen voor de po-gebruikers. Eveneens relevant voor deze categorie van patiënten blijken enkele zorgvariabelen, namelijk het slagen van enkele verpleegkundige maatregelen als een stabiele zit op de beddepan en frisse lucht op de zaal.

Tabel 6.9 Samenhang tussen 'bezorgdheid' en enkele onafhankelijke variabelen (met behulp van Pearsons correlatiecoëfficiënten)

Variabelen	po-gebruik	wc-gebruik	Totaal
Sociaal-demografische variabelen			
leeftijd	.14	.07	.13*
po-gebruik	nvt	nvt	.14*
Gedrags- en beleavingsvariabelen thuis			
laxerende middelen thuis	.13	.30**	.20**
Gedrags- en beleavingsvariabelen in ziekenhuis			
frequentie stoelgang	-.24*	-.36**	-.33***
betrokken op ontlastingsproces en -produkten	.49***	.31**	.43***
schaamte i.v.m. defecatie	.33**	nvt	.26*
privacygevoeligheid in contact	.21*	nvt	.19*
Zorgvariabelen			
stabiele 'zit' op po	-.43***	nvt	-.43***
voldoende frisse lucht	-.23*	nvt	-.28**

* $p < 0.05$

** $p < 0.01$

*** $p < 0.001$

Relevant voor de groep der wc-gebruikers blijkt de mate waarin men thuis (al) zijn toevlucht zocht tot laxerende middelen. Het verband blijft significant, gemeten over de gehele populatie. Eveneens voor de hele onderzoeksgroep bezien, blijkt een (zwak) verband voor 'leeftijd' en voor 'po-gebruik'.

Teneinde de sterkte van de betrokken verbanden te kunnen vaststellen, werd een discriminant-analyse uitgevoerd, met 'bezorgdheid omtrent de ontlasting' als afhankelijke variabele. De analyse werd uitgevoerd zowel ten aanzien van de gehele populatie, alsook ten aanzien van beide subgroepen, namelijk de po- en de wc-gebruikers. De resultaten zijn opgenomen in Tabel 6.10.

Tabel 6.10 Bèta-coëfficiënten van discriminantfunctie met 'bezorgdheid' als afhankelijke variabele

Variabelen	Totale populatie	WC-gebruikers	Po-gebruikers
1. aandacht voor ontlastingsproces en -produkten	0.75	0.44	0.57
2. po-gebruik	0.69	-	-
3. verminderde ontlastingsfrequentie	0.43	0.49	0.52
4. gebruikt thuis laxerende middelen	0.33	0.74	-
5. op interne afdeling	0.29	0.31	-
6. schaamte m.b.t. defecatie			0.80
7. onstabiel op po			0.58
8. eerste ziekenhuisopname			0.51
9. te weinig frisse lucht			0.42
10. contact-privacy			0.37
11. gehecht aan wc-rituelen van thuis			0.35
12. geen gelegenheid handen te wassen			0.22
Eigenvalue	0.58	0.44	1.62
Canonical corr.	0.61	0.55	0.79
Wilks' Lambda	0.63	0.69	0.38

Voor de totale populatie blijkt 'bezorgdheid omtrent de ontlasting' op de verpleegafdeling verklaard door enkele variabelen uit drie van de vier categorieën weergegeven in figuur 6.1. De betreffende problematiek blijkt gerelateerd aan de aard van de afdeling: op interne afdelingen wordt deze intensiever ervaren. Ook blijkt het gebruik van de po in bed een factor van invloed op de bezorgdheid. Voor wat de thuis-variabelen betreft: gerelateerd aan bezorgdheid omtrent de stoelgang in het ziekenhuis blijkt het thuisgebruik van laxerende middelen. Van de ziekenhuisvariabelen blijken er twee gerelateerd aan bezorgdheid: de verminderde frequentie van de stoelgang, alsook de grote betrokkenheid, de fixatie op ontlastingsproces en -produkten.

De genoemde variabelen dragen bij aan de verklaring van de defecatiebezorgdheid van de hele onderzoeksgroep alsook, meer ingeperkt, van de patiënten die de wc gebruiken. Voor po-gebruikers blijkt schaamte een belangrijke factor van invloed, alsook de zorgvariabelen, waaronder vooral de instabiliteit van de beddepan.

Tussen bezorgdheid omtrent de ontlasting en de ziekenhuisvariabelen, met name de grote betrokkenheid op ontlastingsproces en -produkten, werd, hierboven in § 6.2, een wederzijdse correlatie verondersteld. Degene die bezorgd is, is gefixeerd op de ontlasting; degene die gefixeerd is, toont zich bezorgd. De relatie tussen bezorgdheid en de grote betrokkenheid op de stoelgang blijkt nu echter niet tautologisch: vooral bij de vrouwen blijkt spreiding van beide variabelen over deze subgroep ($p = 0.27$). Om deze reden werd de betrokkenheid op de stoelgang in de discriminant-analyse opgenomen. Bij weglaten van deze variabele uit de analyse, om reden van veronderstelde tautologische betrekking, komt de variabele leeftijd naar voren als verklarende onafhankelijke variabele, namelijk in de hele populatie alsook bij de po- en bij de wc-gebruikers: meer bezorgdheid komt voor bij oudere patiënten.

De variabele 'gebruik van laxerende middelen thuis', die een verklarende variabele

van 'bezorgdheid omtrent de stoelgang' blijkt voor zowel de hele onderzoeksgroep alsook meer in het bijzonder bij de wc-gebruikers, zou een waardevolle indicator kunnen zijn bij opname van patiënten met 'stoelgang-risico' op de verpleegafdeling. Bij intake-gesprekken zou de vraag naar eventueel gebruik van laxerende middelen thuis aan ongeveer 40% van de patiënten veel narigheid kunnen voorkomen.

De instabiliteit van de houding op de ondersteek blijkt eveneens een invloedrijke verklarende variabele. De patiënt stabiel op de po plaatsen, en ook anderszins de omstandigheden bevorderen waaronder de ontlasting zo voorspoedig mogelijk verloopt, behoort tot de competentie van verplegenden en verzorgenden. Het belang dat patiënten blijkbaar hechten aan deze kundig uitgevoerde ingreep, mag pleiten voor blijvende aandacht voor dit onderdeel in de beroepsopleidingen.

De relatief geringe mogelijkheid tot verklaring van de afhankelijke variabele is opmerkelijk, omdat door Wright significante verbanden waren gevonden tussen 'worry and concern' en een aantal persoons- en omgevingskenmerken. Een poging tot verklaring hiervoor wordt ondernomen in paragraaf 6.6.

6.6 Discussie en conclusies

Het deelonderzoek waarover in dit hoofdstuk wordt gerapporteerd, was opgezet deels als replicatie deels als verbreding van een bestaand onderzoek (Wright, 1974). In zowel het Engelse als het Nederlandse onderzoek werd 'bezorgdheid omtrent de stoelgang' geconstateerd, respectievelijk bij 27 en bij 41 procent. De belangrijkste aanwijsbare reden bleek obstipatie of minder frequente stoelgang. Maar klaarblijkelijk waren er ook andere factoren van invloed.

In bepaalde opzichten brachten beide onderzoeken verschillende resultaten. Een nadere beschouwing van de belangrijkste verschillen kan nuttig zijn.

6.6.1 Waar tussen beide onderzoeken verschillen werden geconstateerd, kunnen deze tenminste gedeeltelijk worden toegeschreven aan de deelname van chirurgische patiënten aan het replicatie-onderzoek.

Problemen omtrent de stoelgang kunnen zich verschillend voordoen voor interne en voor chirurgische patiënten. Zo bleken patiënten die deze problematiek op de verpleegafdeling ondervonden, vaak degenen die zich thuis al zorgen maakten omtrent de ontlasting. Welnu, de thuisbezorgden in dit deel-onderzoek bleken overwegend interne patiënten ($p < 0.05$). Deze gaven ook blijk van een verminderde frequentie van de stoelgang in het ziekenhuis ($p < 0.01$). Anderzijds bleek bij de chirurgische patiënten de bezorgdheid omtrent de stoelgang gerelateerd aan het gebruik van de ondersteek ($p < 0.025$), vooral wanneer het jonge patiënten betrof ($p < 0.025$).

Problemen met of bezorgdheid omtrent de stoelgang maken misschien deel uit van bepaalde gedragspatronen, eigen aan interne of chirurgische patiënten. Vervolgonderzoek zou nodig zijn om deze gedragspatronen, al dan niet gerelateerd aan defecatieproblematiek, nader in kaart te brengen.

6.6.2 Een opmerkelijk verschil tussen dit onderzoek en dat van Wright bleek het feit dat 'bezorgdheid omtrent de stoelgang' in dit deelonderzoek amper nauwkeuriger omschreven kon worden, terwijl Wrights onderzoek rijk aan significante verbanden leek. De reden voor dit verschil is waarschijnlijk grotendeels gelegen in de wijze van dataverwerking. Wright beperkte zich tot chi-kwadraattoetsen – waarvan zij er een groot aantal uitvoerde (29 van de 35 tabellen in haar onderzoeksverslag geven X^2 -toetsen weer, de overige zes tonen frequentieverdelingen). Ruth M. Barnard, Wrights recensent in *Nursing Research* (1976), wijst op de beperkingen van deze werkwijze. De robuustheid van relaties was niet aangegeven; bij meer adequate statistische bewerking bleek die gering of afwezig.

Interne structuren tussen variabelen onderling, zoals in dit deelonderzoek aangebracht, laten dus een ander beeld zien van de bestudeerde problematiek dan bij Wright, ook al zal het probleemgebied in beide gevallen identiek zijn geweest.

7 Betrouwbaarheid van patiënteninformatie na ziekenhuisopname; methodologische reflecties

7.1 Beperkingen van zelfrapportage van patiënten

Door degenen die de methodiek en de systematiek van het verplegen bestuderen, wordt algemeen aangenomen dat de verpleegkundige interventie moet berusten op een beoordeling van de situatie waarin de zorgvrager zich bevindt, hetzij diens situatie in zijn totaliteit hetzij met betrekking tot beperkte, nauwkeurig af te bakenen patiëntproblemen (Little & Carnevali 1969, Marriner 1975, Yura & Walsh 1978³). Het behoort tot een lange traditie in de ziekenverpleging, de zorgverlening te oriënteren op leefomstandigheden die door de patiënt als gebruikelijk worden ervaren, en situaties te creëren die de patiënt als vertrouwd voorkomen (Hunt & Marks-Maran, 1980). Voor de stoelgang van patiënten in het ziekenhuis impliceert dit het maximaal bevorderen van voortzetting van het 'normale' defecatiepatroon, bijvoorbeeld met behulp van stoelgang-regulerende diëten, waar nodig verstrekken van laxerende of stoppende middelen, bevordering van lichaamsbeweging, het stimuleren althans het dulden van wc-gewoonten als roken en lezen op de wc, het stimuleren althans dulden van defecatie op de voorkeursmomenten van de patiënten in plaats van op momenten die de verpleging het meest geschikt vindt, enzovoort.

Wanneer zich, hetzij bij opname van een patiënt op de verpleegafdeling, hetzij in de loop van diens ziekenhuisverblijf zorgproblemen voordoen, moet de verpleegkundige dus beschikken over kennis omtrent de normale (gezondheids)toestand van de patiënt, de situatie namelijk in relatie waarmee afwijkende, zorgelijke en problematische toestanden beoordeeld kunnen worden. Voor de verpleegkundige rijst dan de vraag of, en in welke mate, de informatie door de patiënt verstrekt over diens ervaren gezondheid thuis, i.c. diens normale ontlastingspatroon, juist en betrouwbaar is.

Het is inderdaad de vraag of verpleegkundigen, indien nodig, kunnen beschikken over de informatie die relevant wordt geacht voor de verpleegkundige anamnese, diagnose en interventie. De vraag, bijvoorbeeld, 'How trustworthy are bowel histories?' werd door Manning, Wyman & Heaton (1976) genuanceerd beantwoord na vergelijking tussen mondelinge gegevens van patiënten en door hen bijgehouden dagboeken. In interviews bleken over het algemeen patiënten met een geringe frequentie van de stoelgang deze (nog) lager te beoordelen, terwijl patiënten met een hoge frequentie deze (nog) hoger veronderstelden. Ook op andere punten bleken aanmerkelijke verschillen tussen de geregistreerde feitelijkheid en de perceptie ervan door de patiënten zelf, bijvoorbeeld het aantal dagen zonder ontlasting, het aantal malen ontlasting tussen twee

maaltijden, en het juiste moment van de stoelgang 's morgens (veel mensen blijken meer dan zichzelf vermoeden vóór het ontbijt naar het toilet te gaan).

Vertekening van informatie omtrent het defecatiepatroon in het bijzonder en de thuis ervaren gezondheid in het algemeen, door de patiënt na ziekenhuisopname, lijkt verklaarbaar vanuit verschillende optiek.

Ziek-zijn kan op zichzelf bij patiënten tot allerlei emotionele reacties leiden. Ziekenhuisopname, bekend als een ingrijpende gebeurtenis in iemands bestaan (Poslavsky 1956, Ellerbeck 1961, Bremer 1972²), versterkt de genoemde gevoelsreacties ten gevolge van de ziekte; veelvuldig wordt gewezen op angst, afhankelijkheid, onzekerheid, verdriet en machteloosheid (Visser, 1984). Het optreden en de hevigheid van deze emoties zijn uiteraard gerelateerd aan persoonskenmerken (bijvoorbeeld stressbestendigheid) en situationele kenmerken (bijvoorbeeld de ernst van ziekte of aandoening, of ook de roldiscontinuïteit voor de opgenomen patiënt, Kleber & Brom, 1983). Opname en verblijf in het ziekenhuis kan een dermate emotioneel beladen gebeurtenis zijn, dat informatie door patiënten verstrekt over aspecten van gezondheidsbeleving thuis, i.c. over de stoelgang, op enigerlei wijze 'gekleurd' zou zijn.

Maar een ziekenhuisopname is eveneens een situatie met de kenmerken van een 'bureaucratic format', waarin 'the person tends to conduct himself during the encounter so as to maintain both his own face and the face of the other participants' (Strong, 1988). Opname op de verpleegafdeling inclusief verpleegkundige anamnese is, zoals het medisch consult, een gebeurtenis waarbij het uiterst beleefd toegaat: patiënt en verpleegkundige respecteren de aan elkaar toegeschreven identiteit en status. De verpleegkundige is belangstellend, maar tevens afstandelijk, 'deskundig' en geïnteresseerd in gerichte informatie; de patiënt is gauw genegen zich tot die specifieke informatie te beperken. De gesprekspartners volstaan in deze situatie, door Goffman gekarakteriseerd als 'facework' (1967), met het ophouden van de schone schijn ('maintenance of a smooth surface appearance', Strong, 1979), het bewaken van het ideale imago. Ook gezien als 'facework' kan ziekenhuisopname een situatie zijn waarin niet die informatie wordt verkregen die nodig is voor adequaat verpleegkundig handelen.

Vervolgens kan vertekening van patiëntinformatie eveneens worden begrepen vanuit de 'cognitive dissonance theory', waarin wordt gesteld dat in bepaalde gevallen dissonantie tussen (twee) cognitieve elementen kan optreden, namelijk in geval 'het tegendeel van het ene element volgt uit het andere' (Festinger, 1957). Het niveau van dissonantie stijgt naarmate deze cognitieve elementen belangrijker zijn voor het individu. Opname in een ziekenhuis kan dan worden beschouwd als een situatie waarin zich, onder invloed van de gebeurtenissen, percepties van de eigen cognitieve elementen kunnen wijzigen. De situatie thuis kan men, bij opname op de verpleegafdeling, anders, namelijk idealiserend maar ook wel in negatieve zin, percipiëren.

Vertekening van patiëntinformatie kan tenslotte het gevolg zijn van het tijdsverloop waarover een en ander plaatsvindt. Met de tijd verandert ook de mens en zijn leefwereld. Bij retrospectieve navraag naar elementen van iemands gezondheidssituatie kan, vooral wanneer de bedoelde situatie niet in een recent verleden ligt, vervaging optreden van het herinnerde. De vervaging kan plaatsvinden wanneer aan de gezondheidssituatie inmiddels niets verandert, maar vooral indien de situatie zich wijzigt wat gedurende de laatste weken vóór ziekenhuisopname al gauw het geval kan zijn. Deze bias vormt

een extra dimensie, methodologisch van aard want de stabiliteit betreffende; van het betrouwbaarheidsprobleem van patiëntinformatie.

Omdat hoe dan ook voor de verpleging bij opname van de patiënt informatie omtrent diens defecatiepatroon thuis van belang is, werd de volgende onderzoeksvraag geformuleerd:

Verandert, en zo ja in welk opzicht en in welke mate, het zelfoordeel van patiënten na ziekenhuisopname betreffende de thuis ervaren gezondheid in het algemeen en betreffende de stoelgang in het bijzonder?

7.2 Opzet en verloop van het onderzoek

Om een antwoord te verkrijgen op bovengeformuleerde vraag, werd een onderzoeksgroep, bestaande uit (toekomstige) patiënten, zowel vóór als tijdens de ziekenhuisopname geënkquêteerd. Thuis en in het ziekenhuis werden identieke vragen gesteld over de thuis ervaren gezondheid, alsook over de stoelgang in de normale thuisomstandigheden.

7.2.1 De onderzoekspopulatie kwam tot stand met behulp van bestaande wachtlijsten van een middelgroot ziekenhuis. Uitgebreide wachtlijsten bleken slechts beschikbaar voor de afdeling orthopedie, zodat het deelonderzoek zich beperkte tot orthopedische patiënten. Selectie van potentiële deelnemers kwam tot stand aan de hand van de criteria gehanteerd in het deelonderzoek waarover hierboven in hoofdstuk 6 werd gerapporteerd; deze respondenten participeerden in feite eveneens in het replicatieonderzoek.

