De griepprik?

Waarom zou ik?

Een onderzoek naar de invloed van sociaal cognitieve, demografische en culturele factoren en de sociale omgeving op het influenza vaccinatiegedrag van senioren ouder dan 65 jaar

Afstudeerscriptie
18 maart 2005

Auteur: E. Vennink

Toegepaste Communicatiewetenschap
Faculteit Gedragswetenschappen
Universiteit Twente

Eerste universitair begeleider: Dr. H. Boer
Tweede universitair begeleider: Dr. E. Taal

Samenvatting

In dit onderzoek werd de invloed van sociaal cognitieve, demografische en culturele factoren en de sociale omgeving op het influenza vaccinatie gedrag bij senioren ouder dan 65 jaar onderzocht. Het onderzoek werd uitgevoerd met behulp van een enquête, die inging op de sociale cognities. Deze sociale cognities zijn afgeleid van de Theory of Planned Behavior (TPB) en de Protectie Motivatie Theorie (PMT). Demografische factoren zijn leeftijd, opleiding, verzekering en daarnaast is gekeken naar het hebben van een risicoziekte. Het culturele aspect omvatte de misvattingen over de griep en de griepprik, ook wel 'erroneous beliefs' genaamd. Er werd daarnaast dieper ingegaan op de sociale omgeving door te vragen naar de communicatie over de griep en de griepprik, het vaccinatiegedrag van andere sociale relaties en het advies verkregen van sociale relaties over het nemen van een griepprik. Deze sociale relaties (partner, kinderen, broers en zussen, vrienden en buren en huisarts) konden worden ingedeeld in sterke of zwakke relaties. Ook werd in de vragenlijst gevraagd naar eerder vaccinatiegedrag en konden de respondenten ingedeeld worden in griepprikkers en niet-griepprikkers. Dit gaf de mogelijkheid om de verschillen tussen griepprikkers en niet-griepprikkers te bepalen.

Onderzoeksgroep en methode
De enquête werd afgenomen onder senioren van 65 jaar of ouder. Er zijn drie manieren ingezet om deze senioren deel te laten nemen. De eerste manier is het persoonlijk benaderen van senioren door langs seniorenwoningen in Enschede te gaan. Het verkrijgen van niet-griepprikkers bleek erg lastig. Daarom is ervoor gekozen om respondenten via kennissen van de onderzoeker te werven en door het plaatsen van oproepen op internet, in de krant en door het ophangen van oproepen op plekken waar ouderen komen.

Resultaten en conclusies
Aan dit onderzoek deden in totaal 112 respondenten mee. Vier enquêtes (3,6%) bleken niet bruikbaar. De totale onderzoeksgroep bestond dus uit 108 respondenten, waarvan 45 (41,7%) man waren en 63 vrouw (58,3%). De gemiddelde leeftijd kwam uit op 73 jaar. 75 (69,4%) respondenten maakten wel gebruik van de griepprik en 33 respondenten niet (30,6%).

Sociaal cognitieve factoren: verschillen griepprikkers en niet-griepprikkers
Wanneer gekeken werd naar de componenten van de TPB dan bleek dat griepprikkers een positievere attitude, een grotere subjectieve norm en een grotere gedragsintentie hadden dan de niet-griepprikkers. Voor de verschillen tussen griepprikkers en niet-griepprikkers op de componenten van de PMT bleek dat griepprikkers meer voordelen zagen, het waarschijnlijker achtten dat zij de griep kregen, de ernst van de ziekte hoger inschatten en dat zij het krijgen van de griep angstiger vonden.

Demografische factoren: verschillen griepprikkers en niet-griepprikkers en relatie met TPB en PMT
Griepprikkers en niet-griepprikkers verschilden niet van elkaar wat betreft leeftijd en verzekering. Het opleidingsniveau van niet-griepprikkers bleek hoger dan van griepprikkers. Niet-griepprikkers bleken over het algemeen niet aan risicoziekten te lijden en de griepprikkers juist wel.

Een lagere opleiding en het hebben van een risicoziekte leidde ertoe dat men positiever scoort op de componenten van de TPB (attitude, subjectieve norm en intentie). Wat betreft de PMT, de ernst van de griep werd door senioren ouder dan 75 jaar hoger ingeschat dan senioren die jonger zijn dan 75 jaar. Particulier verzekerden bleken meer nadelen dan ziekenfonds verzekerden te ervaren. Respondenten met een lage opleiding schatten de responseffectiviteit hoger in dan personen die een hoge opleiding hadden gehad. De waarschijnlijkheid tot het krijgen van griep werd ook door personen met een lage opleiding hoger ingeschat dan personen met een gemiddeld opleidingsniveau.

Culturele factoren: verschillen griepprikkemers en niet-griepprikkemers en relatie met TPB en PMT

Het hebben van veel misvattingen oftewel 'erroneous beliefs' kwam vaker voor bij niet-griepprikkemers dan bij griepprikkemers. Als het hebben van misvattingen steeg dan daalde de attitude, de subjectieve norm en de intentie om een griepprik te halen. Voor de PMT bleek dat naarmate men meer vertrouwen heeft in de mythen de responseffectiviteit, de waarschijnlijkheid en de responskosten dalen. Het geloof in de misvattingen bleken dus het vaccinatiegedrag te ondermijnen.

Sociale omgeving factoren

De partner kon als enigste aangeduid worden als een sterke sociale relatie. Partners van griepprikkemers haalden veelal ook een griepprik en gaven geen raad of raden de griepprik juist aan. Er werd veelal geen raad gegeven door de overige sociale relaties (kinderen, broers en zussen, vrienden en buren). De huisarts bleek niet-griepprikkemers minder vaak persoonlijk advies te geven dan de griepprikkemers. Het sociale netwerk bleek slechts beperkt geraadpleegd te worden om aan informatie en advies omtrent influenza en de influenza vaccinatie te komen.

Invloed van sociaal cognitieve, demografische, culturele en sociale omgeving factoren op gedragintentie

Uit de regressieanalyse kon de conclusie worden getrokken dat twee sociale cognities een rol speelden bij het tot stand komen van de gedragsintentie ten opzichte van het influenza vaccinatiegedrag. Het ging om de attitude en de waarschijnlijkheid. Verwacht werd dat ook andere factoren, zoals demografische, culturele en sociale omgeving factoren een rol speelden. De demografische en culturele factoren bleken een indirecte rol te spelen bij het tot stand komen van de intentie. De sociale norm van de partner bleek een directe rol te spelen bij dit proces. Om vaccinatiegraden te vergroten wordt dan ook aanbevolen om interventies voor senioren van 65 jaar of ouder te laten richten op de attitude en de waarschijnlijkheid. De sociale norm van de partner lijkt geen geschikt aanknopingspunt voor gedragsverandering, omdat partners veelal een eenheid vormen. Wil men de attitude positiever maken en de perceptie van de waarschijnlijkheid vergroten, dan dienen de 'erroneous beliefs' die kunnen bestaan over de griep en de griepprik aangepakt te worden. Deze 'erroneous beliefs' ondermijnen namelijk het vaccinatiegedrag. Door het inzetten van bijvoorbeeld een landelijke campagne of voorlichtingsfolders, die ingaan op de 'erroneous beliefs' omtrent de griep en de griepprik, kunnen deze misvattingen gecorrigeerd worden. Vervolgonderzoek is noodzakelijk om te achterhalen hoe dit gecommuniceerd zou kunnen worden naar senioren van 65 jaar en ouder.

Summary

This research study covers the influence of social cognitive, demographic and cultural factors and people's social network on influenza vaccination behavior among the elderly, aged 65 years or older. The research was conducted using a questionnaire consisting of items, which measure social cognitions based on the Theory of Planned Behavior (TPB) and the Protection Motivation Theory (PMT). Demographic factors consisted of age, education, insurance and high-risk diseases. Cultural factors were measured by misconceptions (also called: 'erroneous beliefs') regarding influenza and the influenza vaccination. This study also took a closer look at people's social network, by asking how often people communicated with the social network about influenza and the vaccination, how people were advised by different persons within their network and how these persons behaved. The social network was divided into strong or weak ties (partner, children, brothers and sisters and friends en neighbors). The questionnaire also consisted of items, which measure influenza vaccination behavior in the past. This made it possible to divide the respondents into influenza vaccination takers and non-vaccination takers and to specify the differences between these groups.

Research group and Method
The study was conducted among the elderly, aged 65 years or older. Three manners of approach were used to get the elderly to participate. The first manner of approach was to attract the elderly living in Enschede, by taking a personal approach and visiting their homes. It proved very difficult to find and attract non-vaccination takers and that was the reason why a different approach was used. Acquaintances of the investigator and advertisements were used to attract the elderly.

Results and conclusions
112 respondents participated in the study. Four questionnaires (3,6%) were excluded from further analysis. The total group of respondents consisted of 108, 45 (41,7%) of these respondents were male and 63 (58,3%) were female. The average age of the respondents was 73 years. 75 (69,4%) of the respondents were influenza vaccination takers and 33 (30,6%) were non-vaccination takers.

Social cognitive factors: differences between vaccination and non-vaccination takers
When the components of the TPB were taken into consideration, influenza vaccination takers had more positive attitudes, subjective norms and intentions than non-vaccination takers. The differences between the vaccination and non-vaccination takers when considering the components of the PMT were that vaccination takers saw more advantages in getting an influenza vaccination, had a higher perceived vulnerability of getting influenza and scored higher on perceived severity and on fear arousal than non-vaccination takers.

Demographic factors: differences between vaccination and non-vaccination takers and their relation with TPB and PMT
Vaccination takers and non-vaccination takers weren't different in either age or insurance. Non-vaccination takers were better educated than vaccination takers. Non-vaccination takers didn't suffer from high-risk diseases in comparison with vaccination-takers, who suffered from high-risk diseases. Respondents with a lower education and suffering from high-risk diseases had more positive scores when considering the components of TPB (attitude, subjective norm and intention). For the PMT the severity of influenza was greater amongst the elderly aged older than 75 years, than the elderly younger than 75 years. Respondents with a private insurance saw more response costs, than respondents with National Health Service insurance.

Respondents with a lower education had a more negative idea of the response efficacy, than respondents with a higher education. The perceived vulnerability of getting influenza was higher amongst respondents with a lower education, than respondents with an average education.

Cultural factors: differences between vaccination and non-vaccination takers and their relation with TPB and PMT

Respondents with a higher score on the 'erroneous beliefs' scale were significantly more often non-vaccination takers than vaccination takers. For the relation between TPB and the cultural factors, respondents with more confidence in these misconceptions had lower scores on attitudes, subjective norms and behavioral intentions. When considering the PMT, it was found that more confidence in these misconceptions led to a lower score on response efficacy, vulnerability and the perceived response costs. The belief in these misconceptions undermined the influenza vaccination behavior.

Social network factors

The partner was a strong tie. Partners of vaccination takers also took the vaccination and gave no advice or they gave a positive advise about taking an influenza vaccination. The remaining social network (children, brothers/sisters and friends/ neighbors) most of the time didn't give advises about taking a vaccination. The general practitioner had often given vaccination takers more personal advice about taking the vaccination. It can be concluded that the social network didn't play an important role in getting information and advice about influenza and the influenza vaccination.

Influence of social cognitive, demographic, cultural and social network factors on behavior intention

Based on the regression analysis, it was concluded that two social cognitions played an important role in the development of the intention to have an influenza vaccination. Attitude and perceived vulnerability were important cognitions and played a direct role in the realization of the behavioral intention. It was expected that other factors, namely demographic, cultural and social network factors, would also have an influence on the social cognitions and behavioral intention to have an influenza vaccination. Based on this study it can be concluded that the demographic and cultural factors play an indirect role in the realization of the behavior intention. For the social network factors, the normative beliefs of the partner play a direct role in this process. To improve the vaccination rates, the attitude and the perceived vulnerability need to be included in interventions. The belief in erroneous beliefs undermined the influenza vaccination behavior and also had a negative influence on the attitude and the perceived vulnerability. These misconceptions demand greater attention in interventions, to make the attitude more positive and to heighten the perceived vulnerability. A national campaign or an informational folder, which pay attention to these misconceptions and try to refute them, could be launched for example. More research is necessary to find out how this can best be communicated to the elderly, aged 65 years or older.

Inhoudsopgave

SAMENVATTING **1**

SUMMARY **3**

VOORWOORD **7**

HOOFDSTUK 1. INLEIDING **8**
1.1 Aanleiding voor het onderzoek
1.2 Doelstellingen van het onderzoek 10
1.3 Probleemstelling van het onderzoek 10

HOOFDSTUK 2. INFLUENZA & VACCINATIEGEDRAG **11**
2.1 Influenza: de ziekte 11
2.1.1 Influenza: omvang van het probleem *12*
2.1.2 Influenza vaccinatie *12*
2.1.3 Vaccinatiegraad *14*
2.1.4 Organisatie en voorlichting influenza vaccinatie in Nederland *15*
2.2 Participatie aan influenza vaccinatie 16
2.2.1 Studies vaccinatiegedrag in Nederland en buiten Nederland *17*
2.3 Psychologische factoren vaccinatiegedrag: studies in Nederland 17
2.3.1 Psychologische factoren vaccinatiegedrag: studies buiten Nederland *19*
2.4 Demografische factoren en vaccinatiegedrag 22
2.5 Culturele factoren en vaccinatiegedrag 22
2.6 Theory of Reasoned Action en Theory of Planned Behavior 23
2.7 Protectie Motivatie Theorie 25
2.8 Erroneous Beliefs: nader bekeken 27
2.9 Sociale relaties van senioren 29
2.10 Invloed communicatienetwerk 30
2.11 Onderzoeksvragen 31

HOOFDSTUK 3. ONDERZOEKSOPZET **34**
3.1 Vooronderzoek 34
3.1.1 Vaststellen woonlocaties onderzoekspopulatie *34*
3.1.2 Pretesten vragenlijst *35*
3.2 Hoofdonderzoek 37
3.2.1 Inhoud vragenlijst *37*
3.3 Procedure 39
3.4 Onderzoekspopulatie 42

HOOFDSTUK 4. RESULTATEN **43**
4.1 Kenmerken onderzoekspopulatie 43
4.2 Kenmerken onderzoekspopulatie en influenza vaccinatie 45
4.3 Gezondheidskenmerken onderzoekspopulatie en influenza vaccinatie 46
4.4 Kennis en influenza vaccinatie 47
4.5 Betrouwbaarheid meetinstrument 49
4.5.1 Betrouwbaarheid meetinstrument sociale omgeving *50*
4.6 De relatie tussen sociaal cognitieve factoren en vaccinatiegedrag 51
4.7 Samenhang sociaal cognitieve factoren en intentie om te vaccineren 52
4.8 De relatie tussen demografische factoren en de intentie om te vaccineren 53
4.9 De relatie tussen culturele factoren en vaccinatiegedrag 57
4.9.1 Samenhang erroneous beliefs en intentie om te vaccineren *57*
4.9.2 De relatie tussen demografische factoren en de erroneous beliefs *59*
4.10 De sociale omgeving van senioren 60
4.10.1 De sociale relatie partner *60*
4.10.2 De sociale relatie kinderen *61*
4.10.3 De sociale relatie broer(s) en zus(sen) *62*
4.10.4 De sociale relatie vrienden en buren *63*
4.10.5 De sociale relatie huisarts *64*

4.11 De relatie tussen normatieve opvatting afzonderlijke relaties en intentie, gedrag, communicatie en advies over de griepprik 66
4.12 Regressie analyse 68

HOOFDSTUK 5. CONCLUSIE & DISCUSSIE 71
5.1 De relatie tussen sociaal cognitieve factoren en het vaccinatiegedrag 71
5.1.1 Verschillen griekpriknemers en niet-griekpriknemers op componenten TPB 71
5.1.2 Verschillen griekpriknemers en niet-griekpriknemers op componenten PMT 72
5.2 De relatie tussen demografische factoren en het vaccinatiegedrag 72
5.2.1 Verschillen griekpriknemers en niet-griekpriknemers op demografische factoren 73
5.2.2 Relatie demografische factoren en de TPB & PMT 73
5.3 De relatie tussen culturele factoren en het vaccinatiegedrag 74
5.3.1 Verschillen griekpriknemers en niet-griekpriknemers op culturele factoren 74
5.3.2 Relatie culturele factoren en de Theory of Planned Behavior 75
5.3.3 Relatie culturele factoren en de Protectie Motivatie Theorie 75
5.4 De relatie tussen de sociale omgeving factoren en het vaccinatiegedrag 75
5.5 Multivariate analyse 77
5.6 Aanbevelingen 78
5.7 Beperkingen van het onderzoek 79
5.8 Reflectie 81

LITERATUUR 83

BIJLAGE 1: UITNODIGING GRIEPPRIK 2004 89

BIJLAGE 2: OVERZICHT SENIORENWONINGEN 90

BIJLAGE 3: RESULTATEN PRETEST 91

BIJLAGE 4: HET MEETINSTRUMENT 93

BIJLAGE 5: PROCEDURE BENADERING PERSONEN 106

BIJLAGE 6: BENADERINGSFORMULIEREN 108

BIJLAGE 7: NIET THUIS MEDEDELING 109

BIJLAGE 8: OPROEP RESPONDENTEN 110

BIJLAGE 9: OVERZICHT PLAASTEN OPROEP 111

BIJLAGE 10: BRIEF BIJ OPSTUREN VRAGENLIJST 112

Voorwoord

"Dankbaarheid is het geheugen des harten"
H.C. Andersen

Terwijl ik dit schrijf, aan het einde van mijn studietijd, gaan de jaren dat ik aan de Universiteit Twente heb gestudeerd aan mij voorbij. Dankbaarheid voor alle steun die ik tijdens deze periode heb gehad is dan ook op zijn plaats!

De afgelopen jaren zijn erg snel gegaan en dat kwam mede door mijn studiegenoten, waarmee ik in de afgelopen jaren veel contact heb gehad. Lisette, Jolijn, Shira en Corine, dank jullie wel voor jullie gezelligheid! Door jullie samenwerking werd het volgen van vakken een stuk leuker. Door de vele contacten beleefde ik veel plezier aan mijn studie en verliepen de eerste jaren van mijn studie vlekkeloos. In het laatste jaar, gingen bij mij een aantal zaken anders zoals ik gepland had. Deze mindere periode zal mij altijd bijblijven. Het heeft voor mij geleid tot veel meer inzichten over mijzelf. Daarom was deze periode zeker lastig maar erg waardevol.

Ik wil mijn familie en in het bijzonder mijn ouders Bert & Dini Vennink bedanken. Jullie stimuleerden mij om te studeren en gaven mij hiervoor alle mogelijkheden en daarnaast leefden jullie altijd met mij mee tijdens mijn studie en mijn afstuderen. Ook wil ik mijn vriend Herman Griemink bedanken voor zijn steun. Hij heeft mijn stemming vaak zien wisselen tijdens dit onderzoek en mij altijd weer op positieve gedachten kunnen brengen. Dank jullie wel hiervoor!

Aan mijn begeleiders vanuit de Universiteit, Dr. Henk Boer en Dr. Erik Taal, heb ik ook veel te danken. Ik heb de samenwerking als zeer prettig ervaren en ik heb jullie waardevolle adviezen goed kunnen gebruiken. Heel erg bedankt voor de tijd en aandacht die jullie aan mij besteed hebben.

Tot slot wil ik even ingaan op de respondenten. Ik heb helaas moeten ervaren dat respondenten soms zeer moeilijk te bereiken zijn. Dit terwijl hun deelname juist van groot belang is voor het slagen van een onderzoek. Voor dit onderzoek heb ik met veel ouderen contact gehad en heb ik veel meegemaakt. Dit is een periode waar ik achteraf met plezier op terugkijk. Ouderen die wilden meewerken aan mijn onderzoek, maken het mogelijk dat ik ga afstuderen aan mijn opleiding. Daarom gaat ook veel dank uit naar de senioren, die zich gebogen hebben over de 'lange' vragenlijst, die in dit onderzoek werd ingezet.

Enschede,
11 maart 2005

Esther Vennink

Hoofdstuk 1. Inleiding

In dit hoofdstuk staat het definiëren van het probleem centraal. Allereerst zal de aanleiding van het onderzoek aan de orde komen. Daarna zullen de doelstellingen en de probleemstelling van het onderzoek worden behandeld. Tot slot zal aan de orde komen hoe deze scriptie is opgebouwd.

1.1 Aanleiding voor het onderzoek

'Influenza del freddo'. Dit is een Italiaanse uitdrukking wat staat voor 'invloed van de koude' (Nederlands Huisartsen Genootschap, 2002). Aan deze uitdrukking dankt de ziekte influenza haar naam. Influenza wordt in de volksmond ook wel griep genoemd. Jong of oud, niemand ontkomt aan dit virus en iedereen heeft er wel eens in zijn leven mee te maken gehad. Het hebben van griep is echter niet zo onschuldig als veel mensen denken. Influenza vormt in Nederland een groot gezondheidsprobleem (Tacken, Berende, Verheij, Mulder, Hoogen, Braspenning, 2003) en met name voor 65-plussers en risicogroepen kan een 'griepje' een fatale afloop hebben.

Ondanks de stijgingen van de vaccinatiegraden vanaf het jaar 1996 en de stabiliteit van het percentage personen dat zich laat enten tegen influenza, kan men zich afvragen waarom er ouderen zijn die zich niet laten vaccineren tegen influenza. Influenza kan namelijk voor ouderen fatale gevolgen hebben. Uitgaande van de sterftecijfers (zie hoofdstuk 2) hebben zij de grootste kans tot het overlijden aan influenza en daarbij is deze doelgroep groot en eenvoudig te lokaliseren. Dit vormt de aanleiding om dit onderzoek op senioren ouder dan 65 jaar te richten. Als er sprake is van een bepaalde dreiging dan zou verwacht mogen worden, dat mensen risicoverminderend gedrag vertonen (adaptief gedrag). Dit wordt natuurlijk in grote aantallen al gedaan. Er zijn echter nog steeds personen waar een inenting van groot belang is, maar waar deze inenting niet plaatsvindt. Uiteindelijk vertonen deze personen dus maladaptief gedrag. Hierdoor is het van belang om te weten wat deze personen ertoe leidt om het gedrag (niet vaccineren) te vertonen. Inzicht in de gedragsdeterminanten is belangrijk om te bepalen hoe het gewenste gedrag bevorderd kan worden (Meertens, Schaalma, Brug & Vries, 2001). Op basis van deze inzichten kunnen bijvoorbeeld campagnes ontwikkeld worden om het vaccinatiegedrag te beïnvloeden, die uiteindelijk als hoofddoel hebben om de incidentie en de mortaliteit van influenza te verlagen bij de gekozen doelgroep.