Aan de hand van de genoemde criteria werden van de wachtlijsten 110 potentiële deelnemers geselecteerd. Van deze werden er slechts 41 thuis benaderd. Sommige potentiële deelnemers waren juist vóór onze contactname in het ziekenhuis opgenomen. Bij andere werd afgezien van ziekenhuisopname en operatie. Sommige potentiële respondenten hadden besloten vóór opname in het ziekenhuis nog enige tijd met vakantie te gaan. Anderen, die nog volop in het arbeidsproces geïnvolveerd waren, hadden geen tijd of waren niet gemotiveerd om aan het onderzoek deel te nemen.

Van de 41 thuis benaderde participanten werden er in het ziekenhuis slechts 21 opnieuw geënkquêteerd. Van de 20 resterenden weigerde weliswaar niemand verdere medewerking; zij werden echter niet in het verdere onderzoek opgenomen om administratieve redenen, voornamelijk omdat zij korter dan vijf dagen op de verpleegafdeling verbleven. Deze 20 resterenden verschilden niet significant van de dubbelgeënkquêteerden wat leeftijd, geslacht en recente eerdere ziekenhuisopname betreft.

De enquête in het ziekenhuis vond plaats gemiddeld 28 dagen na het huisbezoek, variërend van 8 tot 52 dagen. De groep was, wat de opname-indicatie betreft, samengesteld zoals weergegeven in Tabel 7.1.

De groep van deelnemers, in meerderheid woonachtig in dezelfde middelgrote gemeente, was heterogeen van samenstelling wat de maatschappelijke positie betreft: scholieren, huisvrouwen, werkenden en één WAO-er. Onder de 21 participanten waren

15 vrouwen. De leeftijden varieerden van 17 tot 57 jaar. Homogeen samengesteld was de groep naar zorgbehoefte: de patiënten met de in Tabel 7.1 genoemde opname-indicaties kwamen allen als lopend 'patiënt' het ziekenhuis binnen, zij kwamen als 'patiënt' met elkaar overeen in mobiliteit, behoefte aan ondersteuning bij de ADL-functies en afwezigheid van ziektegevoel.

Tabel 7.1 Opname-indicatie van de dubbel-geënquêteerde patiënten

Opname-indicatie	mannen	vrouwen	Totaal
schouderoperatie	1	2	3
meniscus	3	4	7
teen-/voetoperatie	1	8	9
anders	1	1	2
Totaal	6	15	21

7.2.2 De thuis ervaren gezondheid werd gemeten met behulp van de Vragenlijst Onderzoek Ervaren Gezondheid, de VOEGlijst (Dirken, 1967), die 47 klachten bevat. Deze versie van de VOEG blijkt op grond van factoranalyse en face-validity, en na correctie voor de algemene klaaggeneigdheid, uiteen te vallen in 13 onderdelen: 9 subschalen en 4 afzonderlijke items (Joosten & Drop, 1987). Van de subschalen lijken er twee relevant in het kader van onderzoek naar de stoelgangproblematiek: één heeft betrekking op de spijsvertering (maag-/buikkoliken: 4 items) en één op het postuur (men voelt zich te dik dan wel te mager: 2 items).

Van een vragenlijst als de VOEG mag worden verwacht dat deze een grote mate van intrasubjectieve consistentie bezit. Als iemand op t_1 rapporteert geregeld last van hoesten te hebben, kan worden verwacht dat hij op t_2 , wanneer dit niet te ver van t_1 afligt, retrospectief met betrekking tot t_1 hetzelfde beweert. Verondersteld kan dus worden dat de antwoorden in het ziekenhuis gegeven op de vragen van de VOEG-lijst over thuis (= A2) weinig verschillen van de antwoorden thuis gegeven (= A1). Bij veronderstelde intrasubjectieve stabiliteit van de VOEG-scores, duiden wijzigingen in de antwoorden A2 dus op feitelijk gewijzigde perceptie van de gezondheid thuis (cf. Fig. 7.1).

7.2.3 De perceptie van het eigen defecatiepatroon werd gemeten met behulp van een lijst met voorgestructureerde vragen betreffende de stoelgang, relevant voor een verpleegkundige anamnese (Tabel 7.2).

De vragen werden thuis gesteld tijdens een vraaggesprek waarbij ook onderwerpen aan de orde kwamen als eet- en drinkgewoonten, dieet, bewegingspatroon, medicatie, toilethygiëne, enzovoort. Na tenminste 5 dagen verblijf in het ziekenhuis werden de zeven geselecteerde vragen opnieuw gesteld, weer binnen het kader van een uitgebreider vraaggesprek, en werd de VOEG-lijst opnieuw afgenomen, desgevraagd na korte uiteenzetting van de bedoeling van deze dubbele enquête.

Tabel 7.2 Dubbelgestelde enquêtevragen met betrekking tot de stoelgang

1. Normale frequentie van de ontlasting thuis
2. Normale hoeveelheid geproduceerde ontlasting thuis
3. Heeft men voorkeursmoment voor de stoelgang thuis
4. Zo ja, wanneer
5. Heeft men toiletgewoonten thuis
6. Zo ja, welke
7. Hoe belangrijk c.q. noodzakelijk zijn die voor een 'normale' stoelgang

Omtrent de intrasubjectieve stabiliteit van de antwoorden op deze vragen op twee verschillende momenten zijn ons uit de literatuur geen gegevens bekend. Ook hier is verondersteld dat de respondent zich op t_2 herinnert of deze op t_1 bijvoorbeeld een vast moment voor de stoelgang had. Naar analogie van de VOEG-lijst hoeven de antwoorden, retrospectief in het ziekenhuis gegeven, omtrent de stoelgang thuis (= B2) niet aanmerkelijk te verschillen van de antwoorden op dezelfde vragen thuis gesteld (= B1). Bij veronderstelde intrasubjectieve stabiliteit in het antwoordenpatroon betreffende de stoelgang, duiden wijzigingen in de antwoorden B2 dus op feitelijk gewijzigde perceptie van de stoelgang thuis:

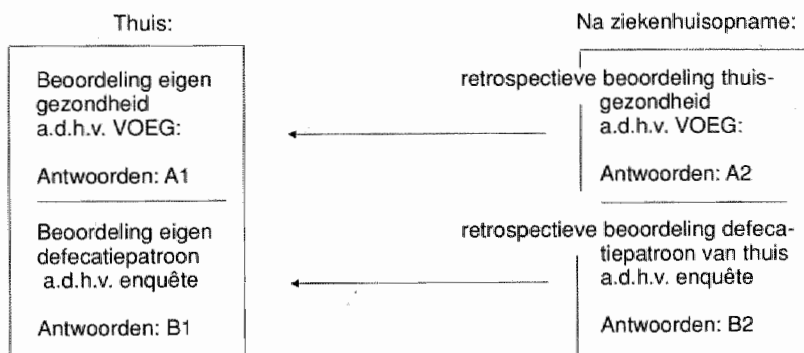


Fig. 7.1 Meting op twee momenten van eigen oordeel betreffende de gezondheid en defecatiepatroon zoals thuis ervaren

Bij deze onderzoeksofzet wordt dus uitgegaan van een analogie tussen de A en de B antwoorden. Indien de A antwoorden stabiliteit vertonen en dan met name die vragen uit de VOEG die betrekking hebben op klachten betreffende de spijsvertering, dan wordt aangenomen dat ook de B antwoorden stabiliteit bezitten. De stabiliteit van de A antwoorden, de desbetreffende antwoorden op de VOEG-lijst, moet dus eerst worden aangetoond.

7.3 Resultaten met betrekking tot de VOEG-lijst

Tabel 7.3 geeft een overzicht van de totaalscores op de VOEG van de 21 proefpersonen. De theoretische minimum- en maximum-scores bedragen respectievelijk 0 en 47. De gemiddelde scores bedragen vóór opname 14.9, erna 13.1; het verschil is significant ($p = 0.01$).

Tabel 7.3 VOEG-scores op twee tijdstippen ($n = 21$)

	Voor opname	Na opname	Aantal gelijke klachten op beide tijdstippen
	4	4	2
	5	5	2
	7	5	3
	8	5	4
	6	6	5
	7	5	5
	13	10	6
	7	8	7
	8	9	7
	15	8	8
	15	9	8
	14	12	9
	21	10	9
	12	17	10
	17	18	15
	24	17	16
	24	22	20
	23	24	22
	23	28	22
	28	24	22
	31	30	28
Totaal gemiddelde:	14.9	13.1	11.0
Standaarddeviatie:	8.0	8.1	7.6

De tabel laat zien dat er grote overeenstemming bestaat tussen de scores op beide tijdstippen ($r = 0.89$); er is dus sprake van een grote betrouwbaarheid. Toch zijn er enkele kanttekeningen te maken waaraan de twee volgende subparagrafen zijn gewijd.

7.3.1 Allereerst valt op dat geen enkele proefpersoon op beide tijdstippen precies dezelfde antwoorden geeft. Is er een patroon herkenbaar in de afwijkingen?

In totaal zijn 987 antwoorden, namelijk op 47 vragen van 21 respondenten op twee tijdstippen, gegeven. Van elk antwoord kan op de twee tijdstippen worden vastgesteld of er wel dan niet een klacht is geuit, en of de twee antwoorden overeenkomen.

Tabel 7.4 Overeenkomst en verschillen bij 987 antwoorden

Vóór opname	Na opname in het ziekenhuis		Totaal
	Klacht	Geen klacht	
Klacht	230 (23%)	82 (8%)	312
Geen klacht	46 (5%)	629 (64%)	675
Totaal	276	711	987

In totaal blijkt 87% van de antwoorden na opname gelijk aan die van vóór de opname (23% klachten + 64% geen klachten). Deze overeenstemming in de antwoorden is een goede maatstaf om aan te geven dat de overeenstemming hoog of laag is. Immers, ook op grond van toeval kan er overeenstemming zijn; in deze tabel is dat 58%. Er bestaan overeenstemmingscoëfficiënten die rekening houden met deze toevalsovereenkomst, bijvoorbeeld Cohens kappa. Gekozen is voor die variant van kappa die bovendien nog rekening houdt met verschillen in randtotalen. Deze coëfficiënt wordt hier C genoemd. Een waardering van 1 betekent volledige overeenstemming, indien rekening wordt gehouden met de toevalsovereenstemming en verschillende randtotalen. 0 betekent de afwezigheid van overeenstemming. Scores beduidend lager dan 0 wijzen op systematische tegenspraak tussen uitspraken. In Tabel 7.4 bedraagt de C 0.76, een hoge waarde maar geen weergave van een volmaakte overeenstemming.

Wat kunnen bronnen zijn van deze divergentie? Een mogelijke bron kan gelegen zijn in verschillen tussen individuen: het antwoordpatroon van de ene respondent kan stabiel zijn dan van de andere. Dit blijkt inderdaad het geval. De overeenstemming uitgedrukt in C loopt voor de 21 respondenten uiteen van 0.33 tot en met 1.00; de mediaan bedraagt 0.79. Er bestaan dus individueel belangrijke verschillen. De hoogte van de C blijkt samen te hangen met de hoogte van de VOEG-scores. Mensen met een hoge VOEG-score blijken een stabiel antwoordpatroon te hebben dan respondenten met een lage VOEG-score (Tabel 7.5).

Tabel 7.5 Overeenstemming in VOEG-scores naar de hoogte van de scores, berekend over alle antwoorden

VOEG-score	C
Laagste zeven (n = 329)	0.62
Middelste zeven (n = 329)	0.71
Hoogste zeven (n = 329)	0.78
Totaal	0.76

Blijkbaar neigen personen met een laag klachtenniveau tot het geven van instabiele antwoorden.

Een onvolledige overeenkomst in antwoordpatroon kan ook als oorzaak hebben dat sommige vragen stabielere antwoorden oproepen dan andere. Ook dit blijkt het geval. De laagste kappa bedraagt -0.08, de hoogste 1.00; de mediaan ligt bij 0.70. Deze verschillen zijn spectaculairder dan bij de interindividuele variatie.

Op het niveau van de afzonderlijke items blijkt tussen sommige items meer, tussen andere minder overeenstemming in antwoorden op de beide meetmomenten. Betrekkelijk hoog in overeenstemming scoren items betreffende kortademigheid, het postuur (te mager, te dik), slapeloosheid, maag- en buikklachten, zich fit of flink voelen, hoofdpijn. Betrekkelijk laag in overeenstemming scoren relatief vage klachten waartussen op twee verschillende meetmomenten gemakkelijk fluctuatie ontstaat, zoals jeuk, prikkelende ogen, vieze smaak in de mond.

De relatief hoge overeenstemming tussen items die in verband gezien kunnen worden met de ontlasting mag ter ondersteuning worden opgevat van de verwachting dat omtrent de stoelgang zelf in de tijd betrekkelijk stabiel zou worden geantwoord.

7.3.2 Behalve de verschillen in beantwoording op de twee meetmomenten, valt eveneens op dat het gemiddelde aantal klachten over de thuis ervaren gezondheid na ziekenhuisopname kleiner is dan daarvoor. Ook dit resultaat is op het eerste gezicht niet evident.

Het totale aantal klachten over de thuis ervaren gezondheid is in het ziekenhuis significant kleiner dan het aantal klachten in de thuissituatie zelf gemeld. Over het algemeen zegt men in het ziekenhuis dat men thuis fitter en minder moe was dan dat men dit in de thuissituatie zelf inschatte. Men beoordeelde zich, retrospectief, thuis fitter, minder slapeloos, minder moe, niet zo slaperig, genietend van een betere eetlust. Retrospectief had men thuis minder last van pijnlijke voeten, dan toen daar, thuis, naar gevraagd werd. Fitheid thuis wordt, retrospectief, nogal positief ingeschat.

Kortom: hoe ook berekend, de stabiliteit van de VOEG-lijst blijkt in het hier bestudeerde geval van 21 dubbel-geënteerde proefpersonen redelijk hoog (de 'ruwe' overeenstemming bedraagt 0.89%, $C = 0.76$). De divergentie tussen de antwoorden op beide meetmomenten bleek enerzijds gerelateerd aan instabiel antwoordgedrag op individueel niveau (vooral personen met weinig gezondheidsklachten bleken dit te vertonen). Anderzijds blijken sommige vragen zich meer dan andere te lenen voor stabiele beantwoording. Gezondheidsklachten die in meer of mindere mate aan de stoelgang gerelateerd kunnen worden (maag- en buikklachten, alsook klachten over het postuur), blijken tot stabiele beantwoording aanleiding te geven. De VOEG als geheel mag als (redelijk/goed) stabiel worden beschouwd: antwoordverschuiving betreft slechts een beperkt gedeelte van de hele schaal.

7.4 Resultaten ten aanzien van het defecatiepatroon

Met betrekking tot het defecatiepatroon werden de respondenten zeven vragen gesteld (cf. Tabel 7.2); daarvan konden er drie beantwoord worden indien daaraan vooraf

gestelde vragen bevestigend waren beantwoord. De vier vragen die door alle respondenten beantwoord konden worden, werden door 11 van de 21 participanten op t₂ beantwoord zoals op t₁. Deze groep van 11 verschilt van de groep respondenten met retrospectief gewijzigde antwoorden niet opmerkelijk in leeftijd, geslacht en eerder recent ziekenhuisverblijf.

De 10 respondenten met retrospectief gewijzigde antwoorden scoorden zodanig dat de vier vragen onderling geen stabiel patroon in afwijkende antwoorden vertoonden.

Retrospectief blijkt men de frequentie van de stoelgang met aannemelijke betrouwbaarheid te rapporteren (cf. Tabel 7.7). Eveneens betrouwbaar wordt gerapporteerd over wc-gewoonten (lezen, puzzelen, enz.) Veel minder betrouwbaar tot onbetrouwbaar echter blijkt het oordeel over het eventuele vaste tijdstip voor de stoelgang, respectievelijk de hoeveelheid faeces per stoelgang (Tabel 7.8 t/m 7.10).

Tabel 7.7 Consistentie in beantwoording Vraag 1:
Frequentie van de stoelgang

Thuis:	3-6x per week	dagelijks	1-3x per dag	Totaal
In ziekenhuis:				
3-6x per week	5	0	0	5
dagelijks	0	11	2	13
1-3x per dag	0	0	2	2
Totaal	5	11	4	20

1 respondent antwoordde 2x 'weet niet'

Overeenstemming: 90%

C: 1,00

De overeenstemming, in Tabel 7.7, tussen de antwoorden op beide meetmomenten is groot. In het ziekenhuis dachten zich 13 respondenten, twee méér dan thuis, een dagelijkse stoelgang toe en vertoonden daarmee wat dat betreft een antwoordtendens in de richting van sociale normen.

Tabel 7.8 Consistentie in beantwoording Vraag 2: Hoeveelheid faeces per stoelgang

Thuis:	ja	nee/beetje	Totaal
In ziekenhuis:			
ja	15	0	15
nee/beetje	5	0	5
Totaal	20	0	20

1 respondent antwoordde 2x 'weet niet'

Overeenstemming: 80%

C: 0.0 per definitie

In Tabel 7.8, betreffende de hoeveelheid faeces per stoelgang, blijkt dat de overeenstemming, intrasubjectief, tussen de antwoorden op beide meetmomenten gering is. Een kwart van de respondenten beantwoordt deze vraag in het ziekenhuis weinig of niet consistent.

Van de 20 respondenten die informatie verstrekten over een eventueel vast tijdstip voor de stoelgang thuis, bevestigden 16 dit zowel thuis als in het ziekenhuis (Tabel 7.9).

Tabel 7.9 Consistentie in beantwoording Vraag 3: Vast tijdstip per dag voor de stoelgang

Thuis:	ja	nee	Totaal
In ziekenhuis:			
ja	16	2	18
nee	1	1	2
Totaal	17	3	20

1 respondent antwoordde 2x 'weet niet'

Overeenstemming: 85%

C: 0.41

Deze 16 vermeldden in het ziekenhuis retrospectief 18 vaste momenten, waarvan 4 maal vóór en 8 maal ná het ontbijt. Deze 18 antwoorden waren alle ook thuis gegeven. Daar echter waren door de 16 geënquêteerden meer antwoorden dan in het ziekenhuis gegeven (waaronder 3 maal vóór het ontbijt en 3 maal gedurende de dag).

Omtrent gewoonten tijdens de defecatie was door 8 personen op beide meetmomenten bevestigend geantwoord (tabel 7.10)

Tabel 7.10 Consistentie in beantwoording Vraag 4: Gewoonten tijdens de stoelgang

Thuis:	ja	nee	Totaal
In ziekenhuis:			
ja	8	1	9
nee	1	11	12
Totaal	9	12	21

Overeenstemming: 90%

C: 0.81

Thuis noemden deze 8 respondenten 11 gewoonten: 6 maal lectuur, 4 maal roken en 1 maal puzzelen. Retrospectief werden deze zelfde gewoonten genoemd. In het ziekenhuis echter werden door de geënquêteerden meer antwoorden gegeven dan thuis, namelijk nog 2 maal lectuur, 1 maal radio beluisteren en 1 maal koffie. Over het belang dat men hecht aan deze wc-gewoonten – belangrijk voor 4, noodzakelijk voor 1 respondent – is men vrij eenstemmig; de overeenstemming bedraagt 75%, C is 1,00.

Informatie door patiënten in het ziekenhuis gegeven omtrent de stoelgang thuis, blijkt

dus op sommige punten voldoende betrouwbaar (frequentie van de stoelgang, wc-gewoonten), op andere punten weinig (eventueel vast moment) of niet betrouwbaar (hoeveelheid faeces). Omtrent de precieze tijd van het vaste moment, alsook omtrent de aard van de wc-gewoonten wordt consistent geantwoord. Men is evenwel thuis uitvoeriger aangaande de vaste momenten, in het ziekenhuis daarentegen omtrent de aard van de wc-gewoonten. Deze wisselende betrouwbaarheid of verschuivende uitvoerigheid lijkt, althans bij eerste benadering, willekeurig en moeilijk verklaarbaar.

Is er nu enige overeenkomst merkbaar tussen het 'wijzigingenpatroon' met betrekking tot de VOEG-lijst en tot de vragen over het defecatiepatroon?

Er blijkt geen enkel verband te bestaan tussen wijzigingen in de VOEG-scores en wijzigingen in de defecatieantwoorden. Degenen die in het ziekenhuis hun gezondheidstoestand thuis rooskleuriger inschatten dan ze thuis deden, blijken niet noodzakelijkerwijs degenen die het defecatiepatroon anders beoordelen. De beoordeling van het defecatiepatroon thuis vanuit de ziekenhuissituatie blijkt niet gekleurd door een 'thuis-was-alles-beter' tendens. De wijzigingen in het oordeel hieromtrent kunnen dus geïnterpreteerd worden als beknopte, vereenvoudigde weergave dan wel als aanvulling, detaillering, precisering van of parafrasering op de thuis gegeven informatie.

7.5 Discussie en conclusies

7.5.1 Verandert, en zo ja in welk opzicht en in welke mate, het zelfoordeel van patiënten bij ziekenhuisopname betreffende de thuis ervaren gezondheid in het algemeen en betreffende de stoelgang in het bijzonder? Eventuele vertekening door patiënten van informatie over thuis is, zoals aangegeven in § 7.1, verklaarbaar vanuit verschillend theoretisch perspectief, te weten: de emotionele impact (van ziekte en ziekenhuisopname), 'face-work' in een situatie die als 'bureaucratic format' omschreven kan worden, de 'cognitive dissonance theory', en het gewone tijdsverloop waaraan allen en alles onderhevig zijn.

Getracht wordt de verschillende (deel-)resultaten van het hier gerapporteerde onderzoek, voor zover in deze paragraaf relevant, te situeren binnen en te verklaren vanuit het betreffende theoretische kader. Samenvattend kan worden gesteld dat de onderhavige problematiek – overigens slechts een fractie uitmakend van het onderwerp 'stoelgang' – niet binnen het kader van één van de genoemde theoretische constructies past. Eerder geldt dat verschillende aspecten van het probleem verklaarbaar of begrijpelijk blijken vanuit wisselend theoretisch perspectief. Ook kan één bepaald fenomeen begrepen worden vanuit twee verschillende theoretische benaderingen. En tenslotte vertoont de problematiek ook aspecten die niet passen binnen een van de genoemde verklaringsmodellen.

7.5.2 In het ziekenhuis gevraagd naar elementen van hun gezondheidsbeleving thuis, antwoordden 21 orthopediepatiënten vrij consistent vergeleken met de zelfrapportage thuis. De VOEG-scores bleken als geheel vrij stabiel; de divergenties deden zich voor op onderdelen. Afwijkend bleek het retrospectieve oordeel met betrekking tot vragen over algeheel welbevinden: fitheid, slaperigheid, moeheid, eetlust, die men, retrospec-

tief in het ziekenhuis met betrekking tot thuis, rooskleuriger inschatte. De perceptie van de thuissituatie kan gekleurd zijn door 'pijnlijke' ervaringen tijdens ziekenhuisverblijf: de 'emotionele impact' als verklaring voor een gewijzigde perceptie, althans rapportage, van de thuissituatie. Overigens kan deze wijziging eveneens worden begrepen in het theoretisch kader van 'face-work': men tracht in de 'bureaucratic format' de schone schijn op te houden, men doet zich flinker voor dan men zich thuis wellicht voelde.

Eén klacht verdient aparte aandacht: in het ziekenhuis vond men dat men thuis minder last van pijnlijke voeten had gehad dan men thuis had gemeld. Dit is, in het licht van de genoemde 'cognitive dissonance theory', begrijpelijk voor patiënten die in het ziekenhuis pas écht pijnlijke voeten kregen (9 van de 21 respondenten hadden teen- of voetoperaties ondergaan). Bij uitbreiding van dit voorbeeld mag verwacht worden dat orthopediepatiënten, retrospectief gevraagd naar hun gezondheidsbeleving thuis, vooral de vragen over het bewegingsapparaat positiever 'gekleurd' zouden beantwoorden (klachten over botten en spieren, over rugpijn, etc.) De desbetreffende subschaal in de VOEG-lijst scoorde echter als geheel niet significant verschillend op beide meetmomenten. De overeenstemmingscoëfficiënt voor deze subschaal kwam overeen met de gemiddelde score van overeenstemming van de hele VOEG (voor de subschaal: $C = 0,79$).

Misschien is over het algemeen de situatie in het ziekenhuis van dien aard, dat idealisering van de thuissituatie retrospectief niet of nauwelijks plaatsvindt. De patiënt wordt immers geholpen aan de klachten waarvoor hij werd opgenomen.

7.5.3 Geconstateerd werd dat instabieler antwoorden op vragen van de VOEG-lijst vooral werden gegeven door personen met een laag klachtenniveau.

Dit verschijnsel lijkt verklaarbaar vanuit de theoretische reflecties betreffende 'face-work': de patiënt wil blijkbaar beantwoorden aan de verwachtingen die men van een patiënt kan hebben, namelijk gezondheidsklachten te hebben, of – zoals in Tabel 7.7. wordt geïllustreerd met betrekking tot de stoelgangfrequentie – lichamelijk overeenkomstig bestaande normen te functioneren.

Ook in wijsgerig antropologisch perspectief lijkt dit verschijnsel begrijpelijk. In de normale situatie, dus bij weinig lichamelijke klachten, verloopt het lichamelijke functioneren 'in de stilte der organen' (Leriche, 1936). In het normale leven is het lichaam voor de mens 'marginaal co-present'. Bij ziekte, aandoening, ernstige handicap, kortom bij veel gezondheidsklachten, wordt het lichaam en het lichamelijk functioneren 'tot object van het thematisch bewustzijn' (Buytendijk, 1965). Mensen met veel gezondheidsklachten worden voortdurend geconfronteerd met de eigen lichamelijkheid en het eigen functioneren. Zij zijn voortdurend met zichzelf bezig, althans vaker of intensiever dan degenen die hun lichaam moeiteloos kunnen passeren. Daarom is niet alleen aannemelijk dat respondenten met een hoog klachtenniveau op meetmoment t_2 nog veel dezelfde klachten hebben als op t_1 , maar ook dat hen op t_2 de klachten van t_1 nog goed voor ogen staan. Respondenten met een laag klachtenniveau hebben op t_2 niet alleen een (veel) geringer 'klachtenrepertoire' tot hun beschikking, waaruit zij kunnen putten. Maar de weinige klachten van t_1 zijn blijkbaar niet of nauwelijks geworden tot 'object van het thematisch bewustzijn'.

Overigens blijken theorieën omtrent de 'emotionele impact' minder geschikt voor

verklaring van het hier besproken fenomeen. Daarin immers wordt gesteld dat vertekening van informatie optreedt in emotioneel geladen situaties, dus bij een hóóg klachtenniveau. Over het algemeen geldt dat participanten aan dit deelonderzoek niet in een situatie verkeerden die als zeer bedreigend of beangstigend moet worden gekenmerkt. Allen kwamen als lopend patiënt het ziekenhuis binnen, de meesten ondergingen een ingreep aan de extremiteiten, een overheersend ziektegevoel ontbrak.

7.5.4 Weten hóe nauwkeurig ziekenhuispatiënten over hun thuis ervaren gezondheid c.q. hun ontlastingspatroon rapporteren, of in welke richting wijzigingen in de zelfbeoordeling geïnterpreteerd moeten worden, is slechts relevant indien deze informatie bijdraagt aan verhoogde kwaliteit van verpleegkundige anamnese, diagnose en interventie. Voorondersteld hierbij is dat de verpleegkundige zorgverlening zich zou baseren en oriënteren op voor de patiënt normale, vertrouwde leefomstandigheden. Tot in hoeverre dient deze zorgverlening omtrent de stoelgang van ziekenhuispatiënten te berusten op hun normale, vertrouwde defecatiepatroon?

De vraag is relevant gezien twee oppositionele uitgangspunten ten aanzien van de verpleegkundige zorgverlening. Enerzijds valt te argumenteren dat zorgverlening het meest gebaat is bij een voor de patiënt zo vertrouwd mogelijke gang van zaken. Dit standpunt kan bogen op een lange traditie in zowel de genees- als de verpleegkunde. Zo hield Galenus (in de tweede helft van de tweede eeuw na Christus) in zijn Περὶ ἔθων zijn volgelingen reeds voor 'dat de natuur zich verheugt over datgene waaraan zij gewend is'. Rufus van Efese spitste dit als volgt toe in zijn Ἐρωτήματα ἰατρικὰ: 'Het letten op de gewoonten van zieken is het beste middel om onaangename complicaties te vermijden en de genezing ten snelste te bevorderen' (Bremer, 1972). Voor de professionele verpleging geldt dat historische handboeken, zoals Nightingales *Notes on nursing* (1859), in eerste instantie werden geschreven voor de thuisverpleging. Thuisverpleging, alsook thuisbevalling of het stervensbed thuis, passen als voorbeelden binnen dit standpunt, waarvan de achterliggende gedachte is dat de mens zijn levens- (en stervens-)opdracht het best vervult in de eigen vertrouwde omgeving.

Daartegenover staat de opvatting dat ziek-zijn niet als een normale, maar eerder als een uitzonderlijke situatie beschouwd moet worden. Ziekte en ziekenhuisopname vormen vaak een cesuur in iemands leven; ziekenhuisopname is daarbij soms onvermijdelijk, als een noodzakelijk kwaad. Vervreemding van de eigen vertrouwde leefsituatie kan in deze optiek zelfs heilzaam zijn, en kan dan bewust worden bevorderd. Verpleging in een instrumenteel-technisch hoog gespecialiseerde setting, of in een isoleercel, passen als voorbeelden binnen deze optiek. Achterliggende gedachte hierbij is dat de eigen, vertrouwde leefwereld niet altijd heilzaam is, maar ook pathogenen kan zijn.

Discussies omtrent de kwaliteit van de zorgverlening betreffen soms de vraag in hoeverre het 'eigen, vertrouwde' element ('eigen' verpleegkundige op de afdeling, eigen spulletjes, eigen meubels, eigen huisdier mee naar het verzorgingstehuis) in de intramurale zorgverlening kan worden geduld of zelfs moet worden gestimuleerd. Continuïteit van zorg betekent dan 'levenscontinuïteit' (Grypdonck, 1989), of continuïteit van leefwereld.

Met betrekking tot de vormgeving van zorg kan men dus een 'homeo-situationele'

dan wel een 'allo-situationele' positie innemen, dat wil zeggen: de verpleegsituatie is, voor zover mogelijk, overeenkomstig met dan wel verschillend van de eigen, vertrouwde leefwereld. De zorg voor de stoelgang kan homeo-situationeel dan wel allo-situationeel worden gerealiseerd. Desgevraagd blijken drie van de vier patiënten voor de allo-situationele benadering te kiezen, althans zich daar bij neer te leggen (Van der Bruggen 1985, Van der Kooij 1987). 'De gewoonten van thuis in het ziekenhuis voortzetten kan gewoon niet', en 'Ik zal hier wel verstopping krijgen maar dat moet dan maar', behoren tot de explicaties bij deze keuze.

Hoewel men geneigd zou zijn de 25% patiënten te willen detecteren die hun problemen op homeo-situationele wijze wensen te zien opgelost – in haar onderzoeksrapport doet Van der Kooij (1987) aanbevelingen in die richting –, blijkt uit het replicatieonderzoek (cf. hoofdstuk 6) dat 'gehechtheid aan wc-rituelen van thuis' geen belangrijke rol speelt in de stoelgangproblematiek op de verpleegafdeling. Blijkbaar weten de 'wc-ritualisten' zich in het ziekenhuis aan te passen. Waarschijnlijk ondergaat men een ziekenhuisverblijf als elk ander verblijf buitenshuis: ook op vakantie, op bedevaart, of anderszins op reis kan 'het gemak' verkeren in ongemak, waarmee men moet proberen te leven.

De conclusie is dat de verpleegkundige bij het intakegesprek minstens zo zeer moet vragen naar reisgewoonten als naar thuisgewoonten betreffende de stoelgang.

8 Samenvatting en discussie

Veel patiënten, in het ziekenhuis opgenomen om zeer uiteenlopende redenen die vaak niets van doen hebben met aandoeningen aan het spijsverteringskanaal, vertonen klachten met betrekking tot de stoelgang. Dat is de ervaring van veel verpleegkundigen, zonder dat precies is aan te geven om hoeveel patiënten het in deze gaat, noch wat de aard en de omvang is van die klachten. Deze problematiek was aanleiding tot de opzet van een aantal deelonderzoeken waarin aspecten werden bestudeerd van de stoelgang – zowel de normale als de problematische stoelgang, in het ziekenhuis alsook thuis – en omtrent enkele waarvan hier wordt gerapporteerd.

De gefragmenteerde benadering van de problematiek resulteerde in gefragmenteerde kennis: aan het slot van deze verslaglegging moet worden gezien tot welke bevindingen de verschillende deelonderzoeken hebben geleid. Allereerst wordt daartoe, in § 8.1, een kort overzicht gepresenteerd van de verkregen kennis.

De gekozen benadering impliceerde uiteenlopende onderzoeksstrategieën. Kanttekeningen van methodologische aard worden gemaakt in § 8.2.

Stoelgangproblematiek van ziekenhuispatiënten kan, als behorende tot de 'verschijnselen, processen, situaties die verpleging en verzorging behoeven', worden gerangschikt bij de onderwerpen die in de verplegingswetenschap 'steeds vaker als onderwerp van onderzoek (worden) gekozen, Zij worden dan niet medisch (in termen van pathologie en therapie) gedefinieerd, maar verpleegkundig' (Philipsen & van der Bruggen, 1989). Verpleegkundige definiëring verwijst naar theoretisering of theorievorming. Reflecties hieromtrent volgen in § 8.3.

Een paragraaf (§ 8.4) waarin praktische consequenties van de hier gepresenteerde deelonderzoeken worden geëxpliciteerd, sluit dit laatste hoofdstuk af.

8.1 Samenvatting van de resultaten

De stoelgang vindt, althans in onze huidige Westerse samenleving, doorgaans in afzondering plaats; de uitscheiding gaat gepaard met gevoelens van privacy. In hoofdstuk 1 is nagegaan hoe, in de loop van eeuwen, men zich voor de stoelgang heeft teruggetrokken uit het openbare leven naar het 'privaat' als strikt privé-vertrek. Een 'pijnlijkheidsdrempel', aldus Elias (1982), werd opgeworpen, als resultaat van een langdurend civilisatieproces. In datzelfde proces verwierf ook de ziekenhuispatiënt

zich steeds meer privacy, ook al wordt die, in de beleving van veel patiënten, te weinig gerespecteerd.

Privacy is, bij nadere beschouwing (in hoofdstuk 2), een vaag begrip, met uiteenlopende betekenisdimensies en waaraan verschillende aspecten te onderkennen zijn. Iemands privacy wordt, hetzij letterlijk hetzij figuurlijk, beschermd door een scheidswand, die in stand wordt gehouden door zowel materieel-organisatorische maatregelen en psychosociale structuren als door in de samenleving bestaande waarden en normen. Als belangrijke conclusie van de conceptverheldering in hoofdstuk 2 geldt dat de genoemde scheidswand als flexibel, veranderlijk moet worden voorgesteld: men kan zijn privacy beschermen op verschillende wijzen en in verschillende mate, al naar gelang iemands maatschappelijke positie of de verschillende leeftijdsfasen waarin men verkeert, of naarmate het te beschermen aspect van iemands persoon het individu meer of minder kwetsbaar maakt. Er is dus reden te veronderstellen dat iemand bij ziekte c.q. bij ziekenhuisopname op een andere wijze dan anders privacygevoelig is met betrekking tot de stoelgang.