Het doel van dit onderzoek is om te achterhalen welke cognities een rol spelen bij de keuze om wel of niet tot vaccinatie over te gaan. Zowel in Nederland als in andere landen van Europa en in Amerika zijn hiernaar onderzoeken verricht (voor overzicht zie Chapman & Coups, 1999 en zie hoofdstuk 2). In Nederland zijn echter nog niet veel studies uitgevoerd naar het influenza vaccinatiegedrag. In Amerika en in andere Europese landen zijn al wel veel onderzoeken uitgevoerd. Het onderzoeksgebied is vrij verbrokkeld. Modellen die ingezet kunnen worden en die aangeven hoe cognitieve factoren bepaalde 'sociale' gedragingen tot stand brengen zijn vrij vaak niet ingezet om het influenza vaccinatiegedrag te verklaren. Deze modellen worden ook wel sociale cognitie modellen genoemd. Anno 2004 is het ook interessant om onderzoek naar het influenza vaccinatie gedrag uit te voeren, omdat de mogelijkheid bestaat dat de percepties van bijvoorbeeld de kwetsbaarheid veranderd zijn. Dit omdat nog steeds bacteriële ziekten de ronde doen in Nederland en nieuwe varianten verschijnen (bijvoorbeeld in 2002 SARS, in 2003 vogelgriep). Deze zaken vormen een aanleiding om de sociale cognities anno 2004 ten opzichte van de influenza vaccinatie te bepalen onder een Nederlandse populatie en met inzet van de sociale cognitiemodellen.

Uit het artikel van Chapman & Coups (1999) blijkt dat veel onderzoek met betrekking tot influenza vaccinatiegedrag gericht is op personen met een bepaalde aandoening en personen die werkzaam zijn in de zorg. In dit onderzoeksgebied zijn dus weinig onderzoeken bekend die alleen betrekking hebben op gezonde personen. Dit onderzoek zal daarom aan dit onderzoeksgebied aandacht besteden. Door 65-plussers in het onderzoek te betrekken die qua leeftijd bij de risicogroepen behoren en niet specifiek een bepaalde aandoening hebben, wordt er met dit onderzoek op de gezonde persoon gericht. Dit onderzoek richt zich alleen op de influenza vaccinatie. Er zijn namelijk studies die niet alleen het influenzavaccin als uitgangspunt nemen.
In hoofdstuk 2 zal een uiteenzetting gegeven worden van de belangrijkste bevindingen met betrekking tot het vaccinatiegedrag van ouderen. Ook zal aandacht worden geschonken aan de modellen die inzicht verschaffen in het menselijke gedrag, in dit geval het vaccineren tegen influenza. Naast het achterhalen van belangrijke determinanten die leiden tot een keuze over het vaccineren tegen influenza is dit onderzoek er ook op gericht om te achterhalen hoe sociale cognities tot stand komen. Uitgaande van de gedragsdeterminanten modellen is het mogelijk om inzicht te krijgen in de cognities die leiden tot een bepaald gedrag. Ook is het mogelijk om met behulp van deze modellen het gedrag te voorspellen. Wat echter nog onduidelijk is, is hoe deze cognities zelf tot stand zijn gekomen. Hoe komt het dat personen negatieve attitudes hebben ten opzichte van iets? Hoe is deze negatieve attitude ten opzichte van een bepaald gedrag ontstaan?

Chapman & Coups (1999) ondersteunen deze gedachte. Uit dit artikel blijkt dat veel aandacht uitgaat naar de factoren die een rol spelen om wel of niet tot een vaccinatie over te gaan. Ook gaat veel aandacht uit naar welke theoretische modellen dit gedrag daadwerkelijk kunnen verklaren en voorspellen. Minder aandacht is besteed aan de determinanten zelf die een rol spelen bij het overgaan tot een influenza vaccinatie. Als voorbeeld in deze studie wordt de waargenomen effectiviteit gegeven. In veel studies is aangetoond dat de waargenomen effectiviteit een voorspeller is van het accepteren van een influenza vaccinatie. Een vraag die echter nog in het ongewisse blijft zijn de bronnen van informatie waarvan personen hun mening vormen over de effectiviteit van de vaccinatie. Familie, vrienden, medisch personeel en de media kunnen bronnen van informatie en advies vormen (Chapman & Coups, 1999). Er blijkt dus volgens deze studie dat er weinig bekend is over hoe personen meningen over (bijvoorbeeld) de effectiviteit van de vaccinatie vormen. Dit onderdeel is een onderzoeksgebied dat volgens Chapman & Coups (1999) meer aandacht verdient. Deze bevindingen vormen wederom een aanleiding voor dit onderzoek.
Uit onderzoek van Findlay et al. (2000) naar de influenza en pneumokokken vaccinatie kwam naar voren dat de keuze om een griepprik te nemen beïnvloed wordt door vele factoren, waaronder populaire mythen over de griep en de griepprik en de informatie verkregen van vrienden en bekenden. Inzicht in deze zaken ontbreken in onderzoeken met betrekking tot het influenza vaccinatiegedrag. Er wordt in dit onderzoek daarom niet alleen gekeken naar de sociaal cognitieve factoren die een rol kunnen spelen en die individueel gedrag trachten te verklaren. Er wordt ook gekeken naar de situationele factoren waarin de persoon zich bevindt. Opvattingen, waarden en normen kunnen ontleend zijn vanuit de cultuur van een persoon. Inzicht in de invloed van deze culturele factoren (mythen over de griepprik) dienen nader onderzocht te worden. Ook zal de sociale omgeving van een persoon aan de orde worden gesteld bij het influenza vaccinatiegedrag. Personen die een keuze dienen te maken met betrekking tot het nemen van de influenza vaccinatie kunnen door verscheidende zaken beïnvloed worden. Men kan reeds ervaren hebben door eerdere vaccinatie(s) of men inderdaad de influenza heeft gekregen. Door deze ervaring(en) kan de perceptie met betrekking tot de effectiviteit gevormd zijn. Er zijn echter ook personen die geen ervaringen met betrekking tot de influenza vaccinatie hebben. Voor deze groep personen is het dan met name interessant waardoor hun percepties gevormd zijn. Verwacht wordt dat met name voor deze groep personen de omgeving een belangrijke rol speelt.

In dit onderzoek wordt daarom niet alleen gekeken naar de sociale invloed die anderen hebben op het vaccinatiegedrag, maar wordt er ook dieper gekeken naar het sociale netwerk waar een persoon zich in bevindt. Het netwerk geeft een persoon een mogelijkheid om aan informatie te komen en via deze manier kunnen ideeën zich verspreiden. Weenig & Midden (1991) hebben een onderzoek uitgevoerd naar de invloed van het communicatienetwerk op informatiediffusie en overreding. Uit de aanleiding van deze studie van Weenig & Midden (1991) blijkt dat de sociale context waarin overredende communicatie plaatsvindt minder aandacht heeft gekregen. Veel studies richten zich meer op de 'campagne uitkomsten' zoals attitudes en gedrag dan op het proces die ervoor zorgden dat deze 'campagne uitkomsten' tot stand zijn gekomen. Er blijkt uit deze studie dat er slechts weinig bekend is hoe campagne uitkomsten beïnvloed worden door interpersoonlijke communicatie. Studies in de jaren 1950 hebben aangetoond dat personen het meest beïnvloed worden door face-to-face contact (Zie Weenig & Midden, 1991). Hoe en door welke kanalen de invloed van interpersoonlijke communicatie plaatsvindt is nog niet grondig onderzocht (Weenig & Midden, 1991).

1.2 Doelstellingen van het onderzoek

De doelstellingen voor het onderzoek zijn als volgt geformuleerd:

1. Het in kaart brengen van de sociaal cognitieve factoren die van invloed zijn op het influenza vaccinatiegedrag van personen ouder dan 65 jaar
2. Het in kaart brengen van demografische factoren die van invloed zijn op het influenza vaccinatiegedrag van personen ouder dan 65 jaar
3. Het in kaart brengen van de invloed van culturele factoren op influenza vaccinatiegedrag bij personen ouder dan 65 jaar. Deze culturele factoren omvatten in dit geval de mythen, oftewel de misvattingen die kunnen bestaan over de influenza vaccinatie
4. Het in kaart brengen van de invloed van de sociale omgeving op het influenza vaccinatiegedrag van personen ouder dan 65 jaar

1.3 Probleemstelling van het onderzoek

Met behulp van de doelstellingen en de aanleiding van het onderzoek is de volgende probleemstelling voor het onderzoek geformuleerd:

Wat is de invloed van sociaal cognitieve, demografische en culturele factoren en de sociale omgeving op het influenza vaccinatiegedrag van senioren ouder dan 65 jaar in Nederland?

In hoofdstuk 2 zullen de demografische, sociaal cognitieve en culturele factoren en de sociale omgeving van ouderen nader worden toegelicht. De sociale cognitiemodellen zullen aan bod komen en in relatie worden gebracht met het influenza vaccinatiegedrag. Hetzelfde geldt voor de mythen omtrent de griepprik. Deze worden ook beschreven in hoofdstuk 2. Daarna zal worden overgeschakeld naar de sociale omgeving van ouderen. Er zal aan de orde worden gesteld welke invloed deze zaken kunnen hebben op het influenza vaccinatiegedrag. Tot slot zullen de onderzoeksvragen en de verwachtingen kenbaar worden gemaakt. Hoofdstuk 3 behandelt de methode van het onderzoek. Hoofdstuk 4 zal de resultaten van het onderzoek beschrijven en hoofdstuk 5 zal tot slot eindigen met het conclusie, discussie- en reflectiedeel.

2. Influenza & vaccinatiegedrag

2.1 Influenza: de ziekte

Influenza oftewel griep wordt veroorzaakt door het influenza A- of B virus. Het is een aandoening die zich acuut bij de luchtwegen voordoet, met name in de koude jaargetijden. Voor Nederland houdt dit in dat de kans op een griepepidemie zich gemiddeld twee maanden per jaar voordoet. Voordat een persoon zelf merkt dat hij of zij griep heeft en de symptomen van griep zich daadwerkelijk uiten, dan is men één tot drie dagen verder. Dit wordt ook wel de incubatietijd genoemd. Binnen deze dagen is een persoon besmettelijk voor zijn omgeving, doordat virushoudende druppeltjes door hoesten en niezen verspreid worden richting de omgeving.

Het ziektebeeld van influenza kenmerkt zich door (Gageldonk-Lafeber & Wilbrink, 2003b):

- een stijging van lichaamstemperatuur tot 40 °C of hoger, veelal met koude rillingen
- een ellendig gevoel. Dit uit zich veelal door hoofd- en spierpijn, hoest en/of pijn achter het borstbeen
- een niet fit gevoel na het verdwijnen van de koorts. De persoon voelt zich een paar dagen oplopend tot enkele weken niet fit

De ziekte influenza en haar symptomen zorgen ervoor dat de persoon gedurende de ziekte een verminderde kwaliteit van leven heeft. Vooral ouderen hebben een verminderde kwaliteit van leven na besmetting met het influenzavirus. Ouderen hebben namelijk een verhoogde kans op longontsteking bovenop de griep. Dit brengt vermindering van zowel lichamelijke als geestelijke capaciteit met zich mee, die zelfs blijvend van aard kunnen worden (Wolleswinkel-van den Bosch, & Hoeymans, 2002).
Tevens is bij ouderen de kans op complicaties en een dodelijke afloop sterk verhoogd. Mogelijke complicaties die kunnen optreden zijn (Gageldonk-Lafeber & Wilbrink, 2003a).:

- longontsteking (meestal door bijkomende bacteriële infecties)
- acute otitis media (middenoorontsteking). Dit komt met name voor bij jonge kinderen
- luchtwegstoornissen zoals kroep (ontsteking van het slijmvlies van strottenhoofd en luchtpijp)
- plotselinge verergering van chronische bronchitis, astma en COPD
- spierontsteking (vooral van beenspieren)

Ouderen kunnen overlijden aan een bacteriële ontsteking, maar het is ook mogelijk dat er geen zichtbare complicatie voordoet. Ook is gebleken dat relatief veel influenzapatiënten een abnormaal Elektrocardiogram (EGC) hebben. Dit kan met name voor chronische hartpatiënten een fatale afloop betekenen. Daarnaast kunnen influenza patiënten verschillende soorten hersenaandoeningen ontwikkelen wat een persoon fataal kan worden (Wolleswinkel-van den Bosch & Hoeymans, 2002).

2.1.1 Influenza: omvang van het probleem

De omvang van influenza is vrij groot. Jaarlijks komen er bij de huisarts 322.300 personen (ongeveer 160.400 mannen en ongeveer 162.100 vrouwen) die het ziektebeeld van influenza vertonen, uitgaande van een periode 1995-1996 tot en met 2000-2001. Tijdens epidemieën in de periode 1985-2000 was de incidentie van influenza tot 6 per 1000 personen per week (Poos, 2003).
De periode 1980-1981 t/m 1997-1998 laat zien dat er per jaar rond 1.100 mensen zijn overleden aan de directe of indirecte gevolgen van influenzavirusinfectie. Hierbij moet men rekening houden dat de officiële sterftecijfers van influenza laag zijn aangehouden. De tijd dat het ziektebeeld van influenza de kop op steekt valt samen met de sterfte aan long-, hart- en vaatziekten. Er kan dus worden aangenomen dat een groot deel van deze sterfte veroorzaakt wordt door een influenza infectie. Veelal wordt influenza niet vermeld op een overlijdenscertificaat. Uit cijfers komt naar voren dat personen die overlijden aan influenza voor 95% van de gevallen ouderen zijn (Poos, 2003). Griep en longontsteking vormen doodsoorzaak nummer 5 bij ouderen boven de 65 jaar (Medical Media, 2004). In de studie van Van Essen, Sorgedrager, Salemink, Govaert, Van den Hoogen & Van der Laan (1993) worden schattingen met betrekking tot de mortaliteit beschreven: de mortaliteit ten gevolge van influenza of complicaties liggen tussen de 750 en 2000 personen per jaar. Het virus influenza lijkt onschuldig, maar kan grote (fatale) gevolgen met zich meebrengen, met name voor ouderen.

2.1.2 Influenza vaccinatie

Een mogelijkheid om het influenzavirus tegen te gaan is door gebruik te maken van een vaccinatie. Deze vaccinatie wordt ook wel de 'griepprik' genoemd.
The World Health Organization (WHO) coördineert het opsporen van nieuwe virusvarianten. Op basis van deze bevindingen wordt het vaccin oftewel de griepprik ieder jaar aangepast tegen de veranderingen van het virus.
Uit Galgeldonk- Lafeber & Wilbrink (2003c) en van www.influenza.nl van Roche Nederland B.V. (2002) blijkt dat voor de volgende risicogroepen de griepprik sterk aanbevolen wordt:

- personen met chronische hartziekten en longkwalen
- personen met metabolische stoornissen (diabetes mellitus type I en II, nierziekten) of immunologische stoornissen
- alle personen van 65 jaar of ouder

Figuur 1 geeft een uitgebreidere beschrijving van de groepen die in aanmerking komen voor vaccinatie (Heijen, 2002b).

Vaccinatie tegen influenza <u>dringend</u> aanbevolen voor:
• Patiënten met afwijkingen en functiestoornissen van de luchtwegen en longen • Patiënten met een chronische stoornis van de hartfunctie • Patiënten met diabetes mellitus • Patiënten met chronische nierinsufficiëntie • Patiënten met terugkerende stafylokokkeninfecties (zoals steenpuisten), hun gezinsleden en daarmee gelijk te stellen contacten
Vaccinatie tegen influenza <u>aanbevolen</u> voor:
• Patiënten die recent een beenmergtransplantatie hebben ondergaan • HIV-geïnfecteerden • Kinderen en adolescenten (6 maand - 17 jaar) die langdurig salicylaten gebruiken • Verstandelijk gehandicapten in intramurale voorzieningen • 65-plussers
Vaccinatie tegen influenza <u>overwegen</u> bij:
• Personen met verminderde weerstand tegen infecties • Verpleeghuisbewoners die niet onder eerder genoemde categorieën vallen

Figuur 1 Overzicht van personen die in aanmerking komen voor vaccinatie tegen influenza (Bron: Heijen, 2002b)

In bovenstaand overzicht (figuur 1) wordt ook weergegeven wanneer men een vaccinatie dient te overwegen. Bij verpleeghuisbewoners die niet onder de eerdere categorieën vallen dient men een vaccinatie te overwegen. Dit heeft te maken met de omgeving waar deze personen zich in bevinden. Binnen verpleeghuizen wonen veel personen bij elkaar, waarbij veelal intensieve contacten plaatsvinden. Door Gageldonk-Lafeber & Wilbrink (2003c) wordt beschreven dat de kans op influenza groter is bij een verminderde weerstand, intensieve sociale contacten en wanneer de behuizing krap is. Wanneer er wordt gekeken naar de ontwikkelingen van de factoren die een rol spelen bij de toe- en afname van influenza, dan blijkt dat zich zowel positieve als negatieve ontwikkelingen voor hebben gedaan (Gageldonk-Lafeber & Wilbrink, 2003d). Positieve ontwikkelingen met betrekking tot risicofactoren zijn:

- de verbetering van de algemene gezondheidstoestand van de bevolking
- de afname van het aantal personen per woon- en slaapkamer. De overdracht van het virus wordt moeilijker door de huishoudverdunning
- vaccinatie, antivirale middelen en antibiotica, kunnen tegenwoordig ingezet worden om influenza te bestrijden

Deze zaken hebben ertoe geleid dat het aantal gevallen met influenza en de sterfte aan influenza afgenomen zijn. De negatieve ontwikkelingen hebben hierop echter een negatieve invloed gehad. Dit zijn:

- De toename van andere vormen van sociale contacten (grote massale sportmanifestaties, buitenlandse reizen en kinderdagverblijven)
- De toename van de mobiliteit van de bevolking.
- De toename van het aantal ouderen (vergrijzing) (Gageldonk-Lafeber & Wilbrink, 2003d)

De huisarts speelt een belangrijke rol bij het vaccineren tegen influenza. Allereerst roepen huisartsen hun risicopatiënten elk jaar vanaf eind oktober op om een griepprik te komen halen (Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie KNMP, 2003). Uit Frenken (2003) blijkt dat de rol van de huisarts groter wordt. De griepprik wordt met name op advies van de huisarts gehaald. Dit komt overeen met de bevindingen van Kroneman et al. (2003). In de studie van Kroneman et al. (2003) wordt ook de centrale rol die de huisarts speelt bij het vaccineren aangegeven. Vier op de vijf gevaccineerden haalden de prik op advies van de huisarts. Uit de studie van Tacken et al. (2003) komt naar voren dat de influenza vaccinatie de mortaliteit als ook de totale vraag naar zorg verlaagt, doordat een vaccinatie gunstige gevolgen heeft tegen influenza en de complicaties die kunnen optreden. Uit Fedson et al. (1995) blijkt dat klinische effectiviteit en kosten effectiviteit van influenza vaccinatie voor alle oudere personen daadwerkelijk gegrond is. De effectiviteit van de griepprik is afhankelijk van leeftijd en gezondheid (KNMP, 2003). Uit de informatie van Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (2003) blijkt dat de griepvaccinatie de griep tegengaat bij 50% tot 70% van de personen ouder dan 65 jaar. Er zijn echter aanwijzingen dat de effectiviteit van het vaccin lager is bij personen ouder dan 70 jaar. Bij bewoners van een verzorging- of verpleegtehuis kan een griepvaccinatie 30 tot 40% van de griepgevallen voorkomen. Het aantal ziekenhuisopnames in verband met longontsteking of griep neemt echter wel af met 50% en het aantal sterfgevallen met 80%. Geconcludeerd kan worden op basis van de gegevens van KNMP (2003) dat de effectiviteit van de griepprik bij mensen uit risicogroepen lager is. Mochten deze personen daadwerkelijk influenza krijgen dan zorgt de vaccinatie ervoor dat de ziekte minder ernstig verloopt en dat in groot aantal gevallen het optreden van complicaties en sterfte wordt voorkomen.

2.1.3 Vaccinatiegraad

Nederland heeft een hoge vaccinatiegraad (Rutz, 2002 & Kroneman et al., 2003). De griepvaccinatie is in Nederland niet verplicht, maar wordt met name voor risicogroepen sterk aanbevolen. In vergelijking met vorige jaren laten steeds meer mensen zich inenten tegen influenza. Uit gegevens afkomstig van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) (2004) blijkt in 2001 dat de vaccinatiegraad voor risicogroepen in de leeftijdscategorie 64-74 jaar 71,9% is en bij personen van 75 jaar en ouder 84,2% (met een standaardfout van 2,0 (65-74 jaar) en 2,6 (75 jaar en ouder)). In vergelijking met andere leeftijdsgroepen is het percentage voor vaccinatie bij de oudere leeftijdscategorieën hoger (zie tabel 1).

Tabel 1 Overzicht van de vaccinatiegraad voor griep naar leeftijd en geslacht in procenten (Bron: CBS, 2004)

Risicogroepen	Leeftijd			
	16-44 jaar	45-64 jaar	65-74 jaar	75 jaar of ouder
Periode				
1991	10,4%	22,7%	25,3%	31,9%
1995	24,2%	44,7%	38,8%	47,7%
1997	32,0%	61,1%	65,0%	69,8%
1998	37,3%	55,6%	70,0%	77,1%
1999	28,8%	54,8%	69,6%	77,9%
2000	33,8%	57,5%	73,6%	80,1%
2001	41,2%	63,8%	71,9%	84,2%
Standaardfout	2,9%	3,1%	2,0%	2,6%

Volgens Tacken, Berende, Verheij, Mulder, van den Hoogen, Braspenning (2003) is vanaf 1997 een duidelijke groei te zien. Vanaf het jaar 2002 lijkt het erop dat de vaccinatiegraad zich aan het stabiliseren is. Uit dat rapport blijkt dat 75% van de hoog risicopopulatie zich laat vaccineren. Van de totale populatie was dit 17,6%. Deze gegevens zijn afkomstig van 72 praktijken verspreid over heel Nederland, met gezamenlijk van 302.994 patiënten. Dit komt overeen met de gegevens die Rutz (2002) beschrijft. Ruim 3 miljoen mensen komen in aanmerking om zich te laten vaccineren tegen influenza. De ouderen (65-plussers) vormen hier ruim 2 miljoen van. Ongeveer twee vijfde (38%) van de 65-plussers is alleen op indicatie van de leeftijd aangemerkt als risicogroep. Het percentage gevaccineerde personen uit de risicogroepen is gestegen van 28% in 1991 naar 76% in 1997. Een simpele rekensom laat dan zien dat 24% van de risicopopulatie zich niet laat enten. 24% van 3 miljoen personen zijn: 720.000 personen. Het overgrote deel van de populatie bestaat echter uit personen ouder dan 65 jaar. Op basis van dit gegeven is het mogelijk dat ouderen hierin een groot aandeel vormen. Cijfers van het CBS laten zien dat in 2003 ruim 2,2 miljoen ouderen zijn, die betreft leeftijd in aanmerking komen voor een griepprik. Vanaf 1996 is het aantal ouderen dat in aanmerking komt voor vaccinatie, jaarlijks met 1 à 2% gestegen. Dit heeft te maken met de vergrijzing. Er komen namelijk steeds meer ouderen en ouderen die last hebben van chronische ziekten. Ook duidt deze stijging op een betere selectie door huisartsen. Zoals uit paragraaf 2.1.2 blijkt, speelt de huisarts een belangrijke rol bij het oproepen van personen. Huisartsen maken gebruik van elektronische dossiers (LINH) en deze zijn nog niet langer dan zeven jaar in gebruik (Heijnen, 2002a). Met behulp van deze elektronische dossiers wordt het mogelijk om oproepen voor de influenza vaccinatie te versturen. Zie bijlage 1 voor een voorbeeld van een oproep voor de griepprik. Volgens de Gezondheidsraad (2001) heeft de stijging van het enten tegen influenza bij ouderen te maken met de oproep van huisartsen en door een verlaging van de financiële drempel.

2.1.4 Organisatie en voorlichting influenza vaccinatie in Nederland

De uitvoering van de influenza vaccinatie is landelijk georganiseerd. Verscheidene instanties werken mee aan de organisatie van de griepvaccinatie. Vanaf 1997 is de Stichting Nationaal Programma Griepppreventie (SNGP) belast met de organisatie van de influenza vaccinatie. Deze stichting ondersteunt de huisartsen bij de uitvoering van de vaccinatie. Huisartsen kunnen hun influenzavaccins bij de SNGP bestellen. Het Nederlands Vaccin Instituut (NVI) koopt dit vaccin in of maakt deze zelf. Ook zorgt het NVI voor de distributie van het vaccin onder de huisartsen.

Het College voor Zorgverzekering (CVZ)[1] stelt jaarlijks de subsidie vast voor het Nationaal Programma Griepppreventie (NPG).

Figuur 2 Poster 'Tijd voor de griepprik!' van het College Voor Zorgverzekeringen (CVZ) (Bron: CVZ, 2004)

Het NPG wordt gefinancierd uit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Daarnaast is het CVZ verantwoordelijk voor de algemene publieksvoorlichting over de griepprik en de evaluatie van het programma. Zo informeert de CVZ via de website www.tijdvoordegriepprik.nl personen over de griep en de griepprik. Voor een voorbeeld van de poster van het CVZ zie figuur 2. Deze instelling geeft naast de poster ook folders uit die betrekking hebben op de griepprik. Deze folders zijn verkrijgbaar in 3 talen (Nederlands, Arabisch, Turks).

2.2 Participatie aan influenza vaccinatie

Hoe komt het nu dat bepaalde personen wel tot een vaccinatie overgaan en andere personen niet? Met name voor gezondheidsbevorderde interventies is het van belang dat er een analyse plaatsvindt die verklaard waarom mensen zich op bepaalde manieren gedragen. Slechts weinig gedrag is puur aangeboren. De meeste gedragingen zijn aangeleerd (Meertens, Schaalma, Brug & Vries, 2001). Gedrag is echter niet eenvoudig te verklaren. Zowel bewuste als onbewuste factoren kunnen een rol spelen bij het uitvoeren van gedrag. Zo is het mogelijk dat gedrag automatisch uitgevoerd wordt. Het gedrag wordt tamelijk onbewust uitgevoerd en ook heeft men niet een expliciete bedoeling om een bepaalde handeling uit te voeren. Soms kunnen mensen heel bewust bezig zijn met een reactie. Het gaat dan om gecontroleerd gedrag. Gezondheidsbevorderde interventies zullen met name gericht zijn op gecontroleerde processen van het gedrag, oftewel de cognitieve determinanten van het gedrag. Modellen die aangeven hoe cognitieve factoren bepaalde 'sociale' gedragingen tot stand brengen worden sociale cognitiemodellen genoemd. Het ontwerpen van voorlichtingsmethoden die effectief zullen zijn dienen volgens deze modellen gebaseerd te worden op het veranderen van de cognitieve variabelen. Als bepaald gedrag min of meer automatisch uitgevoerd wordt dan zal voorlichting trachten te bereiken dat het gedrag weloverwogen wordt. Op deze manier kan een duurzame gedragsverandering plaatsvinden. Soms wordt gedrag ten onrechte gerationaliseerd wordt door gebruik te maken van de sociaal-psychologische modellen.

[1] CVZ is een zelfstandig functionerend overheidsorganisatie die de uitvoering en financiering van de Ziekenfondswet en Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) coördineert

Deze sociaal-psychologische modellen bieden echter een mogelijkheid om bepaald gedrag te verklaren, te voorspellen en te beïnvloeden. Psychologische determinanten lenen zich veelal beter voor beïnvloeding dan maatschappelijke of biologische determinanten (Meertens, Schaalma, Brug & Vries, 2001). Anno 2004 is gedragsdeterminanten onderzoek al veelvuldig toegepast op het vaccinatiegedrag (voor een overzicht zie: Chapman & Coups, 1999). De volgende paragrafen zullen ingaan op de literatuur die verschenen is omtrent het influenza vaccinatiegedrag.

2.2.1 Studies vaccinatiegedrag in Nederland en buiten Nederland

In Nederland is er beperkt onderzoek gedaan naar het influenza vaccinatiegedrag. Dit komt naar voren wanneer men dit vergelijkt met bijvoorbeeld studies uitgevoerd in andere landen van Europa en Amerika. Verder is opvallend dat deze studies trachten te verklaren waarom men wel of geen gebruik maakt van de influenza vaccinatie, maar dat de sociaal-psychologische modellen hiervoor veelal niet worden ingezet. Er is buiten de Nederlandse setting reeds veel onderzoek gedaan naar het influenza vaccinatiegedrag, waarbij soms wel sociale cognitiemodellen ingezet worden. Voor het bepalen van het influenza vaccinatiegedrag zijn bijvoorbeeld Het Health Belief Model, de Theory of Reasoned Action en Traindis Model ingezet om het vaccinatiegedrag te verklaren (Zie bijvoorbeeld Zimmerman, Santibanez, Janosky, Fine, Raymund, Wilson, Bardella, Medsger, Nowalk, 2003; Nexoe, Kragstrup & Sogaard, 1999). Maar ook zijn er onderzoeken uitgevoerd die niet uitgaan van een bepaalde theorie (zie bijvoorbeeld Fiebach & Viscoli, 1991; Findlay, Gibbons, Primrose, Downie, 2000; Dannetun, Tegnell, Normann, Garpenholt & Giesecke, 2003; Evans & Watson, 2003). Bepaalde factoren worden in het onderzoek betrokken en op basis van deze factoren tracht men te verklaren waarom bepaalde personen wel of niet een vaccinatie nemen. Daarnaast zijn er een aantal studies die zich niet alleen richten op het influenzavaccin. Bij het bespreken van studies met betrekking tot het influenza vaccinatiegedrag zal allereerst worden ingaan op de sociaal cognitieve factoren (oftewel psychologische factoren), daarna op de demografische factoren en dan op de culturele factoren.

2.3 Psychologische factoren vaccinatiegedrag: studies in Nederland

Deze paragraaf zal ingaan op de psychologische factoren die ten grondslag kunnen liggen aan het vaccineren tegen de influenza. Studies die wel of geen gebruik maken van sociale cognitiemodellen zullen aan bod komen. Er zal onderscheid worden gemaakt van studies die uitgevoerd zijn in Nederland en studies buiten Nederland. Tabel 2 geeft overzicht van studies uitgevoerd in Nederland met betrekking tot de psychologische factoren.

Tabel 2 Overzicht Nederlandse studies m.b.t. psychologische factoren vaccinatie

Auteurs	Populatie	Methode	Gevonden resultaten
Essen, Kuyenhoven & Melker (1995)	Gezonde Nederlandse ouderen (ouder dan 65 jaar) (n=505)	Vragenlijst ontwikkeld m.b.v. Health Belief Model	- Angst voor bijwerkingen van vaccinatie grootste voorspeller van intentie - Goede gezondheid, dan geloof dat vaccinatie niet nodig was - Reden voor niet-vaccinatie bleek het geloof om niet vatbaar te zijn voor influenza - Uitnodiging huisarts belangrijkste reden voor wel vaccineren
Essen, Kuyenhoven, Ruut & Melker (1997)	Hoogrisicogroepen in Nederland (n=2142)	Vragenlijst ontwikkeld m.b.v. Health Belief Model	- geloof in afwezigheid van bijwerkingen en effectiviteit vaccin positief gecorreleerd met het nemen van een vaccinatie - Waargenomen vatbaarheid hangt positief samen met intentie om in te enten - Perceptie eigen gezondheid bleek in deze studie geen rol te spelen
Opstelten, Hak, Verheij & van Essen (2001)	Senioren van 65 jaar of ouder in Nederland (n= 972)	Vragenlijst, deels opgesteld met behulp van Health Belief Model	- Toevoeging van pneumokokken vaccinatie aan de influenza vaccinatie, leidt tot grote vaccinatiegraad - Voorspellers van geen deelname aan vaccinaties: geloof dat influenza niet gevaarlijk is en de angst dat men ziek wordt van de pneumokokken vaccinatie
Kroneman & Verheij (2003)	Risicogroepen in Nederland (n=4040)	Vragenlijst (niet gebaseerd op sociale cognitiemodellen)	- Motivatie voor geen deelname: niet in aanmerking komen (kwart van risicogroep gaf dit aan) - arts vond vaccineren overbodig - griep is niet ernstig - vaccineren is overbodig - onderschatten van gevolgen van influenza (1 op de 10 personen met longaandoening denkt dat influenza geen ernstige gevolgen kan hebben voor hen)

Toelichting tabel: m.b.t.= met betrekking tot, m.b.v.= met behulp van

Uit tabel 2 blijkt dat het sociale cognitiemodel 'Het Health Belief Model' vaak is ingezet. Dit is een 'stress coping' model en legt nadruk op de dreiging en hoe men daarmee kan omgaan. Echter wat ontbreekt in de Nederlandse setting is de invloed van belangrijke anderen op de keuze om wel of niet te vaccineren. Samenvattend kan uit tabel 2 worden geconcludeerd dat de angst voor bijwerkingen een rol spelen om wel of niet tot vaccinatie over te gaan. Men kan deze bijwerkingen zelf ervaren hebben of gehoord hebben van anderen. Ook komt duidelijk naar voren dat men het idee heeft dat men de influenza vaccinatie niet nodig heeft. Men schat zijn of haar gezondheid als goed in en men denkt dat de eigen weerstand genoeg is om de ziekte influenza aan te kunnen. De vatbaarheid wordt dus ernstig onderschat. Daarnaast komt naar voren dat men denkt dat de ziekte griep geen ernstige gevolgen kan hebben voor de gezondheid.

2.3.1 Psychologische factoren vaccinatiegedrag: studies buiten Nederland

Een overzicht van de studies uitgevoerd buiten Nederland wordt gegeven in tabel 3 en tabel 4. Opvallend is dat er wederom studies zijn waar wel gebruik wordt gemaakt van sociale cognitiemodellen en studies waar dit niet gebruikt wordt. Tabel 3 beschrijft studies die gebaseerd zijn op sociale cognitiemodellen. Tabel 4 beschrijft studies die daarvan geen gebruik hebben gemaakt.

Tabel 3 Overzicht buitenlandse studies m.b.t. psychologische factoren 'theory based'

Auteurs	Populatie	Methode	Gevonden resultaten
Chapman & Coups (1999)	Overzichtstudie literatuur, onderscheid 4 groepen: hoogrisico populaties, medewerkers gezondheidszorg, gezonde volwassenen	Afhankelijk van betrokken studie in overzichtsstudie literatuur	<u>Resultaten met betrekking tot hoogrisico groepen (personen ouder dan 65 jaar of bepaalde ziekte):</u> - vaccinatiegedrag voorspeld door het eerder hebben ontvangen van de griepprik (15 van de 16 studies significant) - waargenomen effectiviteit van de vaccinatie (15 van de 15 studies vinden een significante relatie) - aanbeveling van de arts, het ontvangen van een oproep en de intentie bleken gerelateerd te zijn aan het halen van een vaccinatie - het halen van een griepvaccinatie hangt samen met een oudere leeftijd, lage verwachte waarschijnlijkheid van bijwerkingen, de waargenomen ernst van de griep en de verwachte waarschijnlijkheid tot het oplopen van de griep
Santibez, Nowalk, Zimmerman, Jewell, Bardella, Wilson & Terry (2002) & Zimmerman, Santibez, Janosky, Fine, Raymund, Wilson, Bardella, Medsger, Nowalk (2003)	Patiënten van 66 jaar of ouder afkomstig van dokterspraktijken in de Verenigde Staten, (n= 1007)	Telefonische vragenlijst gebaseerd op Theory of Reasoned Action en het Traindis Model	<u>Resultaten hebben betrekking op de influenza en pneumokokken vaccinatie:</u> - bleek gerelateerd aan de overtuiging dat het halen van een vaccinatie de beste manier was om deze ziekten tegen te gaan - niet gevaccineerden waren overtuigd dat zij geen grote kans hadden op het krijgen van influenza en dat zij niet wisten dat ze de pneumokokken vaccinatie nodig hadden - toegang (transport) bleek geen probleem te vormen en niet gerelateerd aan het halen van een vaccinatie <u>Resultaten met betrekking tot de influenza vaccinatie:</u> - intentie bleek belangrijkste voorspeller van het gedrag - andere belangrijke factoren bleken de kennis dat vaccinatie vergoed werd, het geloof dat het nemen van een vaccinatie een wijze beslissing was, geloven in de effectiviteit van het vaccin, het aanraden van de vaccinatie door anderen (en dan met name door de dokter) - economische redenen en toegang bleken geen belangrijke factoren - waargenomen risico om griep te krijgen bleek voorspeller van vaccineren - meest voorkomende redenen om niet in te laten enten: angst voor krijgen van griep door vaccinatie en bijwerkingen van het vaccin
Nexoe, Kragstrup & Sogaard (1999)	Deense senioren van 65 jaar of ouder (n=2147)	Vragenlijsten gebaseerd op Health Belief Model en Multidimensional Locus of Control theorie	- vaccinatie tegen influenza kan voorspeld worden met het Health Belief Model en dan met name de dimensies: waargenomen gedragscontrole, waargenomen voordelen en de waargenomen ernst - vaccinatie tegen influenza in voorgaande jaren vergroot de kans om wederom te laten enten

Tabel 4 Overzicht buitenlandse studies m.b.t. psychologische factoren 'overige studies'

Auteurs	Populatie	Methode	Gevonden resultaten
Stehr-Green, Sprauer, Williams, Sullivan (1990)*	Senioren van 65 jaar of ouder (n=9851)	Telefonische vragenlijst	- personen die met ernstig overgewicht kampten (obesitas), personen die geen regelmatig gebruik maakten van autogordels en huidige rokers, ontvangen significant minder de influenza vaccinatie - de beste voorspeller van vaccinatiegedrag bleek het hebben van een medisch onderzoek in het afgelopen jaar
Fiebach & Viscoli (1991)*	Patiënten van ziekenhuis in Verenigde Staten (n=965, waarbij n= 624 patiënten zaten, waarvoor influenza vaccinatie noodzakelijk was)	Prospectieve cohort studie en vragenlijst	- demografische karakteristieken en medische diagnose bleken niet gerelateerd aan het nemen van een influenza vaccinatie - attitudes en overtuigingen die van invloed bleken op de niet gevaccineerden: de twijfel over de effectiviteit van het vaccinatie, de angst voor bijwerkingen en de perceptie dat de griepprik niet werd aanbevolen door artsen in de gezondheidszorg
Cornford & Morgan (1999)	Senioren van 75 jaar of ouder (n=50, waaronder 25 wel griepprikkemers en 25 geen griepprikkemers)	Semi-gestructureerde interviews	- respondenten beschouwen de ziekte influenza voor henzelf niet als een serieus gevaar, maar voor anderen bleek dit wel het geval volgens hen (bijvoorbeeld baby's, ouderen, kinderen) - personen die positief tegenover vaccinatie staan dachten dat door de vaccinatie de frequentie en hevigheid van verkoudheid afneemt - personen die negatief tegenover vaccinatie staan, legden meer nadruk op bijwerkingen van het vaccin
Findlay, Gibbons, Primrose & Downie (2000)	Hoogrisicogroepen (volgens leeftijd, aandoeningen en ziekten) in Engeland (n= 46)	Vragenlijst	- hoogrisicogroepen beschouwen influenza als een serieuze ziekte, maar velen denken niet dat zijzelf een groot risico lopen, de ernst en de waarschijnlijkheid van de ziekte wordt dus zwaar onderschat
Bovier, Chamot, Gallacchi, Loutan (2001)	Zwitserse volwassenen, personen die risicogroep vormen voor influenza (n=635)	Vragenlijst	Influenza vaccinatie significant hoger bij: - oudere personen, personen die woonachtig waren in Franstalige gebieden, patiënten die een recente aanbeveling van de arts hadden gekregen, personen die nooit een aanbeveling geweigerd hadden en personen die de vaccinatie als bruikbaar en essentieel beschouwden. - Bij personen ouder dan 65 jaar bleek de aanwezigheid van een hoog medisch risico een onafhankelijke voorspeller van de vaccinatiestaat
Evans & Watson (2003)	Senioren van 65 jaar of ouder uit een gemeenschap in Engeland (n=1468)	Vragenlijst	belangrijkste voorspellers van niet vaccineren: - afwezigheid van medische risicofactoren, het inschatten van de eigen gezondheid als goed, geen advies gehad van dokter of verpleger, negatieve kijk op effectiviteit en veiligheid van het vaccin

Toelichting tabel: *= artikelen met * ook besproken in overzichtstudie van Chapman & Coups (1999)

Tabel 4 vervolg Overzicht buitenlandse studies m.b.t. psychologische factoren 'overige studies'

Auteurs	Populatie	Methode	Gevonden resultaten
Telford & Rogers 2003)	Senioren van 75 jaar of ouder uit Engeland, geselecteerd afkomstig van een dokterspraktijk (n=20, 10 personen namen wel een vaccinatie en 10 personen niet)	Diepte-interviews	- 1. wantrouwen of vertrouwen in de moderne geneeskunde: niet gevaccineerden waren meer sceptisch t.o.v. voordelen vaccinatie en medische geneeskunde - 2. eerdere ervaringen met de vaccinatie: ervaringen en perceptie over bijwerkingen en geringe effectiviteit van het vaccin bleken een rol te spelen. Personen die zich lieten enten waren persoonlijke ervaringen en van sociale netwerk van invloed. Personen die zich niet lieten enten, gaven aan dat anderen hun keuze hadden beïnvloed, doordat zij zeiden dat de vaccinatie niet effectief was of hen ziek maakten. De invloed hiervan werd kleiner als de persoon influenza als persoonlijk risico zag. - 3. waargenomen risico van influenza: personen die zich lieten vaccineren gaven aan dat zij risico liepen op het krijgen van influenza. Bij personen die veranderen van beslissing bleek risicoperceptie, de ervaringen van de leek en het persoonlijk waargenomen risico een rol te spelen.
Toscani, Gautney & Robert (2003)	Senioren van 65 jaar of ouder in Zwitserland (Genève)	Vragenlijst	- niet vaccineren heeft twee redenen: wantrouwen van de vaccinatie en onderschatting van de griep, vrouwen bleken meer wantrouwen te hebben en mannen onderschatten de griep vaker - barrières (kosten, moeilijkheden bij verkrijgen injectie of tekort aan vaccinatie) bleken minder belangrijk - personen die geïnformeerd werden door de arts bleken significant vaker gevaccineerd dan personen die door andere bronnen werden geïnformeerd

Er is buiten Nederland al veel onderzoek verricht naar het influenza vaccinatiegedrag. Het onderzoeksgebied is echter vrij verbrokkeld. In bepaalde studies worden bepaalde aspecten uitgelicht en bekeken, waarbij de ene studie wel gebruik maakt van sociale cognitiemodellen en in de andere studie niet. Ook zijn er verschillende groepen waar deze studies zich op richten. Op basis van tabel 3 kan vermeld worden dat wanneer gekeken wordt naar 'theory based' studies dat de effectiviteit van de vaccinatie, de waarschijnlijkheid tot het krijgen van griep, de angst voor bijwerkingen van de vaccinatie en de intentie belangrijke voorspellers van het gedrag zijn. Ook het aanraden van de vaccinatie door de arts blijkt een belangrijke factor. Het overzicht van de 'overige studies' laten de volgende belangrijke factoren zien die het gedrag trachten te verklaren: de effectiviteit van de vaccinatie, het onderschatten van de ziekte griep, de angst voor bijwerkingen, aanbeveling van de arts. Het hebben van medische risicofactoren en het inschatten van de eigen gezondheid als goed blijken ook een rol te spelen. Naast factoren die vallen onder de risicoperceptie blijkt ook dat de omgeving een belangrijke rol speelt bij de keuze om wel of niet tot inenting over te gaan. Als anderen de vaccinatie aanraden (en dan met name de huisarts) dan blijkt dat men eerder geneigd is om de vaccinatie te gaan halen. Uit deze onderzoeken komt naar voren dat zowel de risicoperceptie als de sociale omgeving een rol kan spelen bij de keuze om wel of geen vaccinatie te nemen. Echter een integrale studie waar beide aspecten in ogenschouw wordt genomen is nog niet uitgevoerd. Dit onderzoek zal daarom beide aspecten opnemen en in relatie brengen met het influenza vaccinatie gedrag.