Problematiek bespreken, i.c. betreffende de stoelgang, impliceert: kunnen refereren aan het normale, het onproblematische. In hoofdstuk 3 worden humaan-biologische aspecten van het 'normale' defecatiepatroon onderzocht. Het normale patroon van ontlasting vertoont twee kenmerkende structuren. Enerzijds is er een patroon dat wordt gekenmerkt door modaliteiten, namelijk 'later op de dag', 'weinig' en 'keutel-/knikkerachtige' ontlasting. Anderzijds is er een patroon dat wordt gekenmerkt door gedragsaspecten, namelijk 'duur' en 'uitstel' van de stoelgang. Op deze twee basispatronen variëren de stoelgangpatronen van subgroepen, in het onderzoek onderscheiden naar geslacht en naar leeftijd.

Vervolgens werd, in hoofdstuk 4, gezocht naar determinanten van beleving van de stoelgang, eveneens in een gezonde populatie. Beleving van de stoelgang bleek zich te uiten op vier verschillende wijzen – waarvan er drie verwijzen naar speciale gevoeligheden van mensen (namelijk voor hygiënische omstandigheden, voor ontlastingsgeuren en voor winden), en de vierde een globale houding ten opzichte van de stoelgang weergeeft, 'toilet-attitude'. Gevoelig voor hygiënische omstandigheden blijken vooral de vrouwen. Gevoelig voor winden, in de zin dat men zich er voor schaamt, zijn vooral de ouderen. Schaamte voor geuren manifesteren met name degenen die maag- en buikklachten hebben en die laxerende middelen gebruiken. Alles bij elkaar genomen blijken 'wc-problemen' vooral gerelateerd aan het geslacht: wc-problemen hebben met name vrouwen die klagen over lichamelijk ongemak bij de stoelgang of die laxerende middelen gebruiken.

In hoofdstuk 5 worden gedachtenvorming en onderzoek voortgezet omtrent privacygevoeligheid bij de stoelgang, nu met betrekking tot ziekenhuispatiënten. Op geleide van de conceptuele analyse in hoofdstuk 2, is een instrument ontworpen om de privacygevoeligheid te meten van ziekenhuispatiënten met betrekking tot de ontlasting: de PrivacyGevoeligheidsVragenlijst (PGV). Uit het onderzoek bleek dat de PGV op aannemelijk valide en betrouwbare wijze de bedoelde privacygevoeligheid registreert, wat betreft zowel het gehele fenomeen 'privacygevoeligheid bij de stoelgang' als de vier specifieke dimensies, namelijk:

- a. *Zintuiglijk contact*: de mate waarin men zintuiglijk contact bij de stoelgang vanzelfsprekend vindt;
- b. *Bemoeienis*: de mate waarin men aanwezigheid bij of bemoeienis met de stoelgang vanzelfsprekend vindt;
- c. *Afzondering*: de mate waarin men feitelijke afzondering bij de stoelgang belangrijk vindt;
- d. *Controle*: de mate waarin men het belangrijk vindt controle te hebben over de gehele (stoelgang-)situatie, met name over de informatie dienaangaande.

In het totaal blijken vrouwen gevoeliger voor privacy bij de ontlasting; daarnaast blijken zij gevoeliger voor de dimensie Afzondering. Degenen afkomstig uit een groot gezin beoordelen zichzelf als privacygevoelig bij de stoelgang. Degenen met een hoog opleidingsniveau scoren hoog op de dimensie Bemoeienis, zij met een lage opleiding daarentegen op de dimensie Zintuiglijk contact. Eveneens gevoelig op het punt van Bemoeienis blijken degenen die ervaring hadden met po-gebruik in het ziekenhuis.

In hoofdstuk 6 werd bezorgdheid van ziekenhuispatiënten omtrent hun stoelgang onderzocht in relatie tot onder meer veranderingen in het defecatiepatroon na ziekenhuisopname. In de onderzoeksgroep blijkt 41% van de patiënten zich zorgen te maken over de stoelgang. Die bezorgdheid blijkt vooral gerelateerd aan fixatie op ontlastingsproces en -produkten, alsmede aan een veranderde ontlastingsfrequentie. Voor po-gebruikers blijken schaamte en de instabiliteit van de beddepan belangrijke bezorgheidsfactoren.

Als praktische consequentie aangaande het intake-gesprek komt in hoofdstuk 6 aan de orde hoe patiënten met 'stoelgang-risico' bij opname in het ziekenhuis gedetecteerd kunnen worden, op voorwaarde dat de verpleegkundige zou kunnen beschikken over betrouwbare informatie van de patiënt over diens thuis ervaren gezondheid in casu over het ontlastingspatroon thuis.

In hoofdstuk wordt de betrouwbaarheid van de patiënteninformatie na ziekenhuisopname nader onderzocht. Men bleek in het ziekenhuis betrouwbaar te informeren over de thuis ervaren gezondheid. Met name gezondheidsklachten die in meer of mindere mate aan de stoelgang gerelateerd zijn, blijken voor en na opname betrouwbaar gerapporteerd. Echter, over aspecten van de normale stoelgang thuis blijken patiënten in het ziekenhuis soms voldoende betrouwbaar (frequentie van de stoelgang, wc-gewoonten), soms weinig (eventueel vast moment) of ook niet betrouwbaar (hoeveelheid faeces) te informeren. Uit het onderzoek bleek geen inzichtelijk patroon in de op onderdelen wisselende betrouwbaarheid. Waaruit volgt dat de betrouwbaarheid van informatie over het normale ontlastingspatroon thuis, verkregen in het ziekenhuis, (nog) moeilijk voorspelbaar is.

8.2 Methodologische reflecties

De per thema wisselende betrouwbaarheid van de zelfrapportage door patiënten is een reden te meer voor enkele methodologische kanttekeningen. In de hier gerapporteerde deelonderzoeken werd niet gerefereerd aan het oordeel van de verpleegkundige omtrent

problemen van patiënten met de stoelgang, met name wat betreft de privacygevoeligheid van dezen bij de ontlasting.

Het lijkt voor de hand te liggen ervan uit te gaan, dat verpleegkundigen zouden beschikken over de meest juiste patiënteninformatie. Verpleegkundigen verzekeren niet alleen de 24-uurs continuïteit van zorg, maar eveneens zou een empathische benadering van de patiënt resulteren in inzicht in wat de patiënt feitelijk beroert (Mansfield 1973, Forsyth 1979, Malinsky 1986).

Met betrekking tot privacygevoeligheid van patiënten betreffende de stoelgang kon de vraag worden gesteld of, en zo ja in welke mate, de perceptie ervan door de verpleegkundigen overeenkomt met de zelfbeoordeling door de patiënten. Deze vraag werd beantwoord in het kader van het deelonderzoek waarover in hoofdstuk 5 werd gerapporteerd. Aan de hand van de desbetreffende data werd een instrument ontwikkeld en gevalideerd voor meting van privacygevoeligheid van ziekenhuispatiënten bij de stoelgang (Stijnen, 1988). Factoranalyses resulteerden in vier subschalen, waarvan er één werd onderverdeeld in twee kleinere schaaltes:

1. Vanzelfsprekendheid: Zintuiglijke inbreuken (VZ)
 - 1.1: betreffende gehoor en reuk (VZ1)
 - 1.2: betreffende aanwezigheid personeel (VZ2)
2. Vanzelfsprekendheid: Bemoeienis (VB)
3. Belangrijkheid van maatregelen: Zintuiglijke inbreuken (BZ)
4. Belangrijkheid van maatregelen: Bemoeienis (BB)

Een aantal statements betreffende de privacygevoeligheid werd behalve aan de 92 patiënten eveneens voorgelegd aan 64 verplegenden, namelijk aan degenen die naar eigen zeggen de betreffende patiënten het best kenden. Deze verplegenden werd gevraagd de items te scoren zoals zij vermoedden dat de betreffende patiënten zelf dat zouden doen. Op de scores door de verpleegkundigen werden eveneens factoranalyses uitgevoerd. Deze resulteerden in vier subschalen die globaal overeenkwamen met die van de patiëntenlijst. Ook hier werd een subschaal, hoewel een andere dan bij de patiënten, onderverdeeld in twee kleinere schaaltes:

1. Verplegenden: Vanzelfsprekendheid: Zintuiglijke inbreuken (VVZ)
2. Verplegenden: Vanzelfsprekendheid: Bemoeienis (VVB)
3. Verplegenden: Belangrijkheid van maatregelen: Zintuiglijke inbreuken (VBZ)
 - 3.1: betreffende het bezoek (VBZ1)
 - 3.2: zich afzonderen (VBZ2)
4. Verplegenden: Belangrijkheid van maatregelen: Bemoeienis (VBB)

De mate van overeenstemming verpleegkundigen-patiënten is weergegeven in tabel 8.1.

Tussen wat de patiënten invulden en wat de verplegenden dachten dat de patiënten zouden antwoorden werd geen samenhang gevonden.

Tabel 8.1 Overeenstemming tussen patiënten- en verplegenden-antwoorden op de PrivacyGevoelighedsVragenlijst

Subschalen	r	p
VZ1 - VVZ	0.01	0.90
VZ2 - VVZ	0.12	0.26
VB - VVB	0.12	0.27
BZ - VBZ1	0.12	0.25
BZ - VBZ2	-0.08	0.45
BB - VBB	0.04	0.72

Voor dit opmerkelijke resultaat bestaan wel enkele verklaringen, onder andere van methodologische aard. De geconstrueerde subschalen bij patiënten en verplegenden kwamen niet helemaal met elkaar overeen: zij bestonden soms grotendeels uit verschillende items en maten dus wellicht niet dezelfde genuanceerde deelaspecten van privacygevoeligheid. Verder kan de relatieve complexiteit van de PGV een belemmering zijn geweest bij het scoren van de statements. Stijnen (1988) maakt zelf melding van dit probleem, reeds in hoofdstuk 5 gesignaleerd.

Anderzijds bleek dat de subschalen, in de lijsten onderscheiden bij patiënten en verplegenden, globaal genomen wel dezelfde dimensies meten van privacygevoeligheid bij de stoelgang. De boven benoemde bezwaren geven geen uitputtende verklaring voor het totale gebrek aan overeenstemming tussen beide groepen. De conclusie, ook door Stijnen getrokken, lijkt onvermijdelijk: de verplegenden kennen 'hun' patiënten niet wat betreft datgene wat er in hen omgaat.

Overigens ligt deze conclusie in de lijn van eerder verplegingswetenschappelijk onderzoek. Reeds in 1959 toonde Whiting aan hoe met de voortschrijding van het professioneel niveau van verpleegkundigen hun vermogen tot inschattingen op patiënniveau afnam (Whiting, 1959). Maastrichts verplegingswetenschappelijk onderzoek leidt nogal eens tot soortgelijke conclusies, of het nu gaat om privacygevoeligheid (Stijnen, 1988), dan wel om het inschatten van angstgevoelens (Klop 1984, Schulkens 1987), het beoordelen van eenzaamheidsproblematiek (Nijssen, 1987) of van zelfzorgvermogen (Kalter 1987, Schiltmans 1987, Gruschke 1990), of het inschatten van pijn (Abu-Saad, 1990): met betrekking tot vooral de basisbehoeften weten verplegenden niet echt hoe het met 'hun' patiënten gaat.

Uiteindelijk mag deze conclusie weinig verrassend heten. Ziek-zijn immers wordt, bij nadere analyse, gekenmerkt door 'anders-zijn', waarbij het andere, de ziekte zich bijna per definitie onttrekt aan discursieve kennis – zowel bij de naaststaanden van de zieke, van wie hij 'vervreemdt', alsook bij de zieke zelf (Van der Bruggen 1977, 1987). Dit gebrek aan kennis betreft ook en vooral de basale aspecten van het menselijk bestaan, de 'basisbehoeften', terwijl meer kennis is vergaard omtrent de omgeving van de patiënt, de leefwereld, de betekenis van de dingen daarin, de beleving van tijd en ruimte (Van den Berg 1952, Poslavsky 1956, Ellerbeck 1961, Bremer 1972, Visser 1984). Op het gebied dus waar de verpleegkundige de essentie van haar beroep uitoefent, namelijk het voorzien in basisbehoeften van patiënten, blijkt het haar aan gewogen kennis en inzicht te mankeren. Overigens kan betwijfeld worden of verpleeg-

opleidingen er alles aan doen, leerlingen en studenten deze kennis en dit inzicht bij te brengen (cf. Inleiding § 2). Wat dit betreft zijn Whitings bevindingen niet verwonderlijk, aangezien hoe hoger men stijgt in de hiërarchie van verpleegopleidingen, hoe minder men werkt in de directe patiënt-verplegende-relatie.

8.3 Theoretische overwegingen

De deelonderzoeken waaruit dit proefschrift is samengesteld konden soms nauwelijks ingekaderd worden binnen bestaande verklaringsmodellen of wetenschappelijke theorieën. Soms, bijvoorbeeld in hoofdstuk 7, gebeurde dit wel: de problematiek rond 'patiënt, privaat en privacy' werd belicht vanuit enkele uiteenlopende theoretische perspectieven, zonder dat daarbij overigens kon worden geopereerd vanuit een expliciete verplegingswetenschappelijke stellingname.

Als argument werd in de deelrapportages soms gewezen op het ontbreken van voldoende literatuur over (deel-)aspecten van de bestudeerde problematiek, soms op afwezigheid van een verplegingswetenschappelijk perspectief in beschikbare publicaties. Ook al werd over de normale en de problematische stoelgang, thuis en in het ziekenhuis, weinig gepubliceerd, de stoelgang als normaal en problematisch heeft in de verpleegkundige discipline (uiteeraard) een brede bekendheid. In de bestaande verplegingswetenschappelijke theorieën wordt de excretie niet genegeerd. Maar de wijze waarop de uitscheiding daarin wordt behandeld, maakt duidelijk waarom die theorieën niet in aanmerking kwamen als theoretisch kader voor de verschillende deelonderzoeken. De bestaande nursing theories, het merendeel van Amerikaanse oorsprong en vele ervan logisch-positivistisch geïnspireerd, hanteren veelal een overwegend mechanistisch mensbeeld, waarbij de uitscheiding wordt opgevat als lozing van afvalstoffen na een verbrandingsproces (bijvoorbeeld bij Johnson, 1980), of als een mechanisme van stimuli en responsen (bijvoorbeeld bij Roy, 1984). Het menselijke, existentiële van de stoelgang krijgt niet de nodige aandacht. Meer historistisch geïnspireerde theorieën (de indeling is van Silva en Rothbart, 1984), waarbij historische en culturele dimensies van de stoelgang meer tot hun recht zouden komen, missen veelal de nodige geoperationaliseerde concepten, premissen en proposities ter hypotheseformulering en empirische toetsing.

Uiteindelijk werd gekozen voor een exploratieve benadering van de (deel-)aspecten van de geïsoleerde problematiek – naast, duidelijk geëxpliciteerd, een historisch-fenomenologische beschrijving van het aspect 'privacy bij de stoelgang'. In de empirische gedeelten echter werden, indien relevant, onderzoeksresultaten belicht vanuit antropologisch-verpleegkundig perspectief. Dit perspectief is dat waarmee de onderzoeker het meest vertrouwd is (cf. Van der Bruggen 1977, 1987a, 1987b, 1989). Aan het einde van deze studie rijst de vraag, in hoeverre een antropologisch-verpleegkundig perspectief heeft bijgedragen aan inzicht in de hier bestudeerde problematiek, en of en zo ja, onder welke voorwaarden dat perspectief meer ten nutte kan worden aangewend.

Feitelijke of dreigende stoornis van een basale menselijke functie, als de uitscheiding, kan het gehele menselijke bestaan beïnvloeden, 'aantasten'. Bij analyse van het menselijke bestaan, op geleide van auteurs uit de wijsgerige antropologie (Heidegger,

Merleau-Ponty, Sartre) en de medische antropologie (Buytendijk), blijkt de existentie omschreven te kunnen worden als een excentrische 'beweging' vanuit het existierend subject naar de wereld. In deze beweging zijn 'achtereenvolgens' enkele elementen te onderkennen.

'Vooreerst' is er de mens, het existierend subject zelf, die zich in zijn eigen zelf, zijn eigen ik aangetast kan voelen, ook bij uitscheidingsproblemen. Wat van het subject het meest kwetsbaar is, kan door middel van privacybescherming behoed worden. 'Vervolgens' is er het aspect van de lichamelijkheid. Als ziekte, beperking, onvermogen of handicap iemands bestaan aantasten, ervaart men niet alleen een lichaam te zijn, maar ook te hebben – als een hinderlijk voorwerp, dat in sommige medische situaties aan anderen moet worden toevertrouwd.

Vanwege het lichaam is men 'in' de tijd en 'in' de ruimte. Het lichaam 'maakt' tijd en ruimte. Het is de spil van iemands leefwereld ('le pivot du monde', Merleau-Ponty), waarvan niet alleen de dingen maar ook de medemensen deel uitmaken. Het menselijke zijn is aldus te zien als samen-zijn: 'Sein ist Mit-sein' (Heidegger).

Aan het menselijke bestaan kunnen, 'gleichursprünglich' (Heidegger), bovengenoemde facetten 'achtereenvolgens' worden onderscheiden. Het beeld van een keten, de 'existentiële keten', waarbij deze facetten als verschillende schakels in elkaar grijpen, is in feite dus een zwakke voorstelling van zaken – hoewel de minst slechte beeldspraak voorhanden.

Ziek-zijn kan als zo ingrijpend in het menselijk bestaan worden ervaren, dat gevolgen merkbaar worden ten opzichte van verschillende elementen van het bestaan, dat wil zeggen: in verschillende 'schakels van de existentiële keten'. Vanuit antropologisch perspectief bezien hebben ziek-zijn en lichamelijk functioneren, inclusief de uitscheiding, een wederkerige relatie.

Voor de ziekenhuispatiënt komt daar nog bij dat ook de opname en het verblijf op de verpleegafdeling als (zeer) ingrijpend ervaren kunnen worden. Ook dit zou, minstens ten dele, ontregeling van de stoelgang kunnen verklaren. Verstoring van het defecatiepatroon indien men voor enige tijd uithuizig is, is voor velen een bekend verschijnsel.

Wanneer ziekte of aandoening het menselijk bestaan ingrijpend aantasten, en hulp geboden is, kan de persoon een beroep doen op verschillende werkers in de gezondheidszorg. Worden de problemen ter leniging aan de verpleegkundige aangeboden of, indien dit niet expliciet gebeurt, (h)erkent deze vanuit het eigen beroepsperspectief de problematiek als ressorterend onder eigen deskundigheid en beroepsverantwoordelijkheid, dan is sprake van een verpleegprobleem. De verpleegkundige helpt de zieke als mens zo normaal mogelijk te bestaan. Verplegen is het op deskundige wijze hanteren van de leefwereld van de zieke mens. Daarnaast kan worden gesteld dat de verpleegkundige de patiënt benadert, of: zich als het ware toegang verschaft tot de aangetaste existentie van de zieke mens, via het aspect van diens lichamelijkheid. Zo draait het verpleegkundig handelen om twee assen, namelijk de lichamelijkheid van de patiënt (én van de verplegende), en het deskundig hanteren van diens leefwereld.

Het hier beschreven antropologische perspectief kan ertoe bijdragen bepaalde aspecten van de normale of de problematische stoelgang inzichtelijk voor te stellen. De stoelgang is een gebeuren waarbij het individu kwetsbaar is, waarbij kenmerken van lichamelijkheid zich kunnen opdringen, dat structurerend kan zijn van tijd en plaats, en

waarbij bepaalde regels worden gesteld aan de omgang met de medemens. In de loop van enkele deelonderzoeken konden, vanuit dit perspectief, bepaalde resultaten tenminste begrepen worden (bijvoorbeeld: hoe lager iemands klachtenniveau, des te instabieler de zelfrapportage na ziekenhuisopname over de thuis ervaren gezondheid, cf. hoofdstuk 7).

Vanuit ditzelfde perspectief werd, in hoofdstuk 1, aannemelijk gemaakt dat na ziekenhuisopname iemands 'pijnlijkheidsdrempel' (in de zin zoals gebruikt door Elias) hoger of ook wel lager zou kunnen worden. Welnu, een theorie die een feit voorspelt én het tegendeel van dat feit, is geen theorie. Dit is waarschijnlijk de belangrijkste reden waarom geen empirisch onderzoek is uitgevoerd gebaseerd op een antropologisch-verpleegkundige visie noch op vergelijkbare theoretische overwegingen: zij bevinden zich in een voorfase van operationalisering. Toetsbare uitspraken zijn er feitelijk (nog) niet uit af te leiden.

Anderzijds hebben de deelonderzoeken wel bijgedragen aan meer inzicht in de stoelgang als een normaal menselijk gebeuren. Als onderscheiden facetten van het bestaan (de 'schakels' van de 'existentiële keten') werden belicht:

- het individu, kwetsbaar in situaties die als vernederend ervaren kunnen worden;
- het lichaam, dat zich doet gevoelen, bij de normale maar vooral ook bij de problematische stoelgang;
- de tijd, dat men de stoelgang uitstelt, of die men besteedt aan de uitscheiding, of dat de ontlasting op zich laat wachten, dan wel als aandrang gevoeld wordt;
- de ruimte, die sommigen aankleden als een gezellig interieur, een 'verblijf', en die voor anderen een functionele ruimte is, een 'vertrek'; die voor sommigen in ieder geval in eigen, vertrouwde omgeving, en voor weer anderen overal gelegen kan zijn; de plaats die voor sommigen 'het gemak' betekent, voor anderen het ongemak;
- de dingen die een speciale betekenis kunnen krijgen, bijvoorbeeld wanneer zij op de door sommigen zo gewenste hygiëne betrekking hebben, of wanneer zij ertoe bijdragen de stoelgang te bespoedigen;
- de ander, met wie de omgangsregels strikt zijn waar het de ontlasting betreft; door wie men liefst niet gestoord wil worden; die men liefst ook niet zou hinderen met stank of geluid; die men toch ook soms nodig kan hebben voor intieme zorg; van wie men ook afhankelijk kan zijn.

Deelonderzoeken dragen dus bij aan inzicht in aspecten van de normale en onregelde stoelgang. In een volgende fase van onderzoek zouden, met betrekking tot de stoelgang thuis of in het ziekenhuis, bepaalde veronderstellingen tot in hypothesen geformuleerd kunnen worden, om zodoende te komen tot theorie-toetsing.

8.4 Praktische consequenties en aanbevelingen

Behalve bovenstaande aanbevelingen tot verder onderzoek, volgen uit de deelonderzoeken ook de onderstaande praktische consequenties en aanbevelingen.

8.4.1 Het 'normale defecatiepatroon' bestaat niet. Het normale patroon heeft twee

onderscheiden dimensies, namelijk de ene gebonden aan de modaliteiten 'vorm' en 'hoeveelheid' van de faeces en 'tijdstip' van de stoelgang, de andere aan de kenmerken 'duur' en 'uitstel' van de ontlasting. Subgroepen – te weten: jongere en oudere mannen en jongere en oudere vrouwen – variëren elk op voor hun karakteristieke wijzen op deze twee 'basis-patronen'.

Indien de verpleegkundige, in verband met diagnose of interventie, probeert inzicht te krijgen in, aan te sluiten op of in te grijpen in het normale ontlastingspatroon, verdient het aanbeveling zich te oriënteren op zowel de twee basispatronen inclusief op de varianten per subcategorie.

8.4.2 Van de beleving van de normale stoelgang worden vier aspecten beschreven, die gerelateerd zijn aan bepaalde categorieën mensen.

- Vrouwen blijken gevoeliger voor hygiëne op de wc. Vrouwen met lichamelijk ongemak of gewend aan laxerende middelen, hebben meer in het algemeen meer wc-problemen.
- Ouderen schamen zich meer voor winden.
- Mensen met maag- en buikklachten en laxerende middelen zijn meer geurgevoelig.
- Een problematische houding ten opzichte van de stoelgang vertonen: mensen met maag- en buikklachten, degenen die laxerende middelen gebruiken, die vaak vinden dat de eigen ontlasting stinkt, die weinig tijd besteden aan de stoelgang, die zelf minder zijn.

De risicogroepen ten aanzien van de stoelgangproblematiek zouden niet alleen in bovengenoemde categorieën vroegtijdig onderkend dienen te worden, maar ook bij opname in het ziekenhuis als zodanig dienen te worden aangemerkt.

8.4.3 De PrivacyGevoelighedsVragenlijst (PGV) biedt de mogelijkheid privacy(over)gevoeligheid van ziekenhuispatiënten bij de stoelgang te bepalen. De PGV valt uiteen in vier subschalen, voor meting van vier dimensies van privacygevoeligheid, namelijk betreffende Zintuiglijk contact, Bemoeienis, Afzondering en Controle. Naar PGV-totaalscore blijken vrouwen privacygevoeliger. Gevraagd naar het (totale) zelfoordeel, blijken patiënten afkomstig uit grotere gezinnen gevoeliger voor privacy. Privacygevoelig op een of enkele van de vier onderscheiden dimensies blijken vrouwen (Afzondering), hoger opgeleiden (Bemoeienis), lager opgeleiden (Zintuiglijk contact), en patiënten die bij een eerder ziekenhuisverblijf de ondersteek hadden gebruikt (Bemoeienis). Overigens behoeft de PGV inkorting en verfijning.

Het verdient aanbeveling te onderzoeken in welke mate privacygevoeligheid bij de stoelgang – in haar geheel alsook wat betreft de vier onderscheiden dimensies – al bij opname van de patiënt op de verpleegafdeling kan worden vastgesteld. Een dergelijke vaststelling kan leiden tot vroegtijdige (h)erkenning van patiënten met 'stoelgang-risico' met alle preventieve voordelen van dien. Vervolgonderzoek kan dan betrekking hebben op doeltreffendheid van preventief verpleegkundig handelen.

8.4.4 Van ziekenhuispatiënten, niet opgenomen vanwege aandoeningen aan het spijsverteringskanaal, bleek in het deelonderzoek 41% zich zorgen te maken over de

stoelgang. Bij mogelijke generalisering van dit gegeven liggen op een 'gewone' verpleegafdeling van 30 patiënten er 12 die zich zorgen maken over de ontlasting, met name over obstipatie of een verminderde ontlastingsfrequentie. Over het geheel gezien, alsook meer in het bijzonder bij de wc-gebruikers, blijkt die bezorgdheid vooral gerelateerd aan gefixeerdheid op ontlastingsproces en -produkten, alsook aan een veranderde ontlastingsfrequentie. Voor po-gebruikers blijken schaamte en de onstabieleit van de beddepan belangrijke factoren van invloed.

Vanuit een optiek van verpleegkundige preventie lijkt het relevant te pogen patiënten met 'stoelgang-risico' te detecteren bij opname op de verpleegafdeling. Een kenmerk van de probleempatiënten (de totale groep alsook, meer beperkt, degenen die van de wc gebruik maken) is het gebruik thuis van laxerende middelen (medicijnen en natuurlijke produkten). Dit zou, bij opname op de afdeling, al een eerste indicatie kunnen zijn. Tijdens het ziekenhuisverblijf zijn het de hierboven genoemde indicatoren die naar het vóórkomen van problemen verwijzen.

Opmerkelijk bij de po-gebruikers is dat aan de bezorgdheid veel variabelen zijn gerelateerd die te maken hebben met de directe zorgverlening. De verplegenden en verzorgenden moeten dan ook:

- gevoelens van schaamte van patiënten die op de po gaan respecteren, zo mogelijk reduceren;
- deze patiënten stabiel op de ondersteek plaatsen;
- extra zorg dragen voor frisse lucht;
- stimuleren, althans toestaan dat wc-rituelen van thuis, indien men daaraan gehecht is, zoveel mogelijk gepraktiseerd kunnen worden;
- gelegenheid bieden tot handen wassen na de ontlasting.

Verpleegopleidingen moet worden aanbevolen bovengenoemde interventies in de trainingsprogramma's op te nemen c.q. deze bijzondere aandacht te geven.

Bij vervolgonderzoek verdient het aanbeveling 'bezorgdheid omtrent de stoelgang' verder te differentiëren naar diverse categorieën ziekenhuispatiënten, bijvoorbeeld interne versus chirurgische patiënten.

8.4.5 Belangrijk voor de verpleegkundige anamnese en diagnose is het gegeven dat informatie aan de patiënt in het ziekenhuis gevraagd over de thuis ervaren gezondheid over het algemeen betrouwbaar is. Vragen over het algemene welbevinden (fitheid, moeheid, slaperigheid, eetlust) worden retrospectief rooskleuriger beantwoord. Dit geldt niet, althans bij de orthopedische patiënten in het deelonderzoek, voor vragen over meer specifieke gezondheidsklachten.

Informatie over de stoelgang thuis, retrospectief in het ziekenhuis verstrekt door de patiënt, is deels betrouwbaar, deels niet. (On)betrouwbaarheid op dit punt houdt geen verband met (on)betrouwbaarheid ten aanzien van de vragen over de thuis ervaren gezondheid. Voor de verpleegkundige lijkt het overigens niet relevant uitsluitend aan te sluiten bij de thuisgewoonten van de patiënt betreffende de stoelgang. De meeste patiënten willen in het ziekenhuis hun stoelganggewoonten wel aanpassen – of leggen zich neer bij wat hen overkomt op dit punt. Voor inzicht in eventueel te verwachten stoelgangproblemen lijkt het relevant zich eveneens te oriënteren op iemands ontlastingspatroon bij uithuizigheid.

Summary

Many patients admitted to a hospital for a number of reasons many of which have very little to do with the alimentary tract, complain about inadequate bowel function. Nurses are, professionally speaking, familiar with those complaints that, until now, have hardly ever been investigated. Nearly no information is available about for example the number of patients commonly suffering from bowel problems, the nature of the meant troubles, in short about the extent and seriousness of defecation problems in hospitalized patients. This provided a challenge for research and finally led to a series of research projects some of which are reported in this study, in mutually independent chapters.

In our western society bowel movement or defecation takes place usually in privacy. In chapter 1, a historical overview of bowel habits, especially among sick persons, and their relationship to privacy is given. During centuries bowel activities were, in a continuously civilized process, declined from public to private life. As a result of civilization, expectations raised by society, and rules of sanitary conduct, a sense of shame and embarrassment accompanied bowel actions inducing a change from public to private life.

Privacy as a concept is rather vague and ambiguous. In chapter 2, privacy as a concept is elaborated, resulting in a general definition with distinct dimensions. Indicators of privacy in relation to bowel action among hospital patients were indentified. One of the facts described was the so called 'imaginary membrane' which is supposed to protect somebody's privacy. This 'membrane' must be represented as changeable, and changing indeed in various circumstances and in relation to different vulnerable aspects of a person's life. This makes it acceptable to state that feelings of excretory privacy may alter in cases of illness and admission to hospital.

Chapters 3 and 4 report on research studies dealing with the human-biological and the psychological aspects of bowel function in a healthy population. In chapter 3 a research study is reported, involving a population of 90 healthy participants selected by means of convenient sampling. The participants were asked to keep diaries for two weeks, on the process and products of bowel function. Together with information about stools, data were gathered about health and wellness, nutrition, medication, sanitary practices, and others. Among the human-biological aspects, two different stool patterns were found. One is related to modalities of defecations (i.e.: to form and quantity of stools and the moment of defecation), and the other to the functional aspects of defecation (i.e.: its delay and duration). Results of this study showed no single bowel pattern. Defecation patterns of the participants in this study when classified by sex and

age, showed divergent variations on the two marked patterns.

Chapter 4 deals with experienced feelings related to defecation in the same healthy population. Four modalities of experienced feelings appeared; three of them are related to issues of sensitivity, namely: susceptibility for sanitary cleanliness, for excretory odours and for flatulency, and the fourth being a global attitude to bowel activity. Women appeared especially susceptible for sanitary cleanliness. Susceptibility for flatulency was found in the elderly. Susceptibility for excretory odours appeared among those with stomach and abdominal complaints and those using laxatives. In summary, bowel problems seemed to be more common among women suffering from a malfunctioning bowel, or using laxatives.

Chapter 5 presents a research study on feelings of excretory privacy. A sample of 92 patients from medical units was selected. Guided by the results of the concept analysis, elaborated in chapter 2, a Likert type instrument was constructed and validated for measuring the needs of hospital patients for excretory privacy. This instrument appeared to measure, on acceptable levels of validity and reliability, these needs as well as the four theoretically distinguished dimensions of excretory privacy. The four dimensions are: sensory contact, interference, seclusion and control.

Women are, generally speaking, more sensitive for excretory privacy, and also for the privacy dimension of seclusion. Sensitive for the interference dimension are those with a higher educational level. Persons with a lower educational level appeared to be sensitive for the dimension of sensory contact. Also sensitive for the interference dimension are persons that, formerly as hospital patients, happened to use a bed-pan.

Research on bowel worry and concern among hospital patients is reported in chapter 6. This study was set up originally as a replication of Wright's (1974) research on Bowel function in hospital patients, and elaborated later as an enlarged or 'constructive replication study' (Connelly, 1986).

A population was selected including 160 hospital patients from both medical and surgical wards, in two academic and two non-academic general hospitals. Structured and non-structured questions were asked about bowel function, sanitary practices, feelings of privacy, shame and embarrassment as well as about medication, nutrition and (other) nursing and environmental factors.

Data gathered showed that 41% of the patient population studied evidenced worry and concern about bowel functioning after admission to the hospital. For the whole group as well as for those who used the toilet, worry and concern appeared in relation to fixation on both bowel processes and products, and also to a changing frequency of defecation. For those using bedpans, feelings of shame and embarrassment as well as the unstable position when sitting on the bed-pan appeared to be the most important reasons for worry and concern.

From a prevention point of view in nursing, selecting patients with 'potential for bowel worry' when admitted to the ward, seems relevant. Given the fact that many patients with those problems used laxatives when at home, the use of laxatives could be one of the indicators.

In order for the nurse to make an accurate assessment of a patient on admission, reliable information about the patient's perception of his sickness and wellness at home, including his bowel habits and patterns are important. In chapter 7, the reliability of

information provided by patients when admitted to hospital was studied.

A sample of 21 patients on a waiting list for admission to an orthopedic department of a general hospital was selected. Data were collected on the (future) patient's health and wellness as well as on their bowel activities at home. The same data were collected, retrospectively, few days after admission to the hospital. Data collected at home and after admission to the hospital were analysed.

The information concerning the patient's health and wellness at home including bowel activities appeared to be reliable. However, some aspects of normal bowel habits at home are reported with less reliability or without any reliability at all. No justification for this findings could be identified. Consequently, it remains difficult to predict how reliable the information will be about bowel function at home from patients admitted into the hospital.

Finally, in the concluding chapter 8 practical, methodological and theoretical considerations are summarized and implications for theory development, research and the practice area are drawn.

Sommaire



De nombreux malades, hospitalisés pour des raisons très variées et qui n'ont rien à voir avec des affections de l'appareil digestif, se plaignent après quelques jours d'hospitalisation d'un mauvais fonctionnement du transit intestinal. Les infirmières sont, professionnellement parlant, habituées à ces plaintes, sans pour autant pouvoir indiquer ni le nombre de patients souffrant de ces troubles, ni l'ampleur, ni la vraie nature de ces inconvénients. En outre, les problèmes mentionnés n'ont pas fait jusqu'à ce jour l'objet de publications scientifiques infirmières ou autres. Ce sujet a été le point de départ d'une série de projets de recherche dont certains sont présentés ici dans sept chapitres indépendants les uns des autres.