2.4 Demografische factoren en het vaccinatiegedrag

Demografische factoren zijn ook in relatie gebracht met het influenza vaccinatiegedrag. In deze paragraaf zal dieper worden ingegaan op de demografische factoren die een rol kunnen spelen bij het influenza vaccinatiegedrag. Reeds uitgevoerde studies in Nederland als studies uitgevoerd buiten Nederland worden beschreven. Het gaat hier dus om factoren die de onderzoekspopulatie beschrijven. Allereerst worden de studies die zijn uitgevoerd in Nederland aan de orde gesteld. Essen, Kuyenhoven & Melker (1995) hebben in hun studie gekeken waarom gezonde personen geen vaccinatie nemen. Dit hebben zij in relatie gebracht met de persoonlijke karakteristieken van de persoon. De correlaties tussen deze persoonlijke karakteristieken en het nemen van een vaccinatie blijken laag. Alleen de leeftijd blijkt een rol te spelen. Personen onder de 75 jaar blijken minder tot vaccineren over te gaan dan personen ouder dan 75 jaar. Uit de studie van Van Essen, Kuyenhoven, Ruut & Melker (1997) waar het influenza vaccinatiegedrag bij hoogrisicogroepen in relatie wordt gebracht met persoonlijke karakteristieken, blijkt dat het ouder zijn dan 50 jaar gerelateerd is aan het nemen van een influenza vaccinatie. Uit de studie van Opstelten et al. (2001) naar de influenza vaccinatie in combinatie met de pneumokokken vaccinatie blijkt dat personen die zich gezond voelden, die jonger dan 75 jaar en die particulier verzekerd waren een grotere kans hadden om zich niet te laten enten. Uit een minder gedateerd onderzoek van Kroneman & Verheij (2003) blijkt dat de belangrijkste motivatie voor het vaccineren een chronische aandoening is of dat men 65 jaar of ouder is. Binnen de risicogroepen is het behoren tot de risicogroep een reden om tot vaccinatie tegen influenza over te gaan. Van de groep ouderen geeft 81% de leeftijd als reden om zich te laten vaccineren. Demografische zaken werden ook in relatie gebracht met het vaccinatiegedrag bij studies uitgevoerd buiten de Nederlandse setting. Uit de studie van Fiebach & Viscoli (1991) blijkt dat demografische karakteristieken van patiënten en hun medische diagnose geen invloedrijke factoren zijn. Uit de studie van Bovier, Chamot, Gallacchi, Loutan (2001) in Zwitserland blijkt dat de influenza vaccinatiegraden significant hoger zijn bij oudere personen en personen woonachtig in Franstalige gebieden.

2.5 Culturele factoren en vaccinatiegedrag

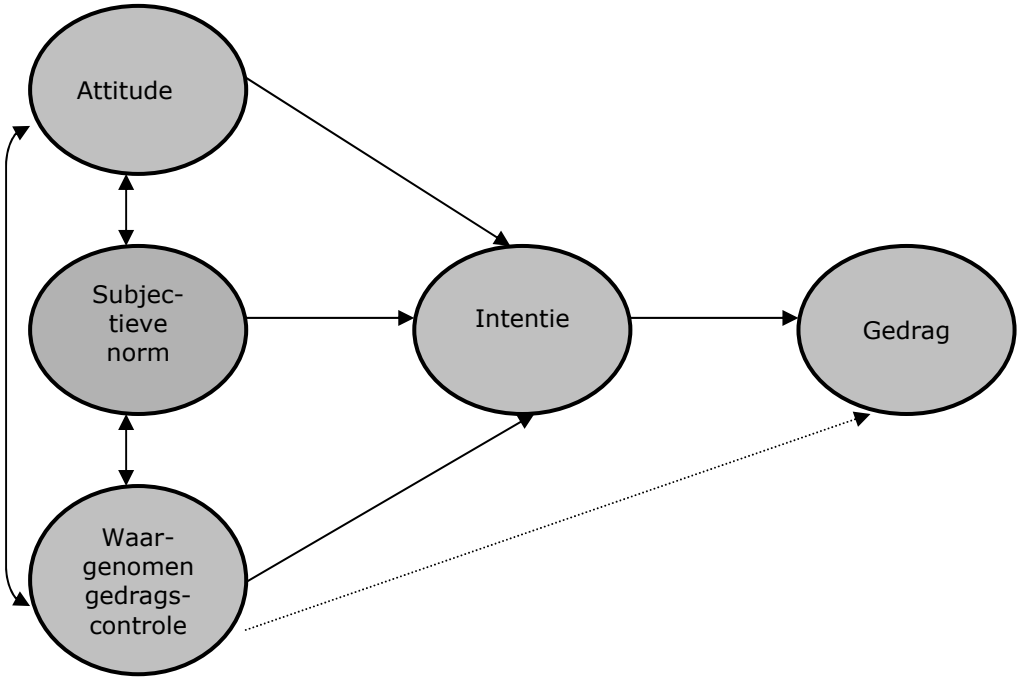
Cultuur kan op vele manieren worden gedefinieerd. Wanneer cultuur wordt opvat als een dynamisch begrip dan kan cultuur als een omgeving worden opgevat waarin mensen leven. Er wordt dan sterk gerefereerd naar de situatie waarin een persoon zich bevindt. Elke cultuur heeft haar eigen normen en waarden. Deze zaken spelen in rol het leven van een persoon. Dit blijkt ook uit het onderzoek van Streefland, Chowdhury & Ramos-Jimenez (1999). Hierin wordt aangegeven dat er 'lokale' vaccinatieculturen aanwezig kunnen zijn. Deze lokale vaccinatieculturen verwijzen dan naar de verschillen tussen groepen en hun waarden, normen en opvattingen. Onder deze opvattingen kunnen ook misvattingen vallen. Er zal nu worden ingegaan op de culturele factoren die betrekking hebben op het influenza vaccinatiegedrag. Eerst zullen de studies uitgevoerd in Nederland aan de orde komen. Zowel de misvattingen als de rol van de sociale omgeving komen naar voren in het onderzoek dat uitgevoerd is door Van Haaren, Van Den Brande, Dekker, Ligthart & Springer (1995). In deze studie werden 85-plussers geïnterviewd. Op deze manier heeft men getracht te achterhalen wat de reden was voor het niet vaccineren. Hieruit blijkt dat ouderen met wel of geen indicatie voor een griepprik zichzelf gezond voelen. Zij denken dus dat zij de griepprik niet nodig hebben. Ouderen hebben zelf bijwerkingen gehad of zij hebben van de bijwerkingen gehoord van anderen. Een andere misvatting die in een Nederlandse studie naar voren komt is in de studie van Opstelten, Hak, Verheij & van Essen (2001). Het geloof dat de vaccinaties de natuurlijke weerstand aantast blijkt invloedrijk om geen vaccinatie te nemen. Uit Kroneman & Verheij (2003) blijkt dat een andere reden om geen griepprik te halen is dat men zelf voldoende weerstand heeft tegen de griep (ongeveer 33%), ongeacht of men wel of niet tot een risicogroep behoort. Daarnaast blijkt dat met name ouderen zich niet laten inenten vanwege principiële overwegingen.

In de studies buiten Nederland komen ook culturele factoren naar voren. Bijvoorbeeld in de studie van Findlay et al. (2000). Hieruit komt naar voren dat de keuze voor vaccineren beïnvloed wordt door vele factoren, waaronder populaire mythen over griep en de griepprik en informatie van vrienden en bekenden. Uit deze bevinding komt naar voren dat de omgeving een belangrijke rol kan spelen bij het vormen van een mening over influenza en de vaccinatie.

Uit deze bovenstaande beschrijvingen (van zowel Nederlandse studies als studies uitgevoerd buiten Nederland) komen belangrijke determinanten voor het gedrag naar voren. In het nu volgende hoofdstuk zullen twee sociale cognitiemodellen worden beschreven en in verband worden gebracht met het influenza vaccinatiegedrag. Deze komen aan de orde zodat meer inzicht wordt verkregen in de sociale cognitiemodellen die trachten het gedrag te verklaren en te voorspellen. Er wordt gebruikt gemaakt van een theorie waar de omgevingsfactoren een grote rol spelen. Daarnaast zal een andere theorie ingezet worden die de risicoperceptie benadrukt. Zodoende wordt er gebruik gemaakt van de 'Theory of Planned Behavior' en 'de Protectie Motivatie Theorie'.

2.6 Theory of Reasoned Action en Theory of Planned Behavior

De Theory of Planned Behavior' (TPB) kan worden ingezet voor het analyseren van het menselijke gedrag. De 'Theory of Planned Behavior' (TPB), is een theorie die voortgevloeid is uit een eerdere theorie, namelijk de 'Theory of Reasoned Action' (TRA) (Ajzen, 1991). De TPB bestaat uit de attitude, de subjectieve normen (de verwachting van een persoon van belangrijke anderen) en de waargenomen gedragscontrole (de controle die een persoon denkt te hebben over het te uitvoeren gedrag) (Ajzen, 1991, Conner & Norman, 1995, Meertens et al., 2001). De waargenomen gedragscontrole kan gebaseerd zijn op gedrag uit het verleden en op andere zaken die het individuen tegenhoudt om het gedrag te kunnen vertonen. Uit Ajzen (1991) blijkt dus dat naarmate personen meer controle hebben over het gedrag, de waarschijnlijkheid toeneemt voor uitvoering van het gedrag.



Figuur 3 Schematische weergave van de Theory of Plannend Behavior (TPB) (bron: Ajzen, 1991)

De Theory of Planned Behavior gaat ervan uit dat een gedragsintentie van een persoon bestaat uit de volgende drie componenten (zie figuur 3, Ajzen, 1991):

- attitude
- subjectieve norm
- waargenomen gedragscontrole

Deze drie componenten worden op hun beurt weer gevormd door andere determinanten. Zo wordt de attitude van een individu bepaald door het geloof van een individu over de consequenties van het gedrag (ook wel de behavioral beliefs genoemd) en door de evaluatie van die consequenties (ook wel outcome evaluations genoemd). Het tweede component de subjectieve norm wordt bepaald door de normatieve veronderstellingen die individuen hebben. Dit heeft betrekking op de mate waarin een individu denkt dat significante anderen in zijn omgeving vinden dat hij of zij het gedrag moet vertonen. Deze determinant wordt afgewogen tegenover de motivatie die het individu heeft om ook daadwerkelijk te conformeren aan het gedrag dat significante anderen goedkeuren (ook wel de motivation to comply genoemd). De waargenomen gedragscontrole wordt bepaald door de aan- en/of afwezigheid van factoren die het gedrag versterken of verhinderen (control beliefs) en de mate waarin de individu deze factoren de overhand laat nemen (perceived power).

Wanneer deze theorie in het licht gehouden wordt van het influenza vaccinatiegedrag dan kan gesteld worden dat de derde component (waargenomen gedragscontrole) minder van belang is bij het vaccinatiegedrag. Dit wordt ook bevestigd in studies uitgevoerd buiten Nederland (Santibez et al., 2000; Zimmerman et al., 2003). Hieruit komt naar voren dat de economische redenen en toegang geen rol spelen bij het wel of niet vaccineren. Hieruit is afgeleid dat de uitvoeringsaspecten van minder groot belang zijn en worden daarom niet meegenomen in dit onderzoek. De persoon hoeft zelf niet bepaalde vaardigheden uit te voeren. De persoon hoeft bijvoorbeeld zelf geen injectie toe te dienen dat wordt door de (huis)arts gedaan. De persoon dient alleen aanwezig te zijn op een afgesproken tijdstip of thuis te zijn tijdens het bezoek van de arts aan huis voor een vaccinatie. Hierdoor hoeft toegang ook geen probleem te vormen bij een influenza vaccinatie.
Chapman & Coups (1999) beschrijven ook de relatie tussen de sociale invloed en de gedragsintentie. In slechts vijf studies (van de 36) is een relatie tussen de sociale invloed en de gedragsintentie onderzocht. Drie van deze studies konden een significant verband aantonen. Veel onderzoeken hebben alleen gebruik gemaakt van het Health Belief Model. In deze theorie wordt niet expliciet aandacht besteed aan de sociale invloed. Ook blijkt uit de kwalitatieve studie van Telford & Rogers (2003) dat bij personen die zich altijd lieten enten hun persoonlijke ervaringen en die van hun sociale netwerk van invloed zijn om zich wederom te laten vaccineren. Personen die zelf geen vaccinatie nemen geven aan dat hun beslissing door anderen is beïnvloed. Anderen zeggen dat de vaccinatie hen ziek heeft gemaakt of zeggen dat de vaccinatie niet effectief is. De invloed hiervan wordt kleiner als de persoon influenza als een persoonlijk risico ziet. Hieruit blijkt dat ouderen zich wel degelijk laten beïnvloeden door hun omgeving. Evans & Watson (2003) laten zien dat advies van vrienden en de huisarts belangrijk worden gevonden. Dit in tegenstelling tot het advies van de familieleden. Deze bevindingen hebben ertoe geleid dat de sociale omgeving als factor is meegenomen om het vaccinatiegedrag te voorspellen.

2.7 Protectie Motivatie Theorie

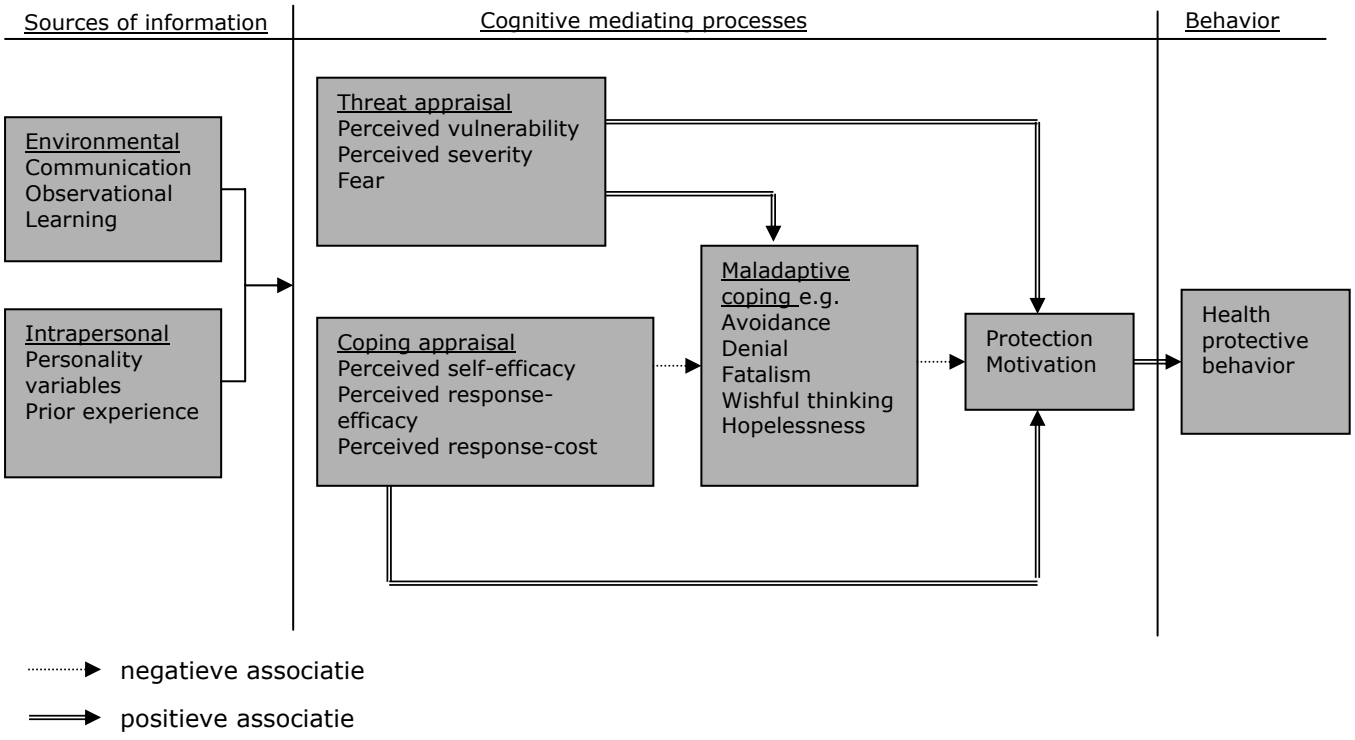
Een andere theorie die ingezet kan worden voor analyse van het gedrag is de 'Protection Motivation Theorie'. Deze theorie gaat nader in op een mogelijke dreiging (bijvoorbeeld het krijgen van influenza) en de mogelijkheden die er zijn om de dreiging tegen te gaan. In veel studies die ingaan op de motivatie van ouderen om zich wel of niet tegen influenza te vaccineren wordt ingegaan op hoe mensen de ziekte influenza als dreiging ervaren. Een ander veelvuldig ingezet model is het Health Belief Model.

Dit model richt zich net als de Protection Motivation Theorie ook wel op de 'stress coping', die bepaald gedrag met zich kan meebrengen. Deze theorieën vallen dus onder de 'stress coping' theorieën en leggen de nadruk op de dreiging en hoe men daarmee kan omgaan.
De Protectie Motivatie Theorie (PMT) is een gezondheidspsychologisch model dat door Rogers is ontwikkeld in 1975 (Meertens, Schaalma, Brug & Vries, 2001). Deze theorie werd oorspronkelijk ontwikkeld binnen een onderzoekstraditie waarin men de interesse had om te bepalen bij welk angstniveau mensen het meeste geneigd zijn tot een preventieve actie. Het inzetten van fear appeals, oftewel informatieve communicatie over de bedreiging van het gezond zijn van een individu, vond veelvuldig plaats in deze onderzoekstraditie. Naast de gevolgen van deze dreiging worden ook mogelijkheden aangedragen die ingezet kunnen worden om de bedreiging te verminderen of te voorkomen. Op basis van deze gedachten werden onderzoeken uitgevoerd die ingingen op de manier waarop het verwerken van fear appeals leidt tot het veranderen van de attitudes en het gedrag. Hiertoe werd de PMT ontwikkeld. Aangenomen wordt dat iedere variabele uit theorie leidt tot een cognitief bemiddelend proces. Deze processen hebben weer hun invloed op de protectie motivatie, in de vorm van de intentie om het gedrag uit te voeren (Milne, Sheeran & Orbell, 2000). De structuur van de PMT wordt beïnvloed door verwachtingswaarde theorieën. In verwachtingswaarde theorieën is de tendens om bepaald gedrag uit te voeren een functie van verwachtingen ten opzichte van de consequenties van het gedrag en de waarde die aan deze consequenties gegeven wordt. De verwachtingswaarde theorie van Hovland, Janis & Kelley's (1953) geeft aan dat er drie variabelen zijn bij fear appeals. Dit zijn: de omvang van de schadelijkheid van de gebeurtenis, de waarschijnlijkheid dat de gebeurtenis zal plaatsvinden wanneer het gedrag niet veranderd wordt en de aanwezigheid en effectiviteit van een mogelijkheid om met de dreigende gebeurtenis om te gaan (Milne, Sheeran & Orbell, 2000). Deze drie componenten werden als basis voor het formuleren van de PMT genomen. Het gedrag dat gericht is op de bescherming van de eigen gezondheid wordt in deze theorie aangeduid met 'adaptieve respons'. 'Maladaptieve respons' is het tegenovergestelde. Dat is dus gedrag dat niet goed is voor de gezondheid. Deze theorie gaat ervan uit dat gedrag op basis van angst en wenselijkheid tot stand zal komen. Deze theorie maakt onderscheid tussen twee processen (Meertens et al., 2001):

- het proces dat gericht is op het inschatten van de dreiging (threat appraisal)
- het proces dat gericht is op het inschatten van de mogelijkheden om met de dreiging om te gaan (coping appraisal). Zie figuur 4 voor de schematische presentatie van de PMT.