Dans notre société occidentale aller à la selle est du ressort de la vie privée. Un aperçu historique de la défécation est donné dans le chapitre 1, en particulier de la situation des malades en relation avec les exigences de la vie privée. Dans une évolution continue de civilisation qui couvrit des siècles, la défécation fut retirée de la vie publique et réservée à la vie privée. Le résultat fut l'établissement dans la société moderne de règles de convenances pour les conduites excrétoires. Celles-ci sont marquées par la gêne et la pudeur; les besoins d'intimité se font sentir.

L'intimité ou la vie privée s'avère avoir une signification peu précise. Le chapitre 2 présente une analyse de l'intimité, menant à une description, une définition et une opérationnalisation de ce phénomène en général et de ses parties composantes en particulier. L'analyse a permis de préciser la vie privée des malades hospitalisés, plus particulièrement en relation avec la défécation. Entre la vie publique et la vie privée une 'membrane' imaginaire est supposée protéger les zones les plus vulnérables de la personne. Cette 'membrane' est à concevoir comme de nature à s'adapter, et comme changeant effectivement selon les circonstances. Il résulte de ceci que des exigences d'intimité, et plus particulièrement la 'pudeur excrétoire', peuvent se manifester de manières différentes dans des cas de maladies et d'hospitalisation.

Le modèle normal de la défécation humaine est étudiée dans les chapitres 3 et 4, dans une population contenant 90 personnes saines, choisies par un moyen 'd'échantillonnage simple' ('convenient sampling'). Il était demandé aux participants de remplir un questionnaire sur leur état de santé ainsi que sur la physiologie, le vécu et le comportement excrétoires. De même il leur était demandé de noter, dans un journal pendant 15 jours, les données détaillées concernant l'élimination, la nourriture et les boissons, et éventuellement la prise de médicaments et de laxatifs.

Pour les aspects physiologiques de la défécation (chapitre 3), deux modèles différents

furent trouvés, l'un relatif aux modalités de l'élimination, c'est à dire: l'aspect, la consistance, la quantité des selles et le moment précis de la défécation, l'autre relatif aux aspects comportementaux, c'est à dire: la remise et la durée de la défécation. Une des conclusions est qu'il n'existe pas un seul modèle d'excrétion: les sous-groupes dans la population étudiée, divisée selon les sexes et en classes d'âge, se répartissent dans les deux modèles trouvés.

Une recherche des expériences vécues parmi les mêmes participants bien-portants est rapportée dans le chapitre 4. Quatre modalités différentes d'expériences quant à l'élimination ont été identifiées, dont trois liées à des sensibilités déterminées: la sensibilité à l'hygiène sanitaire, aux odeurs d'excrétion, et la pudeur concernant la flatulence. La quatrième sensibilité implique une attitude globale par rapport à l'élimination. Les femmes dans la population étudiée apparaissaient surtout sensibles à l'hygiène sanitaire tandis que les personnes âgées montraient plus de pudeur quant à la flatulence. Sensibles aux odeurs excrétoires s'avéraient être les individus souffrant de troubles de l'estomac et de l'abdomen et prenant des laxatifs. En somme, les problèmes pour aller à la selle semblaient être réservés aux femmes se plaignant de troubles physiques lors de la défécation ou prenant des laxatifs.

Le chapitre 5 présente une étude des sentiments et des besoins de vie privée lors de la défécation, à laquelle ont participé 92 malades hospitalisés, tous résidant dans des Services médicaux. Partant de l'analyse conceptuelle effectuée dans le chapitre 2, un instrument, échelle du type Likert, fut élaborée et validée pour mesurer les besoins d'intimité des patients lors de l'élimination. Cet instrument s'avérait suffisamment valide et fiable pour mesurer les besoins globaux d'intimité ainsi que les quatre dimensions distinguées théoriquement, celles-ci étant: des besoins liés au contact sensoriel, à l'ingérence, à la solitude et au contrôle.

Les femmes dans la population étudiée étaient, généralement parlant, plus sensibles aussi bien à l'intimité excrétoire dans sa totalité qu'à la dimension de la solitude. La sensibilité à la dimension d'ingérence concernait les personnes hautement qualifiées. Ceux dont l'éducation était plutôt peu élevée se montraient sensibles à la dimension du contact sensoriel. Sensibles aussi à la dimension d'ingérence s'avéraient être les participants qui, hospitalisés auparavant, avaient fait usage du bassin hygiénique au lit.

Une recherche concernant les préoccupations et les soucis que se font les malades hospitalisés par rapport à aller à la selle, est rapportée dans le chapitre 6. Cette étude a été montée originellement comme reproduction de la recherche de Mme L. Wright sur la défécation et les malades hospitalisés ('Bowel function in hospital patients', 1974), et élargie ensuite par d'autres questions de recherche.

Une population fut composée de 160 malades hospitalisés, résidant dans des Services médicaux et chirurgicaux de deux hôpitaux universitaires et deux non-universitaires. Parmi ces participants des enquêtes furent menées, comprenant des questions ouvertes et structurées sur le fonctionnement et les résultats concrets de la défécation, à la maison comme à l'hôpital, ensuite sur les habitudes sanitaires et les expériences vécues lors de la défécation, utilisant soit les toilettes soit le bassin au lit. Enfin des données furent recueillies sur le traitement thérapeutique, la médication et l'usage des laxatifs, la nutrition et d'autres éléments de soins médicaux et infirmiers.

L'information recueillie montrait des préoccupations et des soucis par rapport à aller

à la selle chez 41 pour cent des malades après l'hospitalisation. Les soucis apparaissaient, dans la population entière ainsi que chez ceux qui allaient aux toilettes, en relation avec une fixation sur le processus et les résultats concrets de la défécation, ainsi qu'avec un changement de la fréquence des selles. Chez les utilisateurs des bassins, les raisons les plus graves des préoccupations et des soucis s'avéraient être les sentiments de gêne et de pudeur, comme aussi la position instable sur le bassin.

Du point de vue de la prévention infirmière, la répartition des malades entrant à l'hôpital en ceux ayant et ceux n'ayant pas de 'risques de selles problématiques' semble opportune. L'usage des laxatifs à la maison pourrait être un des indicateurs.

Quelques conclusions pratiques résultent du chapitre 6, notamment par rapport au diagnostic infirmiers lors de l'admission du patient dans le service. Cependant l'infirmière doit pouvoir disposer de l'information fiable quant à la santé et la maladie telles que vécues à la maison, si besoin aussi sur le modèle excrétoire normal ou affecté, et les habitudes le concernant. Dans le chapitre 7 il est étudiée la fiabilité de l'information donnée par les malades lors de leur admission dans le Service de soins.

Pour cette étude une population fut composée de 21 personnes figurant sur la liste d'attente d'un Service d'Orthopédie dans un hôpital général. Des données furent recueillies d'abord à la maison, notamment sur la santé et le bien-être des participants ainsi que sur le modèle excrétoire normal et les habitudes le concernant. Les mêmes données, donc par rapport à la situation à la maison, furent recueillies retrospectivement, quelques jours après l'admission à l'hôpital.

L'analyse comparative de ces données démontrait la fiabilité de l'information donnée par les malades sur l'état de leur santé à la maison. Particulièrement l'information globale concernant l'élimination à la maison s'avérait fiable. Pourtant certains aspects du modèle excrétoire normal étaient rapportés avec moins de fiabilité, ou même sans aucune fiabilité apparente. De cette modification de la fiabilité, aucune hypothèse explicative n'a été identifiée. En conséquence la prévision du niveau de fiabilité de l'information sur l'élimination à la maison donnée par les patients reste incertaine.

Le chapitre 8 présente un résumé des conclusions pratiques, théoriques et méthodologiques, tirées des recherches rapportées.

- Bourke, J.G., *Les rites scatologiques*. Paris, Presses Universitaires de France, 1981 (*Scatologic Rites of all Nations*. Washington, Lowdermilk, 1891; Voorwoord door S. Freud: Leipzig, Ethnologischer Verlag, 1913.)
- Bouwhuizen, M., *Verpleegkunde*. Leiden, Spruyt, Van Mantgem & De Does, 1972, In Goede Handen.
- Brandeis, H., 'The psychology of scatological privacy', in *Journal of Biological Psychology*, 14, 1972, 2, p. 30-35.
- Bremer, J.J.C.B., *De ziekenhuispatiënt; een hoofdstuk uit de medische psychologie*. Nijmegen, Dekker & Van de Vegt, 1972.
- Bruggen, H. van der, *Leve de zieke; een antropologie van ziek zijn en verplegen*. Lochem, De Tijdstroom, 1977 (19812) *Verpleegkundige Studies* 23.
- Bruggen, H. van der, 'De verpleging op het glibberige pad', in: *Metamedica*, 62, 1982, 7/8, p. 245 - 263.
- Bruggen, H. van der, 'Een project verplegingswetenschappelijk onderzoek als experiment samenwerking WO - HBO', in: *Verplegen in verschuivend perspectief*, red. D. Baay e.a. Lochem, De Tijdstroom, 1984, p. 183 - 192.
- Bruggen, H. van der, *Defecatieproblematiek bij ziekenhuispatiënten; een replicatie-onderzoek*. Maastricht, Rijksuniversiteit Limburg, 1985.
- Bruggen, H. van der, *Naar een antropologische verpleegkunde*. Lochem, De Tijdstroom, 1987, *Verpleegkundige Studies* 61.
- Bruggen, H. van der, 'De leefwereld van de bejaarde (patiënt): verpleging en verzorging', in: J. van den Berg e.a. (red.), *Leven in een instituut*. Rotterdam, Stichting Bijen Nascholingscursussen KVV, 1987, KVV Cahiers 7, p. 35 - 55. (1987b)
- Bruggen, H. van der, 'Antropologische Verpleegkunde', in: H. van der Bruggen (red.), *De delta van de Nederlandse verpleging*. Lochem, De Tijdstroom, 1988, *Verpleegkundige Studies* 62, p. 99 - 117.
- Burchfield, R.W., *A supplement to the Oxford English Dictionary*. Oxford, Clarendon, 1982.
- Buytendijk, F.J.J., *Prolegomena van een antropologische fysiologie*. Utrecht, Het Spectrum, 1965, Aula 204.
- Cabanès, A., *Moeurs intimes du passé*. Paris, Albin Michel, 1908.
- Canguilhem, G., *Le normal et le pathologique*. Paris, Presses Universitaires de France, 1966 (1975,2).
- Canguilhem, G., *La connaissance de la vie*. Paris, Librairie Philosophique J. Vrin, 1975.
- Clay, E.C., 'Rehabilitative nursing', in: D. Mandelstam (red.), *Incontinence and its management*. London, 1980, p. 166 - 174.
- Connelly, C.E., 'Replication in nursing research', in: *International Journal of Nursing Studies*, 23, 1986, 1, p. 71-77.
- Connell, A.M., C. Hilton, G. Irrine e.a., 'Variation of bowel habit in two population samples', in: *British Medical Journal*, 1965, 2, p. 1095 - 1099.
- Corbin, A., *Le miasme et la jonquille*. Paris, Aubier Montaigne, 1982.
- Csergo, J., *Liberté, égalité, propriété. La morale de l'hygiène au XIXe siècle*. Paris, Albin Michel, 1988.
- Curtin, L., 'Privacy: belonging to oneself', in: *Perspectives in Psychiatric Care* 19, 1981, 3/4, p. 112 - 115.

- Dassen, Th., *De uitscheiding als verpleegprobleem*. Maastricht, Rijksuniversiteit Limburg, 1984.
- Devroede, G., 'Dietary fiber, bowel habits, and colonic function', in: *The American Journal of Clinical Nutrition*, 1978, oct., p. 157 - 160.
- De Vogüé, A. & S. Grasset, S.O.S. *Hôpitaux*. Paris, Gallimard, 1975.
- Dirken, J.P., *Het meten van stress in industriële organisaties*. Groningen, Rijksuniversiteit Groningen, 1967.
- Drew, P. & A. Wootton, *Erving Goffman; Exploring the interaction order*. Cambridge, Polity Press, 1988.
- Drossman, D.A., R.S. Sandler, D.C. McKee e.a., 'Bowel patterns among subjects not seeking health care', in: *Gastroenterology*, 1982, 83, p. 529 - 534.
- DuGas, B.W. & B.M. DuGas, *Basisboek verpleegkunde: verplegen als integraal proces*. Groningen, Wolters Noordhoff, 1985.
- Elias, N., *Het civilisatieproces*. Utrecht, Het Spectrum, 1982, Aula 705 en 706 (*Ueber den Prozess der Zivilisation. Soziogenetische und psychogenetische Untersuchungen*. Basel, Haus zum Falken, 1939).
- Ellerbeck, J.P.W., *De wereld van de zieke mens*. Haarlem, De Toorts, 1961.
- Engels, D., *De uitscheidingsproblematiek op een psychogeriatrische afdeling*. Maastricht, Rijksuniversiteit Limburg, 1985.
- Englisch, P., *Das skatologische Element in Literatur, Kunst und Volksleben*. Stuttgart, Püttmann, 1928.
- Feldhaus, F.M., *Ka-pi-fu; und andere verschamte Dinge*. Berlin, Friedenau, Privatdruck, 1921.
- Festinger, L., *A theory of cognitive dissonance*. Evanston, Row, Peterson, 1957.
- Foddy, W.H. & W.R. Finighan, 'The concept of privacy from a symbolic interaction perspective', in: *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 10, 1980, 1, p. 1-17.
- Forsyth, G.L., 'Exploration of empathy in nurse-client interaction', in: *Advances in Nursing Science*, 1, 1979, 1, p. 53 - 61.
- Freud, S., *Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie*. 1905.
- Frexinos, J., 'La vie quotidienne du constipé', in: *Le Quotidien du Médecin*, 16 sept. 1982, Suppl. 15.
- Friedlander, W.J., 'The basis of privacy and autonomy in medical practice', in: *Soc. Sci. Med.*, 16, 1982, p. 1709 - 1782.
- Gaignebet, Cl., *Le carnaval*. Paris, Payot, 1979.
- Gaignebet, Cl., *Le folklore obscène des enfants*. Paris, Maisonneuve & Larose, 1980.
- Gill, K., 'De defaecatie van de mens', in *Huisarts en Wetenschap*, 1979, 22, p. 186 - 191.
- Gleichmann, P.J., 'Städte reinigen und geruchslos machen', in: H. Sturm (red.), *Asthetik und Umwelt*, Tübingen, Narr, 1979a, p. 99 - 132.
- Gleichmann, P.J., 'Die Verhäuslichung körperlicher Verrichtungen', in: P.R. Gleichmann, J. Goudsblom & H. Korte (red.), *Materialien zu Norbert Elias' Zivilisationstheorie*. Frankfurt, Suhrkamp, 1979b, p. 254 - 278.
- Goffman, E., *Interaction ritual: Essays on face-to-face behavior*. New York, Doubleday Anchor, 1967.

- Goffman, E., *Relations in public; Microstudies of the public order*. Harmondsworth, Penguin Books, 1971.
- Graaf, F. de, *Bescherming van persoonlijkheid, privé-leven en persoonsgegevens*. Alphen aan den Rijn, Tjeenk Willink, 1977.
- Gregg, D.E., 'Anxiety - A factor in nursing care', in: *American Journal of Nursing*, 52, 1952, Nov., p. 1363 - 1365.
- Gregg, D.E., 'Reassurance', in: *American Journal of Nursing*, 55, 1955, Febr., p. 171 - 174.
- Groddeck, 'La constipation comme résistance type' ('Verstopfung als Typus des Widerstands'), in: Groddeck, G., *La maladie, l'art et le symbole*. Paris, Gallimard, 1926.
- Grüschke, A.M., *Het beoordelen van het zelfzorgvermogen van psychiatrische patiënten door de persoonlijke begeleider en andere personeelsleden*. Maastricht, Rijksuniversiteit Limburg, 1990.
- Grypdonck, M., 'Van continuïteit van zorg naar zorg voor continuïteit', in: *Tijdschrift voor Ziekenverpleging*, 43, 1989, 15, p. 487 - 492.
- Hamer, B.Chr. & J.H. Haverkate, *Leerboek bij het verplegen van geestes- en zenuwzieken*. Amsterdam, Van Mantgem & De Does, 1950(8).
- Hamer, B.Chr. & F.J. Tolsma, *Algemeen leerboek voor het verplegen van geestes- en zenuwzieken*. Leiden, Spruyt, Van Mantgem & De Does, 1964(11).
- Heers, J., *Fêtes des fous et carnivals*. Paris, Fayard, 1983.
- Henderson, V. & G. Nite, *Principles and practice of nursing*. New York, Macmillan, 1975.
- Hilderink, H.G.M., 'Gebruik van privacyreglementen: ervaringen in het AZVU', in: *Privacyreglementen in de gezondheidszorg*. Alphen aan den Rijn, Samsom, 1986.
- Hofland, H.J.A., 'Stront', in: *Nieuw Wereld Tijdschrift*, 3, 1986, 4, p. 77-80.
- Holvast, J., *Op weg naar een risicoloze maatschappij? De vrijheid van de mens in de informatie-samenleving*. Leiden, Rijksuniversiteit Leiden, 1986.
- Holvast, J., H. van Dijk, G.J. Schep, *Privacy doorgelicht*. 's-Gravenhage, Stichting Wetenschappelijk Onderzoek Konsumentenangelegenheden, Instituut voor Consumentenonderzoek, & Stichting Waakzaamheid Persoonsregistratie, 1989.
- Hunt, J.M. & D.J. Marks-Maran, *Het verpleegkundig dossier; het verpleegkundig proces in de praktijk*. Lochem, De Tijdstroom, 1982 (*Nursing care plans; The nursing process at work*. Aylesbury, H M + M, 1980).
- Hunter, M., R.M. Grinnell jr., R. Blanchard, 'A test of a shorter privacy preference scale', in: *The Journal of Psychology*, 1978, 98, p. 207 - 210.
- Ittelson, W., H. Proshansky, L. Rivlin & G. Winkel, *An introduction to environmental psychology*. New York, Holt, Rinehart & Winston, 1974.
- Johnson, C., 'Privacy as personal control', in: D. Carson (ed.), *Man-environment interactions: evaluations and applications*, II. Stroudsburg, Dowden, Hutchinson & Ross, 1974, hfdst 6, p. 83 - 100.
- Johnson, D.E., 'The behavioral system model for nursing', in: J.P. Riehl & Callista Roy, *Conceptual models for nursing practice*. New York, Appleton, Century, Crofts, 1980², p. 207 - 216.
- Jones, I.S.C., 'An analysis of bowel habit and its significance in the diagnosis of