In het geval van een bedreiging zijn een aantal aspecten van belang. Onder <u>threat appraisal</u> vallen de volgende dimensies:

1. de individuele beoordelingen van de waarschijnlijkheid dat een schadelijke gebeurtenis daadwerkelijk plaatsvindt (*perceived vulnerability*)
2. de ernst van de gebeurtenis voor de individu mocht deze plaatsvinden (*perceived severity*)
3. de hoeveelheid angst de dreiging veroorzaakt voor het individu (*fear arousal*)



Figuur 4 Schematische representatie van de Protectie Motivatie Theorie (afgeleid van Rogers, 1983) (Milne, Sheeran & Orbell, 2000)

Onder de mogelijkheden om met de dreiging om te gaan, oftewel de coping appraisal vallen de volgende dimensies van de theorie:

4. de mogelijkheid om schade te voorkomen, oftewel de verwachting van het individu dat de aanbevolen respons leidt tot een vermindering van de dreiging (*perceived response-efficacy*)
5. de verwachting van het individu dat hij/zij in staat is de aanbevolen respons uit te voeren
   (*perceived self-efficacy*)
6. de kosten geassocieerd met de uitvoering van voorkomen van de dreiging (*response costs*)

De protectie motivatie is de hoofd bemiddelaar tussen het gedrag en het proces dat gericht is op het inschatten van de dreiging (threat appraisal) en het proces dat gericht is op het inschatten van de mogelijkheden om met de dreiging om te gaan (coping appraisal). Protectie motivatie wordt hier gelijkgesteld aan de intentie om gedrag uit te voeren (bijvoorbeeld ik laat mij ieder jaar vaccineren tegen influenza). Dit is een positieve lineaire functie van het geloof dat de dreiging ernstig is, dat de individu persoonlijk kwetsbaar is voor de dreiging, dat de aangeboden mogelijkheid om met de dreiging om te gaan effectief is en dat het voor de individu mogelijk is om deze aanbevolen mogelijkheid uit te voeren.
Het is een negatieve lineaire functie van het geloof dat de waargenomen kosten om met de dreiging om te gaan hoog zijn. In dit onderzoek wordt geen gebruik gemaakt van de perceived self-efficacy. Voor uitleg hiervan wordt verwezen naar paragraaf 2.6, waar de Theory of Planned Behavior wordt uitgelegd.

Uit verscheidende studies blijkt dat de inschatting van de dreiging en de mogelijkheid om met de dreiging om te gaan van invloed zijn op het vaccinatiegedrag. Het niet vaccineren tegen influenza heeft als gevolg dat men vatbaar blijft voor de griep en andere complicaties. In 1983 heeft Rogers naast de 'threat appraisal' en de coping appraisal ook intrinsieke en extrinsieke beloningen die geassocieerd worden met het uitvoeren van ongezond gedrag toegevoegd (Milne, Sheeran & Orbell, 2000). De beloningen (intrinsiek en extrinsiek) die vastzitten aan het niet uitvoeren van het gedrag worden niet meegenomen in dit onderzoek. Dit omdat het uitvoeren van dit gedrag geen duidelijke beloningen met zich meebrengt. Dit in vergelijking met bijvoorbeeld zonnebaden, waar personen geen zonnebrandcrème gebruiken. Dit omdat ze graag bruin willen worden. Dit levert dan bijvoorbeeld een gebruinde huid, een gevoel van aantrekkelijkheid en positieve reacties van de omgeving op.
Er wordt aangenomen dat de componenten van de PMT significante associaties hebben met de intentie om het gewenste gedrag uit te voeren. Uit het model blijkt dat wanneer een individu een verhoogde angst heeft voor het krijgen van een ziekte dat dit zal leiden tot een verhoogde inschatting van de ernst en de vatbaarheid van de ziekte. Dit zal dan leiden tot een grotere motivatie om zich tegen de ziekte (de dreiging) te beschermen. De voordelen van de maladaptieve respons hebben hierop een negatief effect. Zij vergroten de kans dat de adaptieve respons niet wordt uitgevoerd. De evaluatie van de mogelijkheden om met de dreiging om te gaan worden beïnvloed door de responseffectiviteit, de eigen effectiviteitverwachting en de kosten. De kans op een adaptieve respons wordt volgens de PMT groter wanneer een persoon de responseffectiviteit en de eigen effectiviteitverwachting hoger dan de kosten schat.
Uit onderzoeken blijkt dat de adaptieve respons bevordert kan worden door een verhoging van de eigen effectiviteitverwachting, de waargenomen persoonlijke kansen en de responseffectiviteit (Meertens, et al., 2001). Ook is getracht om de PMT in te zetten voor het voorspellen van toekomstig gedrag. De mogelijkheid van de PMT om toekomstig gedrag te voorspellen blijkt slechts bescheiden. Hierbij dient opgemerkt te worden dat het beperkte aantal studies en de gekozen onderwerpen van deze studies deze conclusies beperken (Murgraff, et al., 1999).
Dit onderzoek maakt dus gebruik van twee modellen, namelijk de TPB en de PMT. Aan dit onderzoek worden de culturele zaken (misvattingen) en de invulling van de sociale omgeving toegevoegd. Dit omdat meer inzicht noodzakelijk is hoe sociale cognities tot stand komen. De volgende paragraaf zal nader ingaan op de mythen die kunnen bestaan over de griepprik en daarna zullen de sociale relaties van senioren aan de orde komen.

2.8 Erroneous Beliefs: nader bekeken

Ook misvattingen kunnen een onderdeel vormen van de heersende opvattingen in de omgeving van een persoon. Volgens het onderzoek van Findlay et al. (2000) wordt de keuze tot wel of niet overgaan tot een griepprik beïnvloed door vele factoren, waaronder populaire mythen over griep en de griepprik en informatie verkregen van vrienden en bekenden. Deze mythen worden ook wel erroneous beliefs genoemd, wat 'misvattingen' betekend. Het is van belang om een beeld te krijgen van deze misvattingen en de invloed hiervan te bepalen. Welke opvattingen bestaan er over de griep en de griepprik? Hoe ontstaan deze opvattingen en blijven ze voortbestaan? Deze misvattingen kunnen mogelijk het vaccinatiegedrag van senioren ondermijnen. De misvattingen kunnen betrekking hebben op de griepprik of op het ontstaan van de griep. De volgende misvattingen zijn veelgehoord (seniorennet, 2004):

<u>Van de griepvaccinatie krijgt men griep</u>
Dit is echter niet het geval. De griepprik bevat geen levend virus, maar een dood virus. Dit dode virus zet aan tot het produceren van antistoffen, maar kan een persoon niet ziek maken. Als men kort na de inenting griep krijgt dan heeft de besmetting kort vóór of na de inenting plaatsgevonden.

Een andere mogelijkheid is dat men besmet is door een ander virus welke niet werd verwerkt in de vaccinatie.

Men moet zich warm aankleden, om geen griep te krijgen / Het krijgen van griep wordt veroorzaakt door tocht of door kou
Griep wordt veroorzaakt door een virus dat men inademt of doorgeeft via handcontact. Warm aankleden helpt dus niet om griep te voorkomen.

Alle ramen moeten worden dichtgehouden, want anders vat men kou
Met open ramen is het virus minder geconcentreerd aanwezig. Zeker wanneer men met meerdere personen in dezelfde ruimte zit raakt men sneller besmet indien de kamer niet regelmatig verlucht wordt.

Bij de minste symptomen van griep dient men vitamine C te nemen.
Geen enkele wetenschappelijke studie kan aantonen dat vitamine C het genezingsproces van griep versnelt. Een dagelijkse evenwichtige en vitaminerijke voeding met voldoende fruit en verse groenten blijkt veel heilzamer dan vitaminepreparaten.

Griep is te bestrijden met antibiotica
Griep wordt veroorzaakt door een virus. Antibiotica bestrijden enkel bacteriën. Antibiotica kunnen zinvol zijn bij eventuele verwikkelingen van griep.

Andere griepfabels zijn de volgende (Boehringer Ingelheim, 2004):

Ik heb geen inenting nodig, want ik ben gezond
Griep wordt veroorzaakt door een virus dat men inademt of via handcontact doorgeeft. Ook al is men gezond, het afweersysteem kan er toch voor zorgen dat men griep krijgt.

De griepprik heeft veel bijwerkingen
Na de griepprik geven een klein aantal personen aan zich lusteloos of moe te voelen. De meeste mensen hebben last van een rode en gevoelige arm van de inenting. Deze bijwerkingen zijn veelal van korte duur. Een andere mogelijkheid is dat er een allergische reactie optreed.

De griepprik verzwakt de natuurlijke weerstand
Een griepprik heeft geen negatief effect op het weerstandsvermogen. Integendeel de weerstand van het lichaam wordt erdoor versterkt. Na een vaccinatie zal het lichaam antistoffen maken tegen het griepvirus. Deze antistoffen beschermt men tegen het influenza virus. De vaccinatie activeert het immuunsysteem en zorgt daardoor juist niet dat het lichaam 'lui' wordt. Ook verleert het lichaam niet hoe het op een infectie moet reageren.

Een griepprik zorgt ervoor dat men helemaal geen griep meer krijgt
Deze garantie kan niet worden gegeven. Ondanks de griepprik heeft men nog een kans op het krijgen van griep. Ook kan men besmet worden door een ander griepvirus, doordat een bepaalde variant van het griepvirus niet verwerkt werd in de vaccinatie.

Men kan zich naast de ontstaanswijze van deze mythen afvragen hoe het mogelijk is dat ondanks de toegenomen kennis omtrent de influenza vaccinatie er nog steeds mythen bestaan die opgaan in deze tijd. Hoe kan het dat men nog steeds gelooft in deze zaken en hoe worden deze mythen verspreid? Hiervoor dient men dieper in te gaan op de omgeving waarin de persoon leeft.

Ecologische benaderingen naar gezondheidsvoorlichting laten namelijk de belangrijkheid van de sociale context waarin individuen leven en werken zien (Glanz, Lewis, Rimer (1997). In Glanz et al. (1997) wordt besproken dat het aantal en de aard van de sociale relaties invloed heeft op de gezondheid van een persoon. Het begrijpen van de impact van sociale relaties op de gezondheid en het gezondheidsgedrag kunnen een bijdrage leveren aan de (vermindering van) negatieve consequenties die een bepaalde ziekte kunnen meebrengen. De sociale omgeving kan dus invloed uitoefenen op het gedrag van de personen. De term sociale netwerk refereert naar een persoongecentreerde web van sociale relaties. Het verlenen van sociale steun is een belangrijke functie van het sociale netwerk. De structuur van sociale netwerken kunnen worden beschreven als 'dyadic karakteristieken' (dus karakteristieken van elke relatie tussen de individuen en een ander persoon in het netwerk, zoals reciprociteit, intensiteit en complexiteit) en karakteristieken van het netwerk in zijn geheel (homogeniteit, geografische verdeling en dichtheid). In dit onderzoek wordt gekeken naar de intensiteit en homogeniteit van de sociale relaties.

2.9 Sociale relaties van senioren

Wanneer een persoon ouder wordt, wordt de omgeving steeds belangrijker. Van belang is dat de voorzieningen waarvan ouderen gebruik willen maken bij de persoon in de buurt aanwezig zijn. Ook het sociale netwerk zal belangrijker worden naarmate de persoon ouder wordt (Molenaar & Sikkel-Spierenburg, 2003). Bijvoorbeeld bij het wegvallen van de werkkring krijgt de persoon meer tijd en wellicht meer behoefte om met personen uit het sociale netwerk dingen te ondernemen. Ook biedt het sociale netwerk mogelijkheden om op terug te vallen mocht dit noodzakelijk zijn (Molenaar & Sikkel-Spierenburg, 2003). De levensfase waarin een persoon verkeert beïnvloedt in grote mate de hoeveelheid en de soort sociale relaties die een persoon heeft (Tijhuis, 2002). Op oudere leeftijd neemt het aantal vrienden en de frequentie van het contact over het algemeen af. De contacten met de familie worden in deze levensfase van groter belang. Ook krijgt men in deze levensfase meer praktische steun vanuit de omgeving. Sociale relaties worden in alle levensfasen van een persoon beïnvloed door persoonlijkheidskenmerken, normen en waarden ten aanzien van sociale relaties en de waarde en de rol die iemand voor zichzelf ziet (Tijhuis, 2002). Het hebben van sociale relaties kan van invloed zijn op de gezondheid van een persoon (Tijhuis, 2002a, 2002b, Glanz et al., 1997). De gezondheid zelf speelt ook een rol bij het aangaan en onderhouden van sociale relaties. Uit Fokkema & Gierveld (1998) blijkt dat hoe meer de woonomgeving een verstedelijking laat zien, des te kleiner het sociale netwerk van de ouderen wordt. Het netwerk van ouderen die woonachtig zijn in de sterkst verstedelijkte gebieden bestaat gemiddeld uit drie personen. In algemeen kan gesteld worden dat oudere personen uit de verstedelijkte gebieden meer gericht zijn op de wereld buiten de directe woonomgeving en de ouderen in de rurale woongebieden meer gericht zijn op de buurt (Fokkema & Gierveld, 1998). De samenstelling van de sociale netwerken van zelfstandig wonende ouderen wordt ook beschreven door Fokkema & Gierveld (1998). Ouderen in de sterk verstedelijkte gebieden hebben een relatief klein lokaal netwerk. Dit kleine lokale netwerk is het gevolg van de beperkte aanwezigheid van familieleden in de buurt. Het netwerk van ouderen die woonachtig zijn in stedelijke gebieden zijn voor contacten in de buurt sterker gericht op zelf gekozen relatiepartners (niet-familie) dan dat dit het geval is van ouderen die woonachtig zijn op het platteland. In vergelijking met ouderen in de meer landelijke gebieden hebben ouderen die woonachtig zijn in de stad meer contacten buiten de directe woonomgeving. Dit geld voor zowel familieleden als niet familieleden.
Uit cijfers van het CBS (2004b) blijkt dat de sociale contacten met familieleden, buren en vrienden, kennissen voor personen van 65-74 jaar vrij hoog zijn. 88% spreekt één keer per week of vaker met familieleden, 79% spreekt één keer per week of vaker met de buren en 72% spreekt één keer per week of vaker met vrienden en kennissen.

Voor 75 jarigen en ouder blijkt dat 88% één keer per week of vaker met familieleden praat, dat 75% één keer per week of vaker met de buren praat en dat 67% één keer per week of vaker met vrienden en kennissen praat. Deze cijfers geven inzicht in de wekelijkse communicatiefrequentie van ouderen en hun sociale netwerk.

2.10 Invloed communicatienetwerk

Een netwerk is volgens Valente (1995): 'a pattern of friendship, advice, communication or support that exist among members of a social system'. Personen die in een sociaal systeem aanwezig zijn kunnen dus wel of niet met elkaar verbonden zijn door een 'tie' oftewel het hebben van een band met elkaar. Deze 'ties' vormen het communicatienetwerk van een persoon. De communicatie link of 'tie' vormt de basis voor ieder communicatienetwerk. Volgens Grannovetter (1982) verschillen deze communicatie 'ties' in sterkte. Er bestaan dus weak ties (zwakke banden) en strong ties (sterke banden). De sterkte van een 'tie' wordt bepaald door een combinatie van:

- de hoeveelheid tijd die er in geïnvesteerd wordt
- de emotionele intensiteit die de band met zich meebrengt
- het wederzijds vertrouwen
- en de wederzijdse diensten die een band met zich meebrengt

De sterkte van de 'tie' refereert naar de kwaliteit van communicatie tussen twee individuen. De kwaliteit van de communicatie is een kwalitatief element voor bepaling van de sterkte van de banden tussen individuen of verschillende netwerken. Het kwantitatieve element aan de sterkte van de 'ties' is de interactie frequentie. Dus hoe vaak wordt er gecommuniceerd met elkaar? Als een band zich kenmerkt door bovenstaande kenmerken dan kan gesproken worden van een 'strong tie'. Het kan zo zijn dat men veelvuldig een persoon spreekt, maar dat er geen sprake is van een emotionele intensiteit. Dan is er geen sprake van een 'strong tie', maar van een 'weak tie'.
Volgens Grannovetter (1982) zijn 'weak ties' de banden die gehandhaafd worden met sociaal verwijderde individuen (bijvoorbeeld bekenden). Deze banden zijn echter van belang voor het verkrijgen van informatie en goederen die niet verkrijgbaar zijn bij de personen waarmee men een sterke band ('strong tie', zoals bijvoorbeeld familie en vrienden) heeft. Zwakke banden kunnen onverbonden individuen of groepen met elkaar kunnen verbinden. Deze kunnen van belang zijn bij verspreiding van innovaties. Het nemen van een griepprik kan voor niet-griepprikkemers beschouwd worden als een innovatie, omdat het voor de persoon vernieuwend gedrag is. Zwakke banden vormen dan als ware een brug waarover de verspreiding van een innovatie verder kan gaan. Zonder zwakke banden zou de diffusie van een innovatie beperkt blijven bij groepen die niet met elkaar verbonden zijn. Zwakke banden maken het mogelijk dat de innovatie verspreid kan worden van een groep uit een netwerk naar een andere groep. Zwakke banden maken meer en kortere banden tussen individuen in een netwerk mogelijk. Volgens Grannovetter (1982) kan met behulp van zwakke banden een groter aantal personen bereikt worden en kan een grotere sociale afstand afgelegd worden. Personen waarmee een persoon een sterke band heeft zijn veelal homogeen wanneer gekeken wordt naar normen, waarden, belangrijke overtuigingen, socio-economische status en demografische karakteristieken (Granovetter, 1982; Weenig, 1991). Dit refereert naar de 'homophily principle' (Weenig, 1991). In algemeen kan gezegd worden dat hoe homogener de opvattingen van twee individuen des te groter de mogelijkheid op het krijgen van een sterke band. Indien informatie niet verkrijgbaar is via de sterke banden dan kunnen zwakke banden een rol spelen bij het verkrijgen van de benodigde informatie. De theorie van Granovetter (1982) gaat ervan uit dat relatief onbekenden veel kunnen betekenen voor het verkrijgen van belangrijke informatie. Er zijn studies waar deze theorie wordt bevestigd (Weenig,1995; Weenig & Midden, 1995). De sterkte van de verschillende banden kunnen dus hun weergave hebben op de meningsvorming en het beslissing proces van ouderen om wel of niet tot vaccinatie over te gaan.

Voor het verkrijgen van informatie en informatiediffusie zullen de weak ties een belangrijke rol spelen, zoals verwacht op basis van de theorie van Granovetter (1982). Uitgaande van dat personen een beslissing dienen te nemen over het gedrag dat door een gezondheidsprogramma gepromoot wordt dienen de personen een mening te vormen over dat gedrag. De sterkte van de banden kunnen in deze fase een belangrijke rol spelen. Personen die een beslissing dienen te nemen over het gedrag willen waarschijnlijk voldoen aan de meningen van personen waarmee een sterke band onderhouden wordt. Dit heeft wederom te maken met het 'homophily principle': personen die een sterke band met elkaar hebben zijn in veel opzichten hetzelfde en zullen trachten deze gelijkheid in stand te houden. De theorie van Grannovetter (1982) die ingaat op sterke en zwakke banden tussen personen in een netwerk geeft de mogelijkheid om inzicht te krijgen in de samenstelling van de relaties (sterk / zwak) en de homogeniteit van personen die zich in het netwerk van de persoon bevinden. De aard van de relatie (strong / weak) is nog nooit in verband gebracht met het influenza vaccinatiegedrag. Terwijl deze gegevens inzicht kunnen verschaffen in het proces waarop positieve en negatieve houdingen zijn ontstaan.

2.11 Onderzoeksvragen

De onderzoeksvragen en de verwachtingen zullen in deze paragraaf aan de orde komen. In hoofdstuk 1 staat de hoofdvraag beschreven, namelijk:

'*Wat is de invloed van sociaal cognitieve, demografische en culturele factoren en de sociale omgeving op het influenza vaccinatiegedrag van senioren ouder dan 65 jaar in Nederland?*'

Aan de hand van de hoofdvraag zijn een aantal deelvragen geformuleerd. Deze deelvragen zullen hieronder worden beschreven, gevolgd door de verwachte uitkomsten.

Deelvraag met betrekking tot de sociaal cognitieve factoren:
1. Wat is het verschil tussen griepprikkemers en niet-griepprikkemers in de sociaal cognitieve factoren en de gedragsintentie van de TPB & PMT?

Verwachting sociaal cognitieve factoren:
Voor de componenten van de TPB wordt verwacht dat griepprikkemers een positievere attitude, subjectieve norm en gedragsintentie hebben. Voor de componenten van de PMT wordt verwacht dat wel griepprikkemers een hogere score hebben op de responseffectiviteit, waarschijnlijkheid, ernst en de angst. Voor de responskosten wordt verwacht dat griepprikkemers de nadelen van de griepprik minder ervaren (zie Cornford & Morgan (1999).

Deelvragen met betrekking tot de demografische factoren en de factor risicoziekte zijn:
2. Wat is het verschil griepprikkemers en niet-griepprikkemers in de demografische factoren (leeftijd, verzekering en opleiding) en het hebben van wel of geen risicoziekte?

3. Welke relatie bestaat er tussen leeftijd, verzekering, opleiding, risicoziekte van senioren en de sociale cognities en de gedragsintentie van de TPB en de PMT ten opzichte van het vaccinatiegedrag?

Verwachtingen demografische factoren:
Het jonger zijn dan 75 jaar heeft een negatieve invloed op de attitude, subjectieve norm en de gedragsintentie van de TPB. Voor de componenten van de PMT wordt verwacht dat de responseffectiviteit, waarschijnlijkheid, ernst en angst voor personen jonger dan 75 jaar lager worden ingeschat dan personen ouder dan 75 jaar. Voor de responskosten die aan het uitvoeren van het gedrag zitten wordt verwacht dat personen die jonger zijn dan 75 jaar meer nadelen aan het halen van de griepprik ervaren dan personen die ouder zijn dan 75 jaar. Deze verwachting is afgeleid van de studie van Essen et al. (1997) waar aangetoond wordt dat leeftijd een rol speelt bij het wel of niet vaccineren. Ook de studie van Chapman & Coups (1999) laat zien dat het wel vaccineren samenhangt met een oudere leeftijd. De verwachting omtrent de variabele opleiding is dat een hoge opleiding een positieve invloed heeft op de sociale cognities en gedragsintentie van de TPB & PMT.
Dit is afgeleid van Conner & Norman (1995). Zij beschrijven dat de opleiding van invloed kan zijn op gezondheidsgedragingen en dat hoger opgeleide mensen meer geneigd zijn om gezondheidsbevorderde gedragingen uit te voeren.
Daarnaast wordt verwacht dat het hebben van een particuliere verzekering een negatieve invloed heeft op de sociale cognities en de gedragsintentie van de TPB en de PMT. Dit is afgeleid van het onderzoek van Opstelten et al. (2001). Particulier verzekerden bleken in deze studie minder geneigd om zich te laten enten dan ziekenfonds verzekerden. Verwacht wordt dus dat het hebben van een ziekenfonds verzekering een positieve invloed heeft op de sociale cognities en de gedragsintentie van de TPB en de PMT. Het hebben van een risicoziekte heeft een positieve invloed op de sociale cognities en de gedragsintentie van de TPB en de PMT. In een aantal studies wordt de relatie tussen het vaccineren en het hebben van medische risicofactoren bevestigd (Evans & Watson, 2003; Bovier et al. (2001).

Deelvragen met betrekking tot de culturele factor:
4. Wat is het verschil tussen griepprikkenemers en niet-griepprikkenemers in het bestaan van 'erroneous beliefs' oftewel misvattingen over de griep en de griepprik?

5. Is de mate waarin senioren 'erroneous beliefs' bezitten gerelateerd aan de sociale cognities en de gedragsintentie van de TPB & PMT?

Verwachting culturele factor (erroneous beliefs oftewel mythen):
De verwachting is dat het hebben van veel erroneous beliefs negatief gerelateerd is aan de sociale cognities en de gedragsintentie van de TPB en de PMT ten opzichte van het vaccinatiegedrag.

Deelvraag met betrekking tot de sociale omgeving:
6. Bestaat er een relatie tussen het wel of geen griepprik nemen en de communicatie over de griep en de griepprik met verschillende sociale relaties, het gedrag van een sociale relatie en het advies dat men krijgt van een sociale relatie over het vaccineren tegen de griep?

7. Bestaat er een verschil in normatieve invloed van zwakke en sterke sociale relaties op de sociale cognities en de gedragsintentie van de TPB & PMT?

8. Bestaat er een verschil in de normatieve invloed van zwakke en sterke sociale relaties op de communicatie over de griep en de griepprik, het gedrag van een sociale relatie en het advies dat men krijgt van een sociale relatie over het vaccineren tegen de griep?

Verwachting sociale omgeving:
Verwacht wordt dat de partner, kinderen, broer(s) en zus(sen), vrienden en buren mogelijke 'strong ties' kunnen zijn. Dit zijn relaties waarmee men dus diepgaand contact kan hebben. De huisarts wordt aangeduid als 'weak tie'. Dit omdat aan deze relatie geen wederzijdse emotionele binding zit verbonden. Daarnaast is de verwachting dat wanneer een sociale relatie positief is over de griepprik (positieve normatieve invloed) dat men dan eerder geneigd is om zich te vaccineren en men positiever ten opzichte van de griepprik staat. Ook wordt verwacht dat indien men een relatie beschouwd als een 'strong tie' men eerder geneigd is om de 'homophily' in stand te houden. Men wil voldoen aan de verwachtingen van deze 'strong ties'. De huisarts wordt als 'weak tie' aangeduid. Er wordt echter verwacht dat de huisarts veel invloed kan uitoefenen op de sociale cognities en de gedragsintentie van de TPB en de PMT. Onderzoeken bevestigen namelijk dat het wel vaccineren samenhangt met het krijgen van advies van de arts (Evans & Watson, 2003; Zimmerman et al., 2003; Chapman & Coups, 1999). De studie van Toscani et al. (2003) laat zien dat personen die geïnformeerd zijn door een arts significant vaker ingeënt zijn. Er zal nu worden overgegaan naar hoofdstuk 3 waar de onderzoeksopzet wordt besproken.

Hoofdstuk 3. Onderzoeksopzet

In dit hoofdstuk worden de methoden beschreven die gehanteerd zijn in dit onderzoek. Allereerst wordt ingegaan op het vooronderzoek, de pretest van de vragenlijst en het vaststellen van woonlocaties van senioren in Enschede. Daarna zal de vragenlijst aan de orde komen. Ook de procedure en tot slot de inclusiecriteria zullen aan bod komen.

3.1 Vooronderzoek

Het vooronderzoek bestond uit het pretesten van de vragenlijst en daarnaast uit het vaststellen van de woonlocaties van senioren in Enschede. Allereerst zal worden ingegaan op het vaststellen van de woonlocaties van senioren in Enschede.

3.1.1 Vaststellen woonlocaties onderzoekspopulatie

Met het oog op de methode van het hoofdonderzoek was het noodzakelijk om te achterhalen welke woonlocaties in Enschede aangemerkt zijn met seniorenwoning of 55+woningen. Uit Molenaar & Sikkel-Spierenburg (2003) blijkt dat sinds tientallen jaren de opvatting heerst dat ouderen zo lang mogelijk zelfstandig in hun eigen woning en woonomgeving zouden moeten wonen. Deze nieuwe opvatting zorgt voor een verandering van woningen en woonomgevingen voor ouderen. Volgens Molenaar & Sikkel-Spierenburg (2003) zijn er dus verschillende woonvormen mogelijk: huren via corporatie en de zogenoemde 55+woningen, men kan het eigen huis aanpassen aan de veranderde behoeften en tot slot is het beschut wonen een optie voor ouderen. Onder beschut wonen behoren woonvormen waarbij ouderen zelfstandig, maar tegelijkertijd redelijk beschut wonen. Zelfstandigheid kenmerkt dus deze woonvormen, maar men kan tevens een beroep doen op geboden faciliteiten van de woonvorm. Er bestaan verschillende opties van beschut wonen: serviceflats, het wooncentrum en de aanleunwoning. Om te kunnen wonen in serviceflats dient de persoon financieel draagkrachtig te zijn en nog over een goede gezondheid te beschikken. Tussen aanleunwoningen en wooncentra's bestaan weinig verschillen. Beide woonvormen zijn een complex van seniorenwoningen met gemeenschappelijke ruimten en biedt ook de mogelijkheden tot extra (zorg) dienstverlening. In een aanleunwoning woont men tegen het verzorgingstehuis aan of in nabijheid hiervan. Personen woonachtig in een wooncentrum kunnen vaak gebruikmaken van de zorgdiensten van een verzorgingstehuis (Molenaar & Sikkel-Spierenburg, 2003). Een voordeel van de bovengenoemde woonvormen (beschut wonen) is dat senioren op deze manier makkelijk te lokaliseren zijn.

Vanwege praktische overwegingen werd Enschede als uitvalbasis gekozen om het onderzoek plaats te laten vinden. Wanneer gekeken werd naar het huren van woonruimte dan is Domijn één van de grootste woningcorporaties in Enschede. Deze woningcorporatie zorgt voor 11.000 huishoudens in Enschede voor een woon- en leefklimaat. Via de website van deze woningcorporatie (www.domijn.nl) bleek te achterhalen welke huizen zijn aangewezen als 55+woningen. Deze website leende zich dus met uitstek voor het bepalen van de woonlocaties van senioren. Respondenten die in dit onderzoek werden betrokken dienden ouder als 65 jaar te zijn. Er werd daarom tijdens de benadering van senioren duidelijk naar hun leeftijd gevraagd.
Voor een overzicht van de huizen die hiervoor in aanmerking kwamen zie bijlage 2. In totaal werden 92 woningen hiervan afgeleid. Een andere manier die ingezet werd om seniorenwoningen te achterhalen was via de onderzoekers eigen familie, kennissen en vrienden. Ook is de onderzoeker zelf woonachtig in het stadsdeel Stadsveld. Deze wijk kent de onderzoeker goed en zodoende wist de onderzoeker waar seniorenwoningen in deze wijk stonden. Voor deze manier is gekozen zodat men zo min mogelijk afhankelijk werd van instanties die gegevens zouden moeten verschaffen.

Naast tijd speelde een andere praktische overweging, de ligging, ook een rol voor selectie van deze seniorenwoningen. In tabel 5 wordt aangegeven welke locaties zijn bezocht in Enschede.

Tabel 5 Bezochte locaties koop- en huurwoningen en 'beschut wonen' in Enschede

Wijk	Locatie	Woonvorm
Stadsveld	Hoff Vogelsang	koopappartementen voor ouderen
Stadsveld	Hoff Boekholt	koopappartementen voor ouderen
Stadsveld	Elferinksweg	huur seniorenwoningen
Stadsveld	De Haetteler	wooncentra
Stroinkslanden	De Veldhof	wooncentra
Twekkelerveld	De Twekkelerveld	wooncentra
Velve	Het Lindenhof	serviceflat

Voor het hoofdonderzoek werd in deze wooncentra's selectief aangebeld bij een aantal personen met de vraag of zij wilden meewerken. Daarnaast werd er een poging gedaan om bij een serviceflat in Enschede respondenten te werven. Dit om zodoende ook financieel draagkrachtige personen in het onderzoek te betrekken. Dit bleek echter niet haalbaar, omdat er voor de onderzoeker geen mogelijkheid was om binnen te komen. Er werd toen via aanbellen getracht om respondenten te werven, maar dit leidde tot veel afwijzingen. Hierdoor werd deze methode vervolgens niet voortgezet.

3.1.2 Pretesten vragenlijst

Na het achterhalen van voldoende woonlocaties van ouderen was het mogelijk de volgende stap in het vooronderzoek uit te voeren. Dit betrof de pretest van de vragenlijst. Voor het inzetten van een vragenlijst werd gekozen door de simpliciteit van de methode, het gemak van de toepassing en de directheid van de interpretatie (Clampitt, 2000). Ook werd voor een vragenlijst gekozen door het aantal respondenten die men trachtte te bereiken en het aantal vragen die gesteld werden. Daarnaast bleek de vragenlijst geschikt om motieven, houdingen en gedrag van een bepaalde groep personen te achterhalen (Swanborn, 1994). Door het inzetten van deze methode werd het mogelijk om oudere personen in het onderzoek te betrekken die een minder goed gehoor en/of spraak hebben. Een mogelijk nadeel van het gebruik van een vragenlijsten is dat men van zelfrapportage dient uit te gaan. In de vragenlijst werd bijvoorbeeld aan de personen zelf gevraagd of zij een oproep hebben gehad en of zij hieraan gehoor hebben gegeven. De ideale situatie is om deze gegevens te verkrijgen van andere informatiebronnen, zoals bijvoorbeeld uit medische dossiers. De gegevens vanuit dossiers zijn echter privacy gevoelig. Gezien het doel van het onderzoek was het niet van belang dat hele medische dossiers opgevraagd zouden worden. Daarnaast zal het inzetten van deze manier voor het verkrijgen van vaccinatiegegevens leiden tot tijdrovend werk. Daarom werd er gekozen om zelf aan de personen te vragen naar de oproep en of zij hieraan gehoor hebben gegeven. Kroneman, Van Essen, Tacken, Paget, Verheij (2003) hebben onderzocht of een populatieonderzoek betrouwbare influenza vaccinatiegraden onder risicogroepen verschaffen. Dit is onderzocht door te kijken of de data verkregen vanuit het populatieonderzoek vergelijkbaar was met data vanuit het Nationale Informatie Netwerk van Huisartsen (LINH) en cijfers van het Centraal Bureau Statistiek (CBS). De resultaten van dit populatieonderzoek zijn vergelijkbaar met de andere informatiebronnen (LINH & CBS). De conclusie van dit onderzoek is dan ook dat een relatief korte vragenlijst voldoende inzicht geeft in de vaccinatiegraden onder risicogroepen. Dit geeft vertrouwen in het inzetten van vragenlijsten om vaccinatiegraden te achterhalen. Ook uit het onderzoek van Mac Donald, Baken, Nelson & Nichol (1999) blijkt dat zelfgerapporteerde vaccinatie status een betrouwbare maat is voor het achterhalen van de vaccinatiegraad.

Alvorens de vragenlijst werd afgenomen onder een groot aantal respondenten werd getracht de kwaliteit van de vragenlijst te vergroten. Dit werd gedaan door het inzetten van een pretest. Volgens Demaio, Rothgeb & Hess (1998) wordt het steeds gebruikelijker om het instrument tijdens het ontwerpproces zelf te testen. Een andere mogelijkheid van het inzetten van een pretest is het vergoten van de validiteit. Onder validiteit kan worden verstaan: meet men, wat men wil meten? (Hargie & Tourish, 2000). Het doel van een pretest is het vinden van een balans tussen de onderzoeksdoelen en informatiebegrip en informatieverwerking van de respondent. De pretest geschiedde onder drie senioren ouder dan 65 jaar (2 mannen en 1 vrouw). Het betrof één persoon van 66 jaar, die niet van plan was om een griepprik te nemen en twee personen die wel van plan waren om een griepprik te nemen met de leeftijd van 71 en 82 jaar. De drie personen waren allen woonachtig in Enschede. Eén persoon was een bekende van de onderzoeker en woont zelfstandig in een eengezinswoning. De andere twee personen hebben hun medewerking verleent doordat de onderzoeker hen persoonlijk benaderde in een zorgcomplex te Enschede (waar deze personen ook woonachtig waren). De drie personen varieerden in leeftijd. Dit gaf als mogelijkheid om te kijken of personen van verschillende leeftijden de vragenlijst aankonden. De respondent diende allereerst de vragenlijst in te vullen. Daarna diende de respondent plussen en minnen te plaatsen bij zaken die men positief vond en zaken die men negatief vond. Bij de instructie van de pretest werd duidelijk gemaakt dat plussen en minnen overal bij geplaatst konden worden en dat het ging om de mening van de respondent (geen verkeerde antwoorden mogelijk). Na het plaatsen van de plussen en minnen werden de geplaatste plussen en minnen stuk voor stuk besproken. De respondenten kregen daarna de mogelijkheid om toe te lichten waarom zij plussen en minnen geplaatst hadden. De plussen en minnen en de uitleg ervan gaven zaken aan die aanleiding konden vormen voor revisie van het instrument (De Jong & Schellens, 1997). De respondent was geheel vrij in het plaatsen van plussen en minnen. Een voordeel hiervan was dat de respondent al zijn opmerkingen kon uitten. Een nadeel is echter dat men afhankelijk werd van de motivatie van de respondent. Indien een respondent geen zin had, moeilijk vond om opmerkingen te geven etc., dan was het mogelijk dat deze vorm van pretesten weinig informatie opleverde. Om dit nadeel te ondervangen werd deze methode aangevuld met enkele vragen die betrekking hadden op de inhoud, vormgeving, begrijpelijkheid, volledigheid en de uitvoerbaarheid. Deze vragen werden gesteld indien een aantal zaken nog niet aan de orde waren gekomen tijdens de plus en min-methode. Dit gaf de onderzoeker de mogelijkheid om achter andere relevante informatie te komen.

Met betrekking tot de resultaten van de pretest werden een aantal aanpassingen verricht in de vragenlijst. In bijlage 3 wordt een overzicht gegeven van de opmerkingen (minnen en andere problemen) en de aanpassingen die doorgevoerd zijn in de vragenlijst. Over de volledigheid (inhoud) hadden de respondenten geen commentaar. Ze bleken geen vragen gemist te hebben. De vormgeving werd gewaardeerd met mooi en duidelijk. De indeling met de verschillende kleuren grijs gaven goed aan wanneer het om vragen ging of om instructie. Wat betreft de begrijpelijkheid van het instrument werden enkele aanpassingen gemaakt. Vaak bleek dit een extra woord toevoegen (bijvoorbeeld ik denk, of zet een getal op de stippellijn etc.) De volledigheid van het instrument werd vergroot door bij enkele vragen aan te geven dat er een getal ingevuld moest worden of dat men slechts één antwoord mag aankruisen. De uitvoerbaarheid werd vergroot door de volgorde van de vragen aan te passen.

De respondenten waren ongeveer 20-25 minuten bezig met het invullen van de vragenlijst. Dit was afhankelijk van met welke sociale relaties de respondenten omgingen en de snelheid waarmee zij werkten. Indien een persoon geen partner meer had dan konden de vragen die ingingen op de partner overgeslagen worden. De respondenten gaven na het uitvoeren van de pretest aan dat zij de vragenlijst zelfstandig konden invullen. De persoon van 82 jaar gaf aan dat zij nog goed zelfstandig en erg goed 'bij' was. Volgens de persoon speelde dit mee of men daadwerkelijk mee zou willen doen aan het onderzoek. De drie personen konden de vragenlijst aan.

3.2 Hoofdonderzoek

Het hoofdonderzoek is een kwantitatief onderzoek. De schriftelijke vragenlijst werd ingezet als onderzoeksmethode van het hoofdonderzoek.

3.2.1 Inhoud vragenlijst

De vragenlijst bestaat uit 117 vragen. Er zal nu worden ingegaan op de inhoud van deze vragen. In bijlage 4 is de vragenlijst te vinden.

Vragen over inenting influenza afgelopen tijd

Het eerste onderdeel bevatte vragen over de inenting tegen influenza van afgelopen jaren. Het gaat hier om de vragen 1 t/m 6 van de vragenlijst. Er werd gevraagd of men een oproep heeft gehad en of men zich in 2003 heeft laten inenten tegen de griep. Hierop kon men antwoorden met ja en nee. Daarna werd gevraagd hoe vaak men de afgelopen vijf jaar een oproep heeft gehad voor de griepprik en hoe vaak men in het afgelopen vijf jaar zich heeft laten inenten tegen de griep. Hierop kon men antwoorden door het aantal (0 t/m 5 keer) aan te kruisen. De laatste twee vragen gingen in op de bijwerkingen die men heeft gehad van de griepprik en of men de griep heeft gekregen ondanks dat men ingeënt was. Men kon op deze vragen antwoorden door ja of nee aan te kruisen.

Sociaal cognitieve factoren

Het tweede onderdeel van de vragenlijst omvat determinanten die een rol kunnen spelen bij het vaccinatiegedrag. Op deze stellingen kom men antwoorden met behulp van een Likert-schaal (vijfpuntschaal), waarbij de score 1 staat voor helemaal mee oneens en de score 5 voor helemaal mee eens. Er is gebruik gemaakt van de Theory of Planned Behavior (TPB) en de Protectie Motivatie Theorie (PMT).

Attitude (TPB)

Bij de vragen 7 en 8 werd gevraagd naar de attitude ten opzichte van het influenza vaccinatiegedrag. De inhoud van de vragen betrof: 'ik vind het verstandig om te vaccineren tegen de griep' en 'ik vind vaccineren tegen de griep zinvol'.

Subjectieve norm (TPB)

De subjectieve norm bestond uit 5 vragen die ingingen op de 'sociale norm' en 5 vragen die ingingen op de 'motivation to comply'. Er werd onderscheid gemaakt in de volgende relaties: partner, huisarts, kind(eren), broer(s) en zus(sen), vrienden en buren. Bij de vragen 36, 47, 60, 74, 86 werd gevraagd naar de sociale norm, bijvoorbeeld 'mijn partner vindt dat ik een griepprik zou moeten halen'. Bij de 'motivation to comply' werd er gevraagd naar hoe belangrijk zij de mening van de sociale relatie vonden (vragen 37, 48, 61, 75, 87). Bijvoorbeeld 'ik hecht veel waarde aan de mening van mijn partner'. De scores van de 'motivation to comply' werden veranderd van 1 t/m 5 in de scores –2 t/m +2.

Intentie (TPB) / Protectie motivatie (PMT)
De intentie van de TPB was gelijk aan de protectie motivatie van de PMT. Deze twee componenten meten hetzelfde. In de rest van het verslag zal daarom worden gesproken van intentie. In totaal werd door drie items gevraagd naar de intentie (vragen 32 t/m 34). Bijvoorbeeld: 'als ik een oproep krijg voor de griepprik, dan zal ik deze prik gaan halen'.

Waargenomen responseffectiviteit (PMT)
Bij vier vragen werd er gevraagd naar de voordelen die men ziet aan het halen van de griepprik. Er werd hier dan verwezen naar de effectiviteit indien men het respons zal uitvoeren (vragen 9 t/m 12). Bijvoorbeeld: 'ik denk dat het halen van een griepprik kan voorkomen dat ik de griep krijg'.

Waargenomen reponskosten (PMT)
De vragen 13 t/m 16 gingen in op de nadelen die aan het uitvoeren van het gedrag kleven. Bijvoorbeeld 'ik denk dat het halen van een griepprik bij mij leidt tot hoofdpijn' of ' ik vind het nemen van een griepprik pijnlijk'.

Waargenomen waarschijnlijkheid (PMT)
De vragen 17 en 18 gingen nader in op de waarschijnlijkheid tot het krijgen van griep. Bijvoorbeeld: 'als ik geen griepprik neem dan heb ik een grote kans op het krijgen van griep'.

Ernst (PMT)
Drie vragen (vragen 19 t/m 21) gingen in op hoe ernstig men het krijgen van griep vond. Bijvoorbeeld ' voor mensen van mijn leeftijd is griep een ernstige ziekte'.

Angst (PMT)
De angst die het krijgen van de ziekte griep oproept voor een respondent werd bevraagd met de vragen 22 t/m 24. Bijvoorbeeld 'de gedachte aan het krijgen van griep is voor mij beangstigend'.

<u>Demografische factoren</u>
Demografische factoren bevroegen zaken die de onderzoekspopulatie beschreven (vragen 104 t/m 117). Geslacht, leeftijd en opleiding werden bevraagd in de vragenlijst. Andere factoren zijn burgerlijke staat, verzekering, eigen gezondheid, lichaamsbeweging, roken en risicoziekten.

<u>Culturele factoren</u>
De 'erroneous beliefs' oftewel de mythen over de griepprik behoren tot de culturele factoren.

Erroneous beliefs
De mythen omtrent de griepprik werden bevraagd met de vragen 25 t/m 31. Er is bijvoorbeeld gevraagd of 'de griep veroorzaakt wordt door op de tocht te zitten'. Een andere mythe die bevraagd werd: 'ouderen met een goede gezondheid hebben geen griepprik nodig'. Hierop kon men antwoorden met behulp van een vijfpunt schaal. Voor de andere mythen wordt verwezen naar bijlage 4.

Sociale omgeving factoren:
De sociale omgeving factoren gingen dieper in op de invulling van de sociale omgeving.