- carcinoma of the colon', in: *The American Journal of Proctology*, 1976, june, p. 45 - 56.
- Joosten, J., & M.J. Drop, 'De betrouwbaarheid en vergelijkbaarheid van drie versies van de VOEG', in: *Gezondheid en Samenleving*, 8, 1987, 4, p. 251 - 265.
- Jourard, S., *Self-disclosure: an experimental analysis of the transparent self*. New York, Wiley, 1971.
- Juchli, L., *Leerboek verpleegkunde I*. Amsterdam, Elsevier, 1980.
- Kalter, L., *Betrouwbaarheid en validiteit van de ASA-schaal bij meting van zelfzorgvermogen van revalidanten*. Maastricht, Rijksuniversiteit Limburg, 1987.
- Kelvin, P., 'A social-psychological examination of privacy', in: *Brit. Journ. soc. clin. Psychology*, 1973, 12, p. 248-261.
- Kerlinger, F.N., *Foundations of behavioral research*. New York, Holt, Rinehart & Winston, 19732.
- Kleber, R.J. & D. Brom, 'Ingrijpende rolveranderingen en hun gevolgen', in: E. van de Vliert, A.Ph Visser, P.G.J. Zwaga, J.A.M. Winnubst en E.J.H. ter Heide (red.), *Rolspanningen*. Boom, Meppel, 1983.
- Klein, E., *A comprehensive etymological dictionary of the English language*. Amsterdam, Elsevier, 1971.
- Kline, L.M. & P.A. Bell, 'Privacy preference and interpersonal distance', in: *Psychological Reports*, 1983, 53, p. 1214.
- Klop, R., *Angstbeleving van cardiologische patiënten en de herkenning hiervan door verpleegkundigen*. Maastricht, Rijksuniversiteit Limburg, 1984.
- Knippenberg, A. van, F. Siero, *Multivariate analyse; beknopte inleiding en toepassing*. Deventer, Van Loghum Slaterus, 1980.
- Kooij, C. van der, *Defaecatiepatroon als verpleegprobleem*. Utrecht, Instituut voor Verplegings-Wetenschap, 1987.
- Kramer, F., *Psychiatrische verpleegkunde*. Lochem, De Tijdstroom, 1968.
- Kuitenbrouwer, F., 'Privacy', in: *Grote Winkler Prins Encyclopedie*. Amsterdam, Elsevier, 19828, 18, p. 393-394.
- Laporte, D., *Histoire de la merde*. Paris, Bourgois, 1978.
- Leriche, R., 'Introduction générale; De la santé à la maladie; La douleur dans la maladie; Où va le médecine?' *Encyclopédie Française*, VI, 1936, 6.16-1.
- Lieburg, M.J. van (Inl.), *Over ziekenverpleging*. Alphen aan den Rijn, Stafleu, 1980, Librije der Geneeskunst 4.
- Ligthart, L., *Encopresis, een exploratief onderzoek in en rond de huisartspraktijk*. Leiden, Rijksuniversiteit Leiden, 1988. Proefschrift.
- Little, D.E. & D.L. Carnevali, *Nursing care planning*. Philadelphia, Lippincott, 1969.
- Loor-Netjes, W. & F. Woudenberg, 'Defaecatieproblematiek na opname in het ziekenhuis', Leusden-C., Hogere School voor Gezondheidszorg, 1984.
- Macdonald, L. & P. Freeling, 'Bowels: beliefs and behaviour', in: *Family Practice*, 3, 1986, 2, p. 80 - 84.
- Malinsky, V.M., *Explorations on Martha Rogers' Science of Unitary Human Beings*. New York, Appleton, Century, Crofts, 1986.
- Manning, A.P., J.B. Wyman, K.W. Heaton, 'How trustworthy are bowel histories? Comparison of recalled and recorded information', in: *British Medical Journal*, 1976,

- jul. 24, p. 213 - 214.
- Marriner, A., *The nursing process*. St. Louis, Mosby, 1975.
- Marshall, N., 'Environmental components of orientations toward privacy', in: J. Archea & C. Eastman (eds.), *EDRA 2: Proceedings of the 2nd annual Environmental Design Research Association conference*. Pittsburgh, Pa, 1970A.
- Marshall, N., 'Personality correlations of orientation toward privacy', in: J. Archea & C. Eastman (eds.), *EDRA 2: Proceedings of the 2nd annual Environmental Design Research Association conference*. Pittsburgh, Pa, 1970B.
- Marshall, N., 'Privacy and environment', in: *Human Ecology*, 1, 1972, 2, p. 93 - 110.
- Marshall, N., 'Dimensions of privacy preferences', in: *Multivariate Behavior*, 9, 1974, p. 255-271.
- Mauchamp, G., *Soins infirmiers aux personnes constipées*. Lyon, Université de Lyon II, E.I.E.I.S., 1983.
- McClemens, J.M., 'Privacy and the individual', in: *National Hospital and Health Care*, 1, 1976, p. 7 - 10.
- Meijer, G.H., *Handboek voor pleegzusters en ziekenoppassers*. Groningen, Van Bolhuis Hoitsema, 1848.
- Moolen, J.C.W. van der & H.J. Quanjer, *Verpleegkunde; basis-verpleging/preklinische periode*. Lochem, De Tijdstroom, 1967(4).
- Muir Gray, J.A., 'Incontinence in the community', in: D. Mandelstam (red.), *Incontinence and its management*. London, 1980, p. 110 - 121.
- Munnichs, J.M.A. (red.), *Toiletgang bij ouderen*. Lochem, De Tijdstroom, 1984, Moderne Gerontologie 1.
- Nightingale, F., *Over ziekenverpleging: wat men, om de herstelling te bevorderen, te doen en te vermijden heeft*. Amsterdam, Schadd, 1862 (Notes on nursing: what it is and what it is not, 1859, vert. A.D. Busken Huet, 1862).
- Nijssen, C., *Onderzoek naar het feitelijke en wenselijke hulpaanbod in een verzorgings-tehuis*. Maastricht, Rijksuniversiteit Limburg, 1987.
- Norris, C.M., *Concept clarification in nursing*. Rockville, Aspen, 1982.
- Onions, C.T. (ed.), *The Oxford Dictionary of English Etymology*. Oxford, Clarendon, 1978.
- Oomkes, F.R., *Communicatieleer*. Meppel, Boom, 1986.
- Palmer, R., *Auch das W.C. hat seine Geschichte*. München, Pfiemer, 1977.
- Pardailhé-Galabrun, A., *La naissance de l'intime*. Paris, PUF, 1988.
- Parent, W., *Sanitair; een historisch overzicht*. Delft, Delftse Universitaire Pers, 1987.
- Park, R.E. & E.W. Burgess, *Introduction to the science of sociology*. New York, Greenwood, 1924.
- Pedersen, D.M., 'Dimensions of privacy', in: *Perceptual and motor skills*, 1979, 48, p. 1291 - 1297.
- Pedersen, D.M., 'Cross-validation of privacy factors', in: *Perceptual and motor skills*, 1982, 55, p. 57 - 58.
- Peet, R.A.M. van der, *Verpleegkunde 1: de lichamelijke van de mens*. Lochem, De Tijdstroom, 1984.
- Peplau, H., 'Loneliness', in: *American Journal of Nursing*, 55, 1955, Dec., p. 1476.
- Philipsen, H., & H. van der Bruggen, 'Verplegingswetenschap in Maastricht', in: H.

- van der Bruggen (red.), *De delta van de Nederlandse verpleging*. Lochem, De Tijdstroom, 19892, p. 181 - 194.
- Pleij, H., *Het gilde van de Blauwe Schuit; Literatuur, volksfeest en burgermoraal in de late middeleeuwen*. Amsterdam, Meulenhoff, 1979.
- Pleij, H., *De sneeuwpoppen van 1511; Literatuur en stadscultuur tussen middeleeuwen en moderne tijd*. Amsterdam, Meulenhoff, 1988
- Popken, J., *Intimiteiten; Een cultuursociologisch essay*. Kampen, Kok Agora, 1988.
- Poslavsky, A., *Voordrachten over medische psychologie*. Utrecht, Bijleveld, 1956.
- Proshansky, H., W. Ittelson & L. Rivlin, 'Freedom of choice and behavior in a physical setting', in: H. Proshansky, W. Ittelson & L. Rivlin (eds.), *Environmental psychology: man and his physical setting*. New York, Holt, 1970.
- Rawnsley, M.M., 'The concept of privacy', in: *Advances in Nursing Science*, 2, 1980, 1, p. 25-31.
- Roding, J., *Schoon en net; hygiëne in woning en stad*. 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1986.
- Roy, Callista, *Introduction to nursing; An adaptation model*. Englewood Cliffs, Prentice-Hall, 19842.
- Rubin, R., 'Body image and self-esteem', in: V.A. Christopherson e.a. (red.), *Rehabilitation nursing*. New York, 1974, p. 49 - 55.
- Sandler, R.S., 'Bowel habits in young adults not seeking health care', in: *Digestive Diseases and Sciences*, 32, 1987, 8, p. 841 - 845.
- Schenk, J., 'Urban form and the control of private life', in: *Architecture in Australia*, 61, 1972, p. 173 - 177.
- Schiltmans, M.M.C., *Het thuisfunctioneren van reumatoïde arthritis patiënten*. Maastricht, Rijksuniversiteit Limburg, 1987.
- Schrik-van Bodegom, M., 'Privacy ten aanzien van medische en psychologische gegevens', in: *Tijdschrift voor Ziekenverpleging*, 33, 1980, 19, p. 901-912.
- Schulkens, Y., *De herkenning van angstbeleving van de patiënt door de verpleegkundige en de factoren die hierbij een rol spelen*. Maastricht, Rijksuniversiteit Limburg, 1987.
- Schuster, E.A., 'Privacy, the patient and hospitalization', in: *Social Science and Medicine*, 10, 1976, 5, p. 245-248.
- Schwartz, B., 'The social psychology of privacy', in: *American Journal of Sociology*, 1968, 73, p. 741-752.
- Seligman, C., 'What is a door? Notes towards a semiotic guide to design', in: *Semiotica*, 38, 1982, 1/2.
- Shepherd, A., e.a., 'The role of the nurse', in: D. Mandelstam (red.), *Incontinence and its management*. London, 1980, p. 135 - 155.
- Sills, D.L., *International Encyclopedia of the social sciences*. New York, Macmillan & Free Press, 1968.
- Silva, M.C. & D. Rothbart, 'An analysis af changing trends in philosophies of science on nursing theory development and testing', in: *Advances in Nursing Science*, January, 1984, p. 1 - 13.
- Smaling, A., 'Münchhausen-objectiviteit; Een nieuwe conceptie van objectiviteit als methodologische norm', in: *Psychologie en Maatschappij*, 17, 1988, 44, p. 272 - 288.

- Smith, D.E. & R.M. Swanson, 'Privacy and corrections: A social learning approach', in: *Criminal Justice and Behavior*, 1979, 6, p. 339 - 357.
- Spijker, T., *Mooi en beschaafd verplegen*. Lochem, De Tijdstroom, 1979, Verpleegkundige Studies 26.
- Stijnen, I., *Privacygevoeligheid van ziekenhuispatiënten ten aanzien van de ontlasting*. Maastricht, Rijksuniversiteit Limburg, 1988.
- Stillman, M.J., 'Territoriality and personal space', in: *American Journal of Nursing*, okt. 1978. Vert.: M. Ederveen-Lucas, 'Territorialiteit en persoonlijke ruimte', in: *Tijdschrift voor Ziekenverpleging*, 33, 1980, 3, p. 96-100.
- Strong, P.M., *The ceremonial order of the clinic*. London, Routledge & Kegan Paul, 1979.
- Strong, P.M., 'Minor courtesies and macro structures', in: P. Drew & A. Wootton, *E. Goffman; Exploring the interaction order*. Oxford, Polity Press, 1988, p. 228-249.
- Swaan, A. de, *De mens is de mens een zorg; opstellen 1971 - 1981*. Amsterdam, Meulenhoff, 1984 (19821).
- Swaan, A. de, *Zorg en de staat*. Amsterdam, Bakker, 1989 (*In care of the state, Health care, education and welfare in Europe and the USA in the Modern Era*. 1988).
- Tenon, M., *Mémoires sur les hôpitaux de Paris*. Parijs, 1788.
- Tollenbeek, J., *De toga van Fruin. Denken over geschiedenis in Nederland sinds 1860*. Amsterdam, Wereldbibliotheek, 1990.
- Van Dale Groot Woordenboek der Nederlandse Taal. Utrecht, Van Dale Lexicografie, 1984 (11).
- Vigarello, G., *Le propre et le sale; L'hygiène depuis le Moyen Age*. Paris, Seuil, 1985.
- Visser, A.Ph., *De beleving van het verblijf in het algemene ziekenhuis. Tevredenheid, kennis en emotionele toestand van ziekenhuispatiënten: meting, inhoud en determinanten*. Assen, Van Gorcum, 1984.
- Waard, J.M.D. de, 'Het deeladvies Privacy van de Centrale Raad', in: *Tijdschrift voor Ziekenverpleging*, 36, 1983, 5, p. 126-130.
- Walden, T.A., P.A. Nelson, D.E. Smith, 'Crowding, privacy and coping', in: *Environment and Behaviour*, 13, 1981, 2, p. 205 - 224.
- Walker, L.O. & K.C. Avant, *Strategies for theory construction in nursing*. Norwalk, Appleton & Lange, 1988.
- Westin, A.F., *Privacy and freedom*. New York, Atheneum, 1967.
- Whiting, F.S., 'Needs, values and perceptions and the nurse-patient relationship', in: *Journal for Clin. Psychol.*, 1959, 15, p. 146.
- Wijk, H.J. van, *Het irritable bowel syndroom; een multifactoriële benadering*. Utrecht, Rijksuniversiteit Utrecht, 1988.
- Williamson, R.C., P.C. Swingle & S.S. Stansfeld Sargent, *Social psychology*. Illinois, Johnson, 1982.
- Wilmoth, G., *The perception of privacy: a multidimensional scaling analysis*. Florida, University of Florida, 1980.
- Wolters, W., *Kinderen met encopresis, in psycho-somatische benadering*. Utrecht, Rijksuniversiteit Utrecht, 1974.
- Wright, L., *Clean and decent; the fascinating history of the bathroom & the water closet*. London, Routledge & Kegan Paul, 1966.

- Wright, L., *Bowel function in hospital patients*. London, Royal College of nursing and National Council of Nurses of the United Kingdom, 1974, The Study of Nursing Care.
- Yura, H., & M.B. Walsh, *The nursing process. Assessing, planning, implementation, evaluation*. New York, Appleton, Century, Crofts, 19783.
- Zon, H. van, *Een zeer onfrisse geschiedenis. Studies over niet-industriële verontreiniging in Nederland, 1850-1920*. 's-Gravenhage, Ministerie van Volkshuisvesting, Ruimtelijke ordening en Milieubeheer, 1986.

Bijlagen

20

Bijlagen bij Hoofdstuk 3

Bijlage 3.1 Dagboek ter registratie van het normale defecatiepatroon.

[illegible]

Bijlage 3.2 Factorladingen op twee factoren, na varimaxrotatie, voor de hele populatie alsook voor de vier subgroepen.

	Factor 1	Factor 2
Ontlasting van de hele populatie (n = 1468)		
- Vorm	.68	-.25
- Hoeveelheid	-.66	.07
- Tijdstip	.63	.32
- Duur	.01	.75
- Uitstel	-.03	.66
Percentage verklaarde variantie: 49		
Ontlasting jongere mannen (n = 326)		
- Vorm	-.67	-.08
- Hoeveelheid	.65	-.38
- Uitstel	.44	.61
- Duur	-.02	.73
- Tijdstip	-.25	.48
Percentage verklaarde variantie: 48		
Ontlasting oudere mannen (n = 225)		
- Tijdstip	.79	-.01
- Hoeveelheid	-.76	.12
- Uitstel	.15	.80
- Duur	-.19	.75
- Vorm	.08	-.35
Percentage verklaarde variantie: 52		
Ontlasting jongere vrouwen (n = 582)		
- Vorm	.72	.07
- Hoeveelheid	-.66	.10
- Tijdstip	.61	.13
- Duur	-.17	.85
- Uitstel	-.20	-.51
Percentage verklaarde variantie: 48		
Ontlasting oudere vrouwen (n = 335)		
- Vorm	.77	.13
- Tijdstip	.70	-.13
- Duur	.10	.73
- Uitstel	-.24	.61
- Hoeveelheid	-.30	-.38
Percentage verklaarde variantie: 47		

Bijlage 3.3 Pearsons correlatiecoëfficiënten, naar vier subgroepen: stoelganggerelateerde datamatrix (n = 1468).