Sociale omgeving
Dit onderdeel ging dieper in op het netwerk van senioren. Er werden vragen gesteld over de omvang van de sociale omgeving en de intensiteit van de relaties. Dit werd gedaan om de communicatiepatronen met betrekking tot de ziekte griep en de griepprik te achterhalen en het advies van sociale relaties te bepalen.
Er was een deel dat inging op de partner (vragen 35-45), de huisarts (vragen 46- 57), de kinderen (vragen 58-69), de broers en zussen (vraag 70-83) en de vrienden en buren (vraag 84-95). Allereerst werd gevraagd of deze personen daadwerkelijk in de omgeving van de respondent bevonden, hoeveel dat er dan waren (dit werd niet gedaan bij het deel van de partner en de huisarts) en hoe vaak men per week praat over persoonlijke zaken (zoals wensen, interessen etc.). Men kon hierop antwoorden: nooit, 1 keer per week, 2-3 keer per week, 4-6 keer per week of dagelijks (score 0 t/m 4). Daarna werd ingegaan op: hoe vaak men praat over de griep en de griepprik, hoe vaak de personen in de omgeving van de respondent zelf een griepprik halen (gedrag per sociale relatie bijvoorbeeld partner) en of de sociale relaties wel eens de voordelen of nadelen van de griepprik benadrukken. Op deze vragen kon geantwoord worden met nooit, soms, vaak, heel vaak (score 1 t/m 4) (of altijd i.p.v. heel vaak en weet niet (score 0) erbij voor vragen die ingaan op het voorbeeldgedrag). Daarna kwamen vragen die ingingen op het krijgen van advies, waarbij score –1 voor afraden staat, 0 voor geen raad en +1 voor het aanraden van de griepprik. Indien een respondent voorlichting van de huisarts had gehad over influenza en de vaccinatie (het gaat hier dus om persoonlijk advies (score 0=nee, 1=ja) dan diende men ook stellingen te beantwoorden die trachten te achterhalen hoe men deze voorlichting vond. De stellingen bevroegen of de huisarts goede voorlichting gaf over de vatbaarheid en de gevolgen van de griep. Ook werd gevraagd of de huisarts goede voorlichting gaf over de voor- en nadelen van de griepprik. Op deze stellingen kon men antwoorden op een vijfpuntschaal.

Kennis over de griep en de griepprik
Dit onderdeel omvatte kennisvragen met betrekking tot de influenza vaccinatie (vragen 96 t/m 103). Allereerst werd gevraagd of men een eigen inschatting kon geven over de kennis met betrekking tot de ziekte griep. Hierop kon men antwoorden op een vijfpuntschaal die liep van erg slecht- slecht- niet goed/niet slecht- goed- heel goed.
Daarna werd gevraagd welke symptomen het beste de ziekte influenza beschrijven. Vijf antwoordmogelijkheden met verschillende symptomen oftewel ziektebeelden van influenza stonden in de vragenlijst aangegeven en een 'ik weet niet' antwoordmogelijkheid. De respondent kon hierop antwoorden door één antwoord aan te kruisen die volgens hen het beste het ziektebeeld van influenza beschreef. De vragen 98-103 zijn kennisstellingen met betrekking tot de griepprik. Hierop kon men antwoorden door ja, nee en ik weet het niet aan te kruisen.

3.3 Procedure
De gegevens verkregen van het vooronderzoek werden ingezet ten behoeve van het benaderen van senioren. Senioren woonachtig in Enschede werden in de periode 22 september 2004 tot 29 oktober 2004 benaderd om mee te werken aan dit onderzoek. Drie manieren zijn ingezet om respondenten te werven.

Manier 1: persoonlijke benadering langs de deuren
De persoonlijke benadering bleek mogelijk wanneer de woonlocaties van ouderen bekend waren. De persoonlijke benadering ging als volgt in zijn werk: na het aanbellen en de introductie van het onderzoek kon de respondent deelnemen aan het onderzoek.

Er werd verteld dat het invullen van de vragenlijst ongeveer 20 minuten duurde en dat de respondent één week de tijd kreeg om deze vragenlijst in te vullen. Na het verstrijken van één week werd de vragenlijst ook weer opgehaald bij de persoon. Bij de vragenlijst werd een envelop toegevoegd. De envelop kon de respondent dan dichtplakken, zodat de anonimiteit van de respondent gewaarborgd kon worden. De bedoeling van het inzetten van de vragenlijst was dat de persoon deze zelfstandig kon invullen.

Voor het persoonlijk benaderen en het afhalen werd gekozen vanwege praktische overwegingen en met name het kostenaspect (printkosten, portokosten etc.). Door persoonlijke benadering en door het persoonlijk weer ophalen van de vragenlijst konden deze kosten in de hand worden gehouden. Op deze manier kregen alleen de personen die daadwerkelijk mee wilden werken aan het onderzoek de vragenlijst. In bijlage 5 is te vinden wat de procedure voor het benaderen van personen was.

Daarnaast werd voor deze persoonlijke manier van benaderen gekozen, omdat veel ouderen wellicht graag een praatje willen maken. Op deze manier werd dat mogelijk en kon de persoon zien wie het onderzoek uitvoert. De respondenten konden indien ze tijdens het invullen tegen problemen aanliepen de onderzoeker bereiken onder een mobiel nummer. De onderzoeker noteerde dan naam en telefoonnummer en belde de persoon terug. Dit om voor de respondent kosten te besparen.

Tijdens de ronden aan de deur werd er gebruik gemaakt van het benaderingsformulier. Op dit formulier stonden de straten en huisnummers van seniorenwoningen die benaderd konden worden. Daarnaast kon op dit formulier worden aangegeven of men de persoon benaderd had, niet thuis aantrof en of men wilde deelnemen aan het onderzoek. Ook kon vermeld worden wanneer de vragenlijst weer opgehaald moest worden. Een voorbeeld van een benaderingsformulier is te vinden in bijlage 6. De afspraak voor het ophalen van de vragenlijst werd voor de respondent op de voorkant van de vragenlijst geschreven. Dit werd gedaan zodat de respondent de afspraak op papier had en deze niet zou vergeten. Het afspreken van een datum en tijdstip werd in overleg met de respondent gedaan. Tijdens deze ophaalronden is er aan de respondent gevraagd of men het invullen moeilijk vond en of alles ingevuld was. Om onbruikbare vragenlijsten te voorkomen is besloten om te controleren of alle vragen zijn ingevuld. Hiervoor werd eerst toestemming gevraagd aan de respondent. Indien een aantal zaken niet waren ingevuld dan werd dit gezamenlijk met de onderzoeker gedaan.

Indien een respondent niet aanwezig was op het afgesproken tijdstip dan werd een mededeling door de brievenbus van de respondent gedaan. In deze mededeling stond vermeld dat de onderzoeker de respondent niet in huis aantrof voor het retourneren van de vragenlijst. In deze mededeling werd dan een andere datum en tijdstip voorgesteld voor teruggave van de vragenlijst. In de mededeling stond een telefoonnummer mocht het tijdstip niet schikken. Deze mededeling is te vinden in bijlage 7.

Een probleem waar de onderzoeker tegenop liep tijdens de afname was dat ouderen wel wilden meewerken, maar dat ze het invullen van een vragenlijst geen prettige manier vonden, of dit daadwerkelijk niet konden (vanwege zicht, zere handen etc.).

Veel personen bleken wel bereid om mee te werken indien de onderzoeker de vragen voorlas en de antwoorden voor hen aankruiste. Er is besloten om deze personen toch deel te laten nemen. Dit om toch een redelijk aantal respondenten te krijgen. De onderzoeker nam de vragenlijst dan meteen af of maakte een afspraak om de vragenlijst samen in te vullen. Tijdens deze afname las de onderzoeker de vragen en de antwoordmogelijkheden voor en de respondenten konden dan aangeven welk antwoord voor hen van toepassing was. De onderzoeker kruiste dan aan welk antwoord zij hadden gegeven. Een taak die tijdens deze vorm van afname belangrijker werd was dat de onderzoeker geduldig bleef (geen antwoorden in de mond leggen) en dat de onderzoeker de aandacht van de respondenten bij de vragenlijst liet houden.

Eén week na retourneren van de eerste vragenlijsten heeft de onderzoeker bekeken wat de respons was (verhouding wel griepprik nemen tot geen griepprik nemen). Het aantal personen die wel een griepprik nam bleek groter dan personen die dit niet namen. Dit heeft ertoe geleid dat andere manieren zijn ingezet.

Manier 2: het plaatsen van oproepen
Om te voorkomen dat alleen griepprikkemers deel namen aan het onderzoek werd besloten om gericht te zoeken naar ouderen die geen gebruik maakten van de griepprik.

Er werd toen besloten om oproepen op te hangen op plaatsen die ouderen bezoeken. Door het verloten van twee cadeaubonnen werd getracht de respondenten te motiveren voor hun deelname. De oproep is te vinden in bijlage 8 en een overzicht van de plaatsen waar de oproepen zijn geplaatst staan beschreven in bijlage 9. Voor het plaatsen van de oproepen werd eerst goedkeuring gevraagd aan de instellingen. Indien zij dit goedkeurden werd de oproep opgehangen. Een aantal instellingen (doktoren en een apotheek) verleenden geen goedkeuring. In totaal werden op tien plaatsen oproepen opgehangen. Daarnaast werd een oproep in de kleintjeskrant geplaatst in de Twentsche Courant Tubantia van 2 oktober 2004. Dit betrof de zaterdageditie van deze krant. Ook op de digitale kleintjeskrant van Twentsche Courant Tubantia werd een oproep geplaatst. In beide oproepen stond vermeld dat een student aan Universiteit Twente personen zocht die geen gebruik maakten van de griepprik. Daarnaast zijn nog meer digitale oproepen op internet geplaatst. Voor een overzicht van de websites waar deze oproepen op hebben gestaan wordt verwezen naar bijlage 9. Uit een internetmonitor onderzoek gehouden vanaf 1995 blijkt dat een kwart van de Nederlandse 65-plussers wekelijks op internet te vinden is (Trendbox, 2004). In vergelijking met 2003 blijkt dat slechts 13% van de 65-plussers zich minimaal één keer per week op internet te bevinden. De cijfers afkomstig van februari 2004 laten de digitale doorbraak van de oudere Nederlander zien, ondanks dat een grote groep ouderen zich nog niet op het internet bevinden. Cijfers van het CBS (2004) geven aan dat ouderen in de leeftijdscategorie 65-74 jaar, 32% thuis een Personal Computer (PC) heeft met een internet aansluiting. Van de ouderen in de leeftijdscategorie 75 jaar of ouder heeft 11% een PC met een internet aansluiting (CBS, 2004a). Deze cijfers geven vertrouwen in dat het inzetten van oproepen op internet een mogelijke manier is om ouderen te benaderen en te werven voor dit onderzoek.

Het plaatsen van deze oproepen op internet zorgde ervoor dat niet alleen personen uit Enschede zouden reageren. Dit kunnen personen zijn afkomstig uit heel Nederland. De persoon kon zich opgeven via een emailadres. Als een persoon zich opgaf dan werd deze e-mail beantwoord met een dankwoord en werd de digitale vragenlijst bijgevoegd. Ook werd in deze e-mail instructies gegeven over het invullen en het retourneren van de digitale versie. In de e-mail werd ook vermeld dat als een persoon de digitale manier van invullen onprettig vond dat dan een papieren versie met retourenvelop opgestuurd kon worden. Deze keuze werd geheel overgelaten aan de respondent. De computerbedrevenheid van de respondent werd bij het invullen van de digitale versie belangrijker. Als een respondent voorkeur had voor een papieren versie van de vragenlijst dan werd er een vragenlijst met een gefrankeerde retourenvelop naar de respondent gestuurd. Bij deze papieren versie zat dan tevens een begeleidende brief. Deze begeleidende brief is te vinden in bijlage 10.

Manier 3: participanten achterhaald via kennissenkring
Tot slot werden mogelijke participanten achterhaald via de kenniskring van de onderzoeker.

3.4 Onderzoekspopulatie

Voor deelname aan het onderzoek werden de volgende inclusiecriteria verbonden:
1) ouder zijn dan 65 jaar
Men diende ouder dan 65 jaar te zijn. Dit omdat deze personen al een keer een oproep van de dokter hebben gehad om een influenza vaccinatie te halen. Indien men bijvoorbeeld net 65 jaar is geworden dan is het mogelijk dat men dit jaar nog geen oproep heeft gehad voor de vaccinatie (tenzij men tot een risicogroep behoort). Omdat dit onderzoek zich niet in zijn geheel richt op risicogroepen, maar ook op de gezonde ouderen werd deze leeftijdseis gesteld.
2) mogelijkheid om zelfstandig de vragenlijst in te vullen
Personen dienden geen analfabeet te zijn. De mogelijkheid om zelfstandig de vragenlijst in te vullen werd gesteld voordat de ronden langs de deur gemaakt werden. Er bleken toch personen die graag wilden meewerken, maar om een of andere reden niet de vragenlijst zelfstandig konden invullen (zie paragraaf 3.3). Om (voldoende) deelname te verkrijgen is besloten om deze personen te helpen bij het invullen van de vragenlijst. Maar allereerst werd geprobeerd of respondenten niet zelfstandig de vragenlijst konden invullen. Bijvoorbeeld als een persoon zei dat ze slecht kon schrijven dan werd gezegd dat het invullen gebeurde door het aankruisen van de antwoordmogelijkheden en dat schrijfwerk niet nodig was.

De respondenten die benaderd werden aan de deur waren allen afkomstig uit Enschede. Personen die via de oproep in de krant reageerden konden afkomstig zijn uit geheel Twente. Respondenten die via de internet oproep reageerden konden afkomstig zijn uit geheel Nederland.

Hoofdstuk 4. Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten van het onderzoek besproken. Allereerst worden enkele kenmerken van de onderzoekspopulatie behandeld, waarbij ook gekeken wordt naar het halen van een griepvaccinatie en de gezondheidskenmerken van de onderzoekspopulatie. Daarna wordt overgegaan op de sociaal cognitieve factoren, de demografische factoren, de culturele factoren en de relatie met het vaccinatiegedrag van senioren. Na het bespreken van deze factoren zal dieper worden ingegaan op de sociale omgeving van ouderen. Tot slot wordt geëindigd met een regressie analyse. Deze analyse brengt in kaart welke factoren de intentie van het gedrag bepalen.

4.1 kenmerken onderzoekspopulatie

Er werden in totaal 112 enquêtes afgenomen. Daarvan bleken 4 enquêtes niet bruikbaar. Twee respondenten bleken jonger dan 65 jaar en 2 respondenten hadden slechts bepaalde delen van de enquête ingevuld. Deze vier enquêtes werden buiten beschouwing gelaten. 108 enquêtes bleken bruikbaar, 99 enquêtes bleken afkomstig van respondenten uit Enschede en 9 enquêtes bleken afkomstig van respondenten uit andere plaatsen. Voor een overzicht van deze plaatsen wordt verwezen naar tabel 6. Drie verschillende manieren zijn ingezet om respondenten te werven. De eerste manier, de persoonlijke benadering langs de deuren, heeft ertoe geleid dat 82 (76%) respondenten wilden meewerken aan het onderzoek. De tweede manier, het plaatsen van oproepen, heeft ertoe geleid dat 15 (13,8%) respondenten geworven zijn voor het onderzoek. Tot slot de derde manier, het achterhalen van participanten via kenniskring, heeft tot 11 participanten geleid (10,2%). De gegevens betreffende de onderzoekspopulatie zijn in onderstaande tabel weergegeven (tabel 6).

Tabel 6 Kenmerken onderzoekspopulatie (n=108)

		n	%
Geslacht	man	45	41,7%
	vrouw	63	58,3%
Leeftijd	65 t/m 70 jaar	46	42,6%
	71 t/m 75 jaar	43	39,8%
	76 t/m 80 jaar	19	17,6%
	Gemiddelde leeftijd	73 jaar	
Verzekering	ziekenfonds	86	79,6%
	particulier	22	20,4%
Burgerlijke staat	alleenstaand/ gescheiden	19	17,6%
	getrouwd/ samenwonend	56	51,9%
	Weduwe/ weduwenaar	33	30,6%
Opleiding	basisonderwijs/geen	56	51,9%
	beroepsonderwijs	37	34,3%
	hbo/ universitair	15	13,9%
Plaats	Enschede	99	91,7%
	Almelo	1	0,93%
	Wierden	1	0,93%
	Vroomshoop	1	0,93%
	Haaften	1	0,93%
	Amsterdam	1	0,93%
	Almere	1	0,93%
	Spaarndam	1	0,93%
	Steenwijk	1	0,93%
	Lemmer	1	0,93%

De verdeling van geslacht was niet geheel gelijk. Meer vrouwen hebben deelgenomen aan het onderzoek. Dit verschil betrof 16,7% (n=18) meer vrouwen dan mannen. De leeftijd varieerde tussen de 65 en 88 jaar. De gemiddelde leeftijd kwam uit op 73 jaar. De meerderheid van de respondenten bleken zich te bevinden in de leeftijdscategorie die liep van 65 t/m 70 jaar. De meerderheid van de respondenten had geen onderwijs of basisonderwijs genoten, bleek getrouwd of samenwonend te zijn, verzekerd via het ziekenfonds en afkomstig uit Enschede. De verdeling van de respondenten over het wel of niet ontvangen van een oproep en het nemen van een griepprik in 2003 wordt in de onderstaande tabel weergegeven.

Tabel 7 Oproep en griepvaccinatie van de onderzoekspopulatie (n=108)

		n	%
Oproep gehad in 2003	ja	98	90,7%
	nee	10	9,3%
Vaccinatie gehad in 2003	ja	72	66,7%
	nee	36	33,3%
Oproep griepprik afgelopen 5 jaar	0 keer	7	6,5%
	1 keer	7	6,5%
	2 keer	10	9,3%
	3 keer	7	6,5%
	4 keer	5	4,6%
	5 keer	72	66,7%
Griepprik gehad afgelopen 5 jaar	0 keer	33	30,6%
	1 keer	6	5,6%
	2 keer	5	4,6%
	3 keer	3	2,8%
	4 keer	4	3,7%
	5 keer	57	52,8%
Bijwerkingen van de griepprik	ja	19	17,6%
	nee	56	51,9%
	n.v.t.	33	30,6%
Griep ondanks griepprik	ja	23	21,3%
	nee	52	48,1%
	n.v.t.	33	30,6%

De meerderheid bleek een oproep te hebben gehad voor de griepprik en gaf in het jaar 2003 hieraan gehoor. Eén derde deel nam in het jaar 2003 geen griepprik. Voor het vaccinatiegedrag van de afgelopen vijf jaar bleek de meerderheid de afgelopen vijf jaar een oproep te hebben gehad. 52,8% bleek in de afgelopen vijf jaar een griepprik te hebben gehad. 30,6% gaf aan geen gebruik te maken van de griepprik de afgelopen vijf jaar. Bijwerkingen van de griepprik werd door de meerderheid niet ervaren. 23 (31%) van de 75 griepprikneмers bleek griep te hebben gehad. Wanneer gekeken werd naar de samenhang tussen het hebben gehad van een oproep in 2003 en het laten inenten in 2003, dan bleek dat er een verband bestond tussen het krijgen van een oproep en het laten inenten (χ^2 =22, df=1, p< 0,001). Griepprikneмers ontvingen allen een oproep (n=72). Van de niet-griepprikneмers (n=36) ontvingen 26 (72,2%) respondenten toch een oproep. 10 (27,8%) respondenten ontvingen geen oproep en lieten zich niet vaccineren.

4.2 Kenmerken onderzoekspopulatie en influenza vaccinatie

Bestaan er verschillen tussen personen die zich wel of niet laten enten en het geslacht, leeftijd, verzekering, burgerlijke staat en opleiding? In tabel 8 worden deze resultaten weergegeven.

Tabel 8 Kenmerken onderzoekspopulatie uitgesplitst naar wel of niet vaccineren (n=108)

Kenmerken onderzoekspopulatie		Wel griepprik (n=75)		Geen griepprik (n=33)		Verschil groepen
		n	%	n	%	
Geslacht	man	33	44,0%	12	36,4%	χ^2 = 0,55
	vrouw	42	56,0%	21	63,6%	df=1
						p>0.05
Leeftijd	65 t/m 70 jaar	30	40,0%	16	48,5%	χ^2 = 3,46
	71 t/m 80 jaar	34	45,4%	9	27,3%	df=2
	81 t/m 88 jaar	11	14,6%	8	24,2%	p>0.05
Verzekering	ziekenfonds	56	74,7%	30	90,9%	χ^2 =3,73
	particulier	19	25,3%	3	9,1%	df=1
						p>0,05
Burgerlijke staat	alleenstaand/ gescheiden	15	20,0%	4	12,1%	χ^2 =1,68
	getrouwd / samenwonend	36	48,0%	20	60,6%	df=2
	weduwenaar	24	32,0%	9	27,3%	p>0.05
Opleiding	Basisonderwijs of minder	45	60,0%	11	33,3%	χ^2 =7,33
	beroepsonderwijs	20	26,7%	17	51,5%	df=2
	hbo/ universitair	10	13,4%	5	15,2%	p<0.05

De verdeling van griepprikkemers en niet-griepprikkemers werd afgeleid van de vraag hoe vaak men in de afgelopen vijf jaar een griepprik heeft gehaald. Personen die bij deze vraag aangaven dat zij nul keer in vijf jaar een griepprik namen, werden aangewezen als niet-griepprikkemers. Dit zijn dus personen die ondanks het krijgen van een oproep geen gebruik maken van de griepprik (n=33). Wanneer het wel en geen griepprik nemen en het verband met de kenmerken van de onderzoekspopulatie bekeken werd, dan bleken er geen significante verschillen te bestaan voor geslacht, leeftijd, verzekering en burgerlijke staat. Tussen het opleidingsniveau van griepprikkemers en niet-griepprikkemers bestond een significant verschil. Uit de kruistabel bleek dat niet-griepprikkemers veelal beroepsonderwijs volgden (51,5%, n=17). Voor de griepprikkemers bleek de opleiding basisonderwijs of minder in de meerderheid (60%, n=45).

4.3 Gezondheidskenmerken onderzoekspopulatie en influenza vaccinatie

Na de cijfers van het vaccineren tegen de griep kan afgevraagd worden wat de gezondheidskenmerken zijn van de ondervraagde respondenten. In tabel 9 wordt een overzicht gegeven van de gezondheid van de onderzoekspopulatie en een onderverdeling naar wel of geen griepprik nemen.

Tabel 9 Gezondheidskenmerken uitgesplitst naar wel of niet vaccineren (n=108)

Gezondheidskenmerken		Wel griepprik (n=75)		Geen griepprik (n=33)		Totaal (n=108)		Verschil groepen
		n	%	n	%	n	%	
Inschatting eigen gezondheid respondent	erg slecht	4	5,3%	0	0,0%	4	3,7%	U= 580,0
	matig	16	21,3%	1	3,0%	17	15,7%	p<0.001
	redelijk	29	38,7%	7	21,2%	36	33,3%	
	goed	25	33,3%	17	51,5%	42	38,9%	
	uitstekend	1	1,3%	8	24,2%	9	8,3%	
	gem. score (sd)	3,04 (0,91)		3,97 (0,77)		3,32 (0,97)		
Lichaams-beweging	nooit	5	6,7%	2	6,1%	7	6,5%	U= 901,5
	1 keer per week	11	14,7%	3	9,1%	14	13,0%	p<0.05
	2-3 keer p.w.	22	29,3%	6	18,2%	28	25,9%	
	4-6 keer p.w.	12	16,0%	0	0,0%	12	11,1%	
	dagelijks	25	33,3%	22	66,7%	47	43,5%	
	gem. score (sd)	3,54 (1,28)		4,12 (1,34)		3,72 (1,32)		
Roken	ja	12	16%	7	21,2%	19	17,6%	χ^2 =0,43
	nee	63	84%	26	78,8%	89	82,4%	df=1
								p>0.05
Risicoziekte								
Suikerziekte	ja	16	21,3%	3	9,1%	19	17,6%	χ^2 =2,37
	nee	59	78,7%	30	90,9%	89	82,4%	df=1
								p>0.05
Hartziekte	ja	17	22,7%	0	0,0%	17	15,7%	χ^2 =8,88
	nee	58	77,3%	33	100%	91	84,3%	df=1
								p<0.001
Longziekte	ja	15	20,0%	2	6,1%	17	15,7%	χ^2 =3,36
	nee	60	80,0%	31	93,9%	91	84,3%	df=1
								p>0.05
Nierziekte	ja	1	1,3%	0	0,0%	1	0,9%	χ^2 =0,44
	nee	74	98,7%	33	100%	107	99,1%	df=1
								p>0.05
Verlaagde afweer door ziekte of medische behandeling	ja	17	22,7%	0	0,0%	17	15,7%	χ^2 =8,88
	nee	58	77,3%	33	100%	91	84,3%	df=1
								p<0.001
Steeds terugkerende steenpuisten	ja	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	-
	nee	75	100%	33	100%	108	100%	
Wel/ geen risicoziekte (totaalscore)	wel risicoziekte	39	52,0%	5	15,2%	44	40,7%	χ^2 =12,89
	geen risicoziekte	36	48,0%	28	84,8%	64	59,3%	df=1
								p<0.001

Toelichting tabel: -= niet mogelijk, variabele constant

De inschatting van de eigen gezondheid door de respondent werd door de meerderheid als goed ingeschat. De meerderheid van de respondenten bleek 2-3 keer of vaker per week aan lichaamsbeweging te doen. Andere ziekten die respondenten ook in aanmerking lieten komen voor een griepprik bleken voor de meerderheid niet van toepassing.

De inschatting van de eigen gezondheid en het wel of niet vaccineren bleek significant. Niet-griepprikkers bleken hun gezondheid significant beter in te schatten dan griepprikkers. Wat betreft lichaamsbeweging werd ook een significant verschil gevonden. De gemiddelde score op lichaamsbeweging van de niet-griepprikkers bleek hoger dan de score van de griepprikkers. Tussen het rookgedrag en het wel of niet nemen van een vaccinatie bestonden geen significante verschillen. Hetzelfde gold voor de risicoziekten: suikerziekte, longziekten en nierziekte. Het hebben van een hartziekte en een verlaagde afweer door ziekte of medische behandeling bleek significant verschillend voor de verschillende groepen. Niet-griepprikkers bleken geen last te hebben van deze aandoeningen. Dit in vergelijking met de griepprikkers. Wanneer gekeken werd naar het hebben van een risicoziekte (totaalscore) en de verschillen tussen griepprikkers en niet-griepprikkers, dan bleken deze groepen significant van elkaar te verschillen. De meerderheid van de niet-griepprikkers bleek geen last te hebben van een risicoziekte.

4.4 Kennis en influenza vaccinatie

De kennis die respondenten hadden over de griep en de griepprik wordt in tabel 10 weergegeven. Wat betreft de kennis over de griep gaf de meerderheid van de ondervraagde onderzoekspopulatie aan dat de eigen kennis over de griep goed of heel goed was. In tabel 10 wordt de kennis over de griep en de griepprik uitgesplitst naar wel of niet vaccineren tegen de griep. De inschatting van de eigen kennis over de ziekte griep en het wel of niet vaccineren bleek voor beide groepen ongeveer gelijk. De meerderheid van de respondenten gaven aan dat de tweede antwoordmogelijkheid van de symptomen van de ziekte griep het correcte antwoord was (69,3%; 75,8%). Deze antwoordmogelijkheid bleek inderdaad het ziektebeeld van de ziekte griep. Verschillen tussen de groepen in de goed beantwoorde kennisitems werden getoetst met een Chikwadraat. Deze bleek niet significant. De kennisvragen 1, 2, 4, 6 (zie tabel 10) die betrekking hadden op de griepprik bleken niet significant. Voor de waarden van de Chikwadraattoets wordt verwezen naar tabel. De scores van de verschillende groepen bleken voor kennisvraag 3 (een griepprik halen heeft alleen zin in koude jaargetijden) en voor kennisvraag 5 (een griepprik werkt alleen goed als men deze haalt, voordat men besmet is) significant van elkaar te verschillen. Uit de kruistabel bleek dat griepprikkers vaker het juiste antwoord gaven dan niet-griepprikkers. Wanneer gekeken werd naar de totaalscore kennis en het wel of geen griepprik nemen dan bleken de groepen niet significant van elkaar te verschillen. De samenhang tussen de inschatting van de eigen kennis en de totaalscore van kennis bleek niet significant. De Pearson's correlatie bleek 0,041 ($p>0.05$). De twee variabelen bleken dus onafhankelijk van elkaar.

Tabel 10 Kennis over de griep en griepprik uitgesplitst naar wel of niet vaccineren

Kennis over de griep en de griepprik		Wel griepprik (n=75)		Geen griepprik (n=33)		Totaal (n=108)		Verschil groepen
		n	%	n	%			
Eigen inschatting kennis over de griep	erg slecht	3	4,0%	2	6,1%	5	4,6%	U= 1038,5 p>0.05
	slecht	6	8,0%	2	6,1%	8	7,4%	
	niet goed/ niet slecht	20	26,7%	14	42,4%	34	31,5%	
	goed	43	57,3%	15	45,5%	58	53,7%	
	heel goed	3	4,0%	0	0,0%	3	2,8%	
	gem. score groep (sd)	3,49 (0,86)		3,27 (0,84)		3,43 (0,86)		
Symptomen griep								
-Verkoudheid, loopneus, zere keel en niezen.		9	12%	4	12,1%	13	12,0%	χ^2 = 0,46 df= 1 p>0.05
-Hoge koorts, hoofdpijn, keelpijn, spierpijn, geen energie.*		52	69,3%	25	75,8%	77	71,3%	
-Erge buikpijn, overgeven en diaree.		2	2,7%	0	0%	2	1,9%	
-Koorts, hoesten met slijm en kortademig.		9	12%	4	12,1%	13	12,0%	
-Weet niet		3	4%	0	0%	3	2,8%	
gem. score groep (sd)		2,27	(0,96)	2,12	(0,78)	2,22	(0,91)	
Kennisvragen								
1. De samenstelling van de griepprik wisselt elk jaar *	ja	32	42,7%	15	45,5%	47	43,5%	χ^2 =0,07 df=1 p>0.05
	nee	5	6,7%	1	3,0%	6	5,6%	
	weet niet	38	50,7%	17	51,5%	55	50,9%	
2. De griepprik zorgt ervoor dat men helemaal geen griep meer krijgt	ja	5	6,7%	0	0,0%	5	4,6%	χ^2 =4,30 df=1 p= 0,20
	nee	50	66,7%	26	78,8%	76	70,4%	
	weet niet	20	26,7%	7	21,2%	27	25,0%	
3. Een griepprik halen heeft alleen zin in koude jaargetijden*	ja	50	66,7%	15	45,5%	65	60,2%	χ^2 =4,30 df=1 p<0.05
	nee	5	6,7%	5	15,2%	10	9,3%	
	weet niet	20	26,7%	13	39,4%	33	30,6%	
4. Een griepprik biedt bescherming voor één winter*	ja	60	80%	22	66,7%	82	75,9%	χ^2 = 2,23 df=1 p>0.05
	nee	4	5,3%	0	0,0%	4	3,7%	
	weet niet	11	14,7%	11	33,3%	22	20,4%	
5. Een griepprik werkt alleen goed als men deze haalt voordat men besmet is met het griepvirus*	ja	57	76%	17	51,5%	74	68,5%	χ^2 = 6,37 df=1 p<0.05
	nee	4	5,3%	3	9,1%	7	6,5%	
	weet niet	14	18,7%	13	39,4%	27	25,0%	
6. Een griepprik biedt direct na inenting een goede bescherming tegen de griep	ja	33	44%	8	24,2%	41	38,0%	χ^2 =0,17 df=1 p>0.05
	nee	23	30,7%	9	27,3%	32	29,6%	
	weet niet	19	25,3%	16	48,5%	35	32,4%	
Totaalscore kennis	Gem. score (sd)	3,63 (1,58)		3,15 (1,75)		3,48 (1,64)		U= 1049,5 p>0.05

Toelichting tabel: *= kennisvraag is juist. Symptomen griep: score voor bepalen van verschillen in goed beantwoorde items is 1=goed beantwoord (antwoord 2), 0=fout beantwoord (antwoord 1, 3, 4, 5). Kennisvragen m.b.t. griepprik: de kennisvragen 2 & 6 zijn onjuist. De score is als volgt: 1= goed beantwoord, score 0= fout beantwoord & weet het niet, verschillen van de goed beantwoorde kennisitems zijn getoetst met een Chikwadraattoets. Totaalscore kennis is berekend over 6 vragen, waarbij 0 staat voor fout beantwoord en 1= goed beantwoord. De totaalscore kan lopen van 0 t/m 6.

4.5 Betrouwbaarheid meetinstrument

Alvorens verder de resultaten van dit onderzoek te bespreken, zal eerst de betrouwbaarheid van een aantal schalen die voorkwamen in de vragenlijst aan de orde worden gesteld. De kwaliteit van de metingen worden aangegeven met behulp van een Cronbach alpha. In tabel 11 staan de alpha's van de schalen weergegeven. Voor de items en de inhoud daarvan wordt verwezen naar de enquête, zie bijlage 4.

Tabel 11 Betrouwbaarheid sociaal cognitieve en culturele factoren

Schaal	n	Cronbach alpha
Attitude	108	0,98
Subjectieve norm	42	0,90
Responseffectiviteit	108	0,90
Responskosten	108	0,74
Waarschijnlijkheid	108	0,85
Ernst	108	0,93
Angst	108	0,91
Gedragsintentie	108	0,93
Erroneous belief	108	0,62

De kwaliteit van de metingen (zie alpha's in tabel 11) bleken vrij hoog. De Cronbach Alpha van de erroneous beliefs schaal bleek als enigste onder de alpha van 0.7 te komen. De rest van de Cronbach's alpha's lieten hogere waarden als 0.7 zien. De betrouwbaarheid van de subjectieve norm bleek niet nauwkeurig te bepalen voor de gehele steekproef. Dit omdat de subjectieve norm inging op belangrijke anderen in de omgeving van de respondent. De relaties die worden meegenomen in de vragenlijst hoefden niet voor alle respondenten van toepassing te zijn. Als men geen kinderen had dan hoefden de vragen met betrekking tot de sociale relatie kinderen niet beantwoord te worden. De n=42 houdt in dat 42 van de 108 respondenten de vragen over de subjectieve norm voor alle sociale relaties (dus voor partner, huisarts, kinderen, broer(s) en zus(sen), vrienden en buren) hebben ingevuld. Bij het verwijderen van bijvoorbeeld de sociale relatie partner op de schaal nam het aantal toe (de n wordt dan 71) en werd de Cronbach alpha 0,8. De Cronbach alpha voor de subjectieve norm wordt dus geschat tussen de 0.8 en 0.9, wat aangeeft dat de meting betrouwbaar is.
Bij de schaal die tracht de responseffectiviteit te meten werd item 10 (ik denk dat het halen van een griepprik ervoor kan zorgen dat als ik de griep krijg, het verloop van de griep minder ernstig zal zijn) verwijderd, dit om de alpha te vergroten. De Cronbach's alpha van de schaal responseffectiviteit voor het verwijderen van het item bleek 0,44. Na het verwijderen van item 10 werd de alpha= 0,90. Item 10 werd daarom verder niet meegenomen in de analyses. Van de schaal 'erroneous beliefs' werden drie items verwijderd. Dit om de alpha van de schaal te vergroten. Item 25 (de griep wordt veroorzaakt door op de tocht te zitten), item 26 (de griep kan worden voorkomen door vitaminen te slikken) en item 27 (de griep wordt veroorzaakt door zonder jas naar buiten te gaan) werden verwijderd van deze schaal. De alpha van de schaal erroneous beliefs voor het verwijderen van items bleek 0,43.

Na het verwijderen van item 25 werd de alpha 0,60, na het verwijderen van item 27 werd de alpha 0,61 en na het verwijderen van item 26, werd de alpha 0,62. Na het verwijderen van deze items bleek dat de alpha niet groter werd indien nog meer items uit de schaal zouden worden gehaald.

4.5.1 Betrouwbaarheid meetinstrument sociale omgeving

Na de constructen die de sociale cognities trachten te meten werd dieper ingegaan op de sociale omgeving van de respondent (vragen 35 t/m 95). Dit onderdeel van de enquête werd opgedeeld in vijf sociale relaties, namelijk partner, huisarts, kinderen, broers en zussen, vrienden en buren. In tabel 12 staan de alpha's van de schalen weergegeven.

Tabel 12 Betrouwbaarheid vragen met betrekking tot het sociale netwerk

Onderwerpen	Sociale relatie	n	Cronbach alpha
Communicatie over de griep en de griepprik	Partner	60	0,64
	Kinderen	86	0,77
	Broers/ zussen	95	0,78
	Vrienden/ buren	96	0,82
Communicatie over de griep en de griepprik met huisarts	Huisarts	108	0,79
Oordeel voorlichting huisarts	Huisarts	49	0,80

Toelichting tabel: communicatie over griep en de griepprik heeft betrekking op 4 vragen: partner: vragen 39,41,42,43. Kinderen: vragen 63,65,66,67. Broers/zussen: vragen 77,79,80,81. Vrienden/ buren: vragen 89,91,92,93. Huisarts: vragen 49,51,52,53. De oordeel voorlichting van de huisarts heeft betrekking op de vragen 54 t/m 57.

Voor de communicatie over de griep en de griepprik werd per sociale relatie de Cronbach's alpha berekend. Voor de partner bleek de betrouwbaarheid 0,64. Voor het praten over de griep en de griepprik en de huisarts bleek de betrouwbaarheid 0,79 en voor de broer(s) en zus(sen) 0,78. Voor de schaal met betrekking tot de kinderen bleek de betrouwbaarheid 0,77 te zijn, voor vrienden en buren was de betrouwbaarheid 0,82. De betrouwbaarheid van de stellingen die vallen onder de schaal 'oordeel voorlichting huisarts' bleek 0,80. De betrouwbaarheid van deze schalen zijn hoog. Dit geldt in mindere mate voor de schaal met betrekking tot de partner.

Na het beschrijven van de betrouwbaarheid zal nu worden overgegaan naar de relatie tussen sociaal cognitieve, demografische en culturele factoren en het vaccinatiegedrag. Daarna zal de sociale omgeving behandeld worden en in relatie worden gebracht met het vaccinatiegedrag. In deze volgorde zullen de verschillende elementen aan de orde komen.

4.6 De relatie tussen sociaal cognitieve factoren en vaccinatiegedrag

Er is gekeken naar de verschillen tussen wel en geen griepprik nemen en de componenten van de Theory of Planned Behavior (TPB) en de Protectie Motivatie Theorie (PMT). Deze staan in onderstaande tabel weergegeven (zie tabel 13).

Tabel 13 Gemiddelde scores en standaarddeviatie per TPB / PMT- component tussen griepprikkers en niet-griepprikkers

Componenten TPB/ PMT	Wel griepprik (n=75)	Geen griepprik (n=33)	Totaal (n=108)	Vergelijking tussen de groepen
	Gem. (sd.)	Gem. (sd)	Gem. (sd)	
Attitude (TPB)	4,37 (0,71)	2,80 (1,27)	3,89 (1,17)	U=394,0 p<0.001
Subjectieve norm (TPB)	3,42 (2,79)	-1,10 (2,56)	2,04 (3,43)	U=269 p<0.001
Gedragsintentie	4,15 (0,86)	1,72 (0,85)	3,40 (1,41)	U=130,5 p<0.001
Responseffectiviteit	3,73 (0,84)	2,44 (1,00)	3,34 (1,07)	U=414,0 p<0.001
Responskosten	3,77 (0,81)	3,80 (0,75)	3,79 (0,76)	U=1215,0 p>0.05
Waarschijnlijkheid	3,57 (1,04)	2,0 (0,89)	3,09 (1,23)	U=347,5 p<0.001
Ernst	3,88 (0,95)	3,16 (0,95)	3,66 (1,02)	U=725,5 p<0.001
Angst	2,88 (1,09)	2,03 (0,99)	2,62 (1,13)	U=686,5 p<0.001

Toelichting tabel: gem.= gemiddelde score, sd= standaarddeviatie. De score liep van 1. helemaal mee oneens t/m helemaal mee eens (5), behalve voor subjectieve norm (scores –10 t/m +10).

Wanneer gekeken werd naar de componenten van de TPB en het verschil tussen griepprikkers en niet-griepprikkers dan bleken deze allen significant van elkaar te verschillen. Deze verschillen werden getoetst met behulp van een Mann-Whitney toets. Griepprikkers bleken positiever te scoren dan niet-griepprikkers. De gemiddelde scores per component afgeleid van de Protectie Motivatie Theorie zijn voor de griepprikkers en niet-griepprikkers op de responseffectiviteit, waarschijnlijkheid, ernst en de angst significant verschillend (zie tabel 13). De inschatting van de responseffectiviteit, de waarschijnlijkheid van de griep, de ernst van de griep en de angst die de griep teweegbrengt bleken voor griepprikkers hoger dan de niet-griepprikkers.

4.7 Samenhang sociaal cognitieve factoren en intentie om te vaccineren

Om de samenhang tussen factoren van de TPB en de PMT met de intentie van het gedrag te bepalen is er gekeken naar de correlaties tussen deze zaken. De intentie van de respondenten om een griepprik te nemen werd gekoppeld aan de componenten van de TPB en aan de componenten van de PMT. Om de samenhang vast te stellen is gebruik gemaakt van de Pearson's correlatie coëfficiënt. Ook de correlaties tussen de componenten onderling werden op deze wijze onderzocht. Tabel 14 geeft de correlaties tussen de componenten van de TPB en de gedragsintentie weer.

Tabel 14 Correlaties tussen componenten TPB en gedragsintentie

Componenten TPB	1	2	Gedragsintentie
1. Attitude	-	0,69*	0,75*
2. Subjectieve norm		-	0,77*

* p<0.01 (2-zijdig)

De attitude en de subjectieve norm bleken onderling positief te correleren en ook bleken deze variabelen met de gedragsintentie te correleren.

Ook werd de samenhang bepaald van de gedragsdeterminanten afgeleid van de Protectie Motivatie Theorie met de intentie. In de onderstaande tabel wordt weergegeven wat de Pearson's correlatiecoëfficiënt is en of er van een significant verband sprake is.

Tabel 15 Correlaties tussen componenten PMT en gedragsintentie

Componenten PMT	1	2	3	4	5	Gedragsintentie
1. Responseffectiviteit	-	-0,00	0,70*	0,40*	0,42*	0,67*
2. Responskosten	-	-	0,04	0,04	-0,12	0,10
3. Waarschijnlijkheid	-	-	-	0,46*	0,45*	0,71*
4. Ernst	-	-	-	-	0,51*	0,50*
5. Angst	-	-	-	-	-	0,48*

* p<0.01 (2-zijdig)

Met de gedragsintentie bleek alleen de responskosten die vastzitten aan het uitvoeren van het gedrag niet significant samen te hangen met de intentie om het gedrag uit te voeren. Er was dus sprake van een samenhang tussen de responseffectiviteit, waarschijnlijkheid, ernst, angst en de gedragsintentie. Tussen de determinanten onderling bleek dat er samenhang bestond tussen responseffectiviteit en de waarschijnlijkheid van de ziekte, responseffectiviteit en de ernst van de ziekte en de responseffectiviteit en de angst voor de ziekte. Daarnaast werd een significant verband gevonden tussen de waarschijnlijkheid van de ziekte en de ernst van de ziekte en de waarschijnlijkheid en angst voor de ziekte. Ook de angst en de ernst van de ziekte bleken een samenhang te vertonen. Voor de waarden van deze significante verbanden wordt verwezen naar de tabel.

4.8 De relatie tussen demografische