	Totale aantal	Hoeveelheid	Vorm
Totale aantal	1	-.06	1 .04
	2	.06	2 .21 ***
	3	-.20 ***	3 .07
	4	.09 *	4 -.01
	5	-.09 ***	5 .02
Hoeveelheid			1 -.09
			2 -.04
			3 -.22 ***
			4 -.13 **
			5 -.16 ***
Vorm			
Tijdstip			
Duur			
Uitstel			
1 mannen < 40 jaar			
2 mannen > 40 jaar			
3 vrouwen < 40 jaar			
4 vrouwen > 40 jaar			
5 totaal			

通 $p \leq .05$
 高度 $p \leq .01$
 高度高 $p \leq .001$

Tijdstip

Duur

Uitstel

1 .08
 2 .20 **
 3 .01
 4 .05
 5 .12 ***

1 .21 ***
 2 -.35 ***
 3 -.12 **
 4 -.01
 5 .16 ***

1 -.10 *
 2 -.03 *
 3 -.07 *
 4 -.07
 5 -.05 *

1 -.11 *
 2 -.24 ***
 3 -.13 ***
 4 .03
 5 -.12 ***

1 -.15 **
 2 .15 **
 3 .06
 4 -.06
 5 -.01

1 .02
 2 .03
 3 .06
 4 .03
 5 .03

1 .01
 2 .04
 3 .21 ***
 4 .21 ***
 5 .14 ***

1 -.01
 2 -.09
 3 -.02
 4 .05
 5 -.09 ***

1 -.04
 2 -.07
 3 -.05
 4 -.02
 5 -.03

1 .10 *
 2 -.11
 3 -.00
 4 .03
 5 .07 **

1 .06
 2 .01
 3 -.02
 4 -.02
 5 .04

1 .17 ***
 2 .29 ***
 3 -.01
 4 .07
 5 .11 ***

Bijlage Hoofdstuk 4

Bijlage 4.1 Pearsons correlatiematrix van de relevante variabelen

	wc-problemen	schaamte voor winden	geurgevoelig	hygiënegevoelig	problemat. toil.-att.	leeftijd	geslacht	frequentie van de stoelgang	minuten per stoelgang
wc-problemen									
schaamte voor winden	.55 ³								
geurgevoelig	.60 ³	.02							
hygiënegevoelig	.73 ³	.25 ²	.31 ²						
problematische toilet attitude	.59 ³	.09	.12	.24 ¹					
leeftijd	.13	.22 ¹	-.10	.10	.10				
geslacht	-.32 ³	-.14	-.15	-.24 ¹	-.26 ²	.02			
frequentie van de stoelgang	-.08	-.00	-.08	-.12	-.00	.03	.00		
minuten per stoelgang	-.04	-.11	.19 ¹	.13	-.30 ²	-.22 ²	.18 ¹	-.21 ¹	
vindt ontl. vaak stinken	-.15	-.12	-.05	-.07	-.13	-.06	.15	.44 ³	-.17 ¹
is zelf vaak winderig	-.18 ¹	-.05	.01	-.13	-.28 ²	.06	.15	-.00	.15
stelt stoelgang vaak uit	-.08	-.08	-.06	-.05	-.11	-.46 ³	-.17 ¹	.05	.22 ¹
leest op toilet	-.17 ¹	-.21 ¹	.10	-.10	-.21 ¹	-.33 ³	.02	.18 ¹	.19 ¹
aangekleed toilet	-.13	-.19 ¹	-.02	-.13	.03-	-.34 ³	-.13	-.13	.04
klachten maag/buik	.18 ¹	-.00	.19 ¹	.07	.21 ¹	-.01	-.18 ¹	.10	-.06
vindt zichzelf te dik	.11	.16	-.07	.19 ¹	-.02	.04	-.14	-.04	.13
lichamelijk ongemak	-.01	-.08	-.04	.11	-.01	.04	-.11	.06	.02
laxerende middelen	.24 ¹	-.03	.23 ¹	.22 ¹	.18 ¹	-.05	-.31 ³	.05	-.01

1 = $p \leq 0.05$

2 = $p \leq 0.01$

3 = $p \leq 0.001$

vindt ontl. vaak stinken
 is zelf vaak winderig
 stelt ontl. vaak uit
 leest op toilet
 aangekleed toilet
 klachten maag/buik
 vindt zichzelf te dik
 lichamelijk ongemak

-.20¹
 -.03 -.05
 .06 .05 .27²
 .03 -.08 .09 .08
 -.06 -.07 -.04 .10 .10
 -.23¹ -.04 .03 .01 -.04 -.20¹
 -.14 -.14 .28² .19¹ .04 .20¹ .10
 .14 -.15 .17¹ -.15 -.08 -.02 -.02 .11

Bijlage bij hoofdstuk 5

Bijlage 5.1 Items niet opgenomen in de data-analyse vanwege eenstemmigheid van de antwoorden: $\geq 80\%$.

Var.	Uitspraak	Percentage
<i>Cel 1: 'vanzelfsprekendheid van gebruiken en gewoonten ter voorkoming van zintuiglijke inbreuk op de privacy':</i>		
21	Vindt vanzelfsprekend dat bed (met po) of po-stoel wordt afgeschermd	92
26	Vindt vanzelfsprekend dat, wanneer men op de po(-stoel) gaat, het bezoek de kamer verlaat	88
28	Vindt vanzelfsprekend dat, wanneer men op de po(-stoel) gaat, verpleegkundigen niet komen storen met activiteiten die niet rechtstreeks met de stoelgang te maken hebben	83
29	Vindt vanzelfsprekend dat, wanneer men op de po(-stoel) gaat en men alleen kan zitten, verpleegkundigen niet komen helpen ondersteunen	90
30	Vindt vanzelfsprekend dat, wanneer men op de po(-stoel) gaat, verpleegkundigen alleen op verzoek komen helpen	88
31	Vindt vanzelfsprekend dat, wanneer men op de po(-stoel) gaat, elke willekeurige verpleegkundige kan komen helpen	84
33	Vindt vanzelfsprekend dat verpleegkundigen die komen helpen na stoelgang, niets laten merken t.a.v. de geur	82
36	Vindt, voorzover zelfredzaam, na de stoelgang door verpleegkundige geholpen worden niet vanzelfsprekend	84
37	Vindt vanzelfsprekend dat, als beddegoed bevuild is, dit onopvallend wordt verschoond en weggebracht	90
38	Vindt vanzelfsprekend dat po, na gebruik, afgedekt wordt weggebracht	98
43	Vindt vanzelfsprekend dat de ondersteunende verpleegkundige niets van ongeduld laat blijken	82
47	Vindt tonen van ontlasting i.v.m. medische diagnose vanzelfsprekend	96
51	Vind niet vanzelfsprekend dat kamergenoten hun bezoek vertellen over mijn stoelgang	91
54	Vindt vanzelfsprekend in het ziekenhuis evenveel tijd voor de stoelgang te nemen als thuis	92
<i>Cel 2: 'vanzelfsprekendheid van gebruiken en gewoonten ter voorkoming van hinderlijke bemoeienis':</i>		
9	Vindt het vanzelfsprekend dat gevraagd wordt naar problemen met de ontlasting	98
10	Vindt vanzelfsprekend dat wordt gevraagd naar thuisgebruik van laxemiddelen	94
12	Vindt vanzelfsprekend dat wordt gevraagd hoe vaak per week ontlasting	88

Var.	Uitspraak	Percentage
17	Vindt vanzelfsprekend dat dagelijks wordt gevraagd of men ontlasting heeft gehad	92
<i>Cel 3: 'belangrijkheid van materieel-organisatorische maatregelen tegen zintuiglijke inbreuk op privacy':</i>		
64	Vindt belangrijk zich op de po(-stoel) te kunnen bedekken (voor zover nodig)	84
83	Vindt belangrijk inname van laxantia te kunnen uitstellen tot na het bezoek	85
<i>Cel 4: 'belangrijkheid van materieel-organisatorische maatregelen tegen hinderlijke bemoeienis':</i>		
62	Vindt belangrijk zelf te kunnen beslissen of men voor de stoelgang naar toilet mag	82

Bijlage bij hoofdstuk 5

Bijlage 5.1 Items niet opgenomen in de data-analyse vanwege eenstemmigheid van de antwoorden: $\geq 80\%$.

Var.	Uitspraak	Percentage
<i>Cel 1: 'vanzelfsprekendheid van gebruiken en gewoonten ter voorkoming van zintuiglijke inbreuk op de privacy':</i>		
21	Vindt vanzelfsprekend dat bed (met po) of po-stoel wordt afgeschermd	92
26	Vindt vanzelfsprekend dat, wanneer men op de po(-stoel) gaat, het bezoek de kamer verlaat	88
28	Vindt vanzelfsprekend dat, wanneer men op de po(-stoel) gaat, verpleegkundigen niet komen storen met activiteiten die niet rechtstreeks met de stoelgang te maken hebben	83
29	Vindt vanzelfsprekend dat, wanneer men op de po(-stoel) gaat en men alleen kan zitten, verpleegkundigen niet komen helpen ondersteunen	90
30	Vindt vanzelfsprekend dat, wanneer men op de po(-stoel) gaat, verpleegkundigen alleen op verzoek komen helpen	88
31	Vindt vanzelfsprekend dat, wanneer men op de po(-stoel) gaat, elke willekeurige verpleegkundige kan komen helpen	84
33	Vindt vanzelfsprekend dat verpleegkundigen die komen helpen na stoelgang, niets laten merken t.a.v. de geur	82
36	Vindt, voorzover zelfredzaam, na de stoelgang door verpleegkundige geholpen worden niet vanzelfsprekend	84
37	Vindt vanzelfsprekend dat, als beddegoed bevuild is, dit onopvallend wordt verschoond en weggebracht	90
38	Vindt vanzelfsprekend dat po, na gebruik, afgedekt wordt weggebracht	98
43	Vindt vanzelfsprekend dat de ondersteunende verpleegkundige niets van ongeduld laat blijken	82
47	Vindt tonen van ontlasting i.v.m. medische diagnose vanzelfsprekend	96
51	Vind niet vanzelfsprekend dat kamergenoten hun bezoek vertellen over mijn stoelgang	91
54	Vindt vanzelfsprekend in het ziekenhuis evenveel tijd voor de stoelgang te nemen als thuis	92
<i>Cel 2: 'vanzelfsprekendheid van gebruiken en gewoonten ter voorkoming van hinderlijke bemoeienis':</i>		
9	Vindt het vanzelfsprekend dat gevraagd wordt naar problemen met de ontlasting	98
10	Vindt vanzelfsprekend dat wordt gevraagd naar thuisgebruik van laxemiddelen	94
12	Vindt vanzelfsprekend dat wordt gevraagd hoe vaak per week ontlasting	88

Var.	Uitspraak	Percentage
17	Vindt vanzelfsprekend dat dagelijks wordt gevraagd of men ontlasting heeft gehad	92
<i>Cel 3: 'belangrijkheid van materieel-organisatorische maatregelen tegen zintuiglijke inbreuk op privacy':</i>		
64	Vindt belangrijk zich op de po(-stoel) te kunnen bedekken (voor zover nodig)	84
83	Vindt belangrijk inname van laxantia te kunnen uitstellen tot na het bezoek	85
<i>Cel 4: 'belangrijkheid van materieel-organisatorische maatregelen tegen hinderlijke bemoeienis':</i>		
62	Vindt belangrijk zelf te kunnen beslissen of men voor de stoelgang naar toilet mag	82

Dankwoord

De dagelijkse althans geregelde stoelgang is niet een alledaags onderwerp van promotie-onderzoek. De stoelgang van de patiënt heeft wel de professionele aandacht van de verplegenden, maar wetenschappelijke belangstelling werd tot nu toe zelden getoond. Voor verplegingswetenschap, die zich nog grotendeels moet bewijzen, lijkt met de keuze van dit onderwerp weinig eer te kunnen worden ingelegd. Enkele collega's vanuit de beroepsgroep echter, alsook uit het wetenschappelijk onderwijs, hebben mij zeer gestimuleerd de stoelgang als onderwerp van promotie-onderzoek te kiezen.

In het begin al, toen ik als docent nog in het hoger beroepsonderwijs stoelgangproblemen van patiënten wilde maken tot onderwerp van nursing research, ondervond ik de enthousiaste instemming en medewerking van mw. C.A.M. Verbeek, destijds directeur van de Hogere School voor Gezondheidszorg te Leusden.

Een van de eersten die mij stimuleerden tot wetenschappelijk onderzoek van stoelgangproblemen van gezonden en zieken, was prof. dr. L.J. Menges. Door zijn niet aflatende belangstelling-op-afstand heb ik mij zeer gesteund gevoeld.

Veel dank ben ik verschuldigd aan mijn promotoren. Prof. dr. H. Philipsen begeleidde het promotie-onderzoek met enerzijds een brede belangstelling voor en visie op het onderzoeksonderwerp, anderzijds een voorkeur voor diepgang en voor precisie ten aanzien van het detail. Vasthoudendheid bleek één van de wenselijke kwaliteiten van de onderzoeker.

Met prof. dr. J.J.C.B. Bremer, eveneens promotor, werd in vele rijke gesprekken gekeken naar de theoretische alsook de praktisch-verpleegkundige implicaties van de deelonderzoeken. Veel tijd en moeite werd, niet tevergeefs, besteed aan de exacte formulering van de bevindingen.

Nodige steun ondervond ik van dr. R. Halfens die, als copromotor, waakte over methodologische en technische aspecten van opzet, uitvoering en verslaglegging van de diverse onderzoeken.

Veel dank ben ik verschuldigd aan degenen die in het kader van de doctoraalopleiding verplegingswetenschap in deelonderzoeken bijdroegen aan verheldering van de stoelgangproblemen van gezonden en zieken. Het deelonderzoek omtrent privacygevoeligheid kwam tot stand met de hulp van Ilse Stijnen. In het dagboekonderzoek participeerden Paul van Ruiten, Rob Schreurs en Dianne Engels. Deze laatste was, als student-assistente, een onmisbare steun bij literatuurresearch en documentatie, alsook vooral bij het replicatie-onderzoek. Door Theo Dassen en ook door Dianne Engels werd explorerend kwalitatief onderzoek verricht betreffende de stoelgang als verpleegprobleem.

Eveneens mijn dank aan de collega's in het hoger beroepsonderwijs in de verpleegkunde: mw. drs. W. Loor -Netjes, drs. ir. F. Woudenberg en studenten van (tegenwoordig) de Hogeschool Midden-Nederland, te Leusden.

Waardevolle ondersteuning heb ik ondervonden van mw. Marjan Tilly, die veel handmatig coderingswerk uitvoerde en de documentatie nauwgezet bijhield. De talrijke statistische bewerkingen van het onderzoeksmateriaal werden aanvankelijk door mw. Ans Huyben, later door mw. Truus Custers verricht met onuitputtelijk geduld en voorbeeldige volharding.

Nadrukkelijk gaat ook mijn dank uit naar de patiënten, de ex-patiënten en hun gezinsleden, en naar de gezonde participanten in de deelonderzoeken. Gesprekken met hen hebben mij steeds meer overtuigd van de relevantie van dit promotie-onderzoek.

Veel dank tenslotte, en niet in het minst, aan Annemarie die mij het schrijven en studeren mogelijk maakte. En aan Marieke en Anne die tot op hoge kinderleeftijd het fenomeen 'op vakantie gaan' slechts kenden vanuit de verhalen van klasgenootjes.

Harry van der Bruggen werd op 14 juli 1943 geboren te Bergen op Zoom, waar hij ook lager en middelbaar onderwijs genoot.

In 1970 - '74 volgde hij, in Roosendaal, een beroepsopleiding tot verpleegkundige. Na een half jaar arbeid in een van de ziekenhuizen in Londen, studeerde hij verplegingswetenschap aan de Université de Lyon II, met als een van de hoofdvakken maatschappelijke gezondheidszorg, en ethnopsychiatrie als een van de bijvakken. Het diploma werd behaald in oktober 1976.

Van april 1977 tot augustus 1980 was hij als stafdocent werkzaam aan de Hogere School voor Gezondheidszorg in Leusden-C., met als opdracht de introductie van het vak nursing research in de meeste van de hogere beroepsopleidingen binnen de H.S.G.

In 1979 - '80, toen de afstudeerrichting Verplegingswetenschap werd voorbereid, vervulde hij een extern consulentschap voor de Algemene Faculteit van de Rijksuniversiteit Limburg. Vanaf augustus 1980 is hij als universitair docent, verbonden aan de vakgroep Verplegingswetenschap, werkzaam bij de Maastrichtse universiteit, waar hij een doctoraal in de gezondheidswetenschappen behaalde in juni 1985.

Harry van der Bruggen is auteur van *Leve de zieke; Een antropologie van ziek zijn en verplegen* (1981²) en *Naar een antropologische verpleegkunde* (1987), alsook co-auteur en eindredacteur van *De delta van de Nederlandse verpleging* (1989²), alle verschenen bij De Tijdstroom.

Stellingen

1. Zolang in de gezondheidszorg het begrip privacy beperkt blijft tot bescherming van persoonsgegevens en databestanden, blijft de patiënt 'in zijn hemd staan'.
2. Voor vrouwen is het gemak vaak een ongemak.
3. De door de verpleegkundige verkregen anamnestiche informatie van de patiënt is betrouwbaarder naarmate de patiënt meer gezondheidsproblemen heeft.
4. Gezien de reacties van ziekenhuispatiënten dient aan het gebruik van de ondersteek verpleegkundig meer aandacht te worden besteed.
5. Het 'normale defecatiepatroon' bestaat niet; als referentiepunt ten behoeve van verpleegkundige diagnose en interventie moet tenminste gedifferentieerd worden naar geslacht en leeftijd.
6. Het empirische onderzoek in de verplegingswetenschap zou winnen aan waarde en belang als de bestudeerde onderwerpen eerst tot object van historisch en fenomenologisch onderzoek gemaakt zouden worden.
7. In onze tijd van groeiende behoefte aan zelfzorg moeten diep-spoel wc's definitief tot het verleden gaan behoren.
8. Verpleegkundigen overschatten de mate waarin zij in staat blijken typische problemen van patiënten vast te stellen als angst, pijn, problemen met de voeding, slaapstoornissen, gebrek aan zelfzorgvermogen, of privacybehoefte.
9. Oriëntatie op of inspiratie vanuit het holisme vormt een belemmering voor de hedendaagse verpleegkunde bij haar ontwikkeling tot een wetenschappelijke discipline.
10. Aangezien kwantificeerbaarheid een van de kwaliteiten van de dingen is, is het onderscheid tussen kwantitatief en kwalitatief onderzoek aanvechtbaar.
11. Over dit proefschrift kan moeilijk serieus gesproken worden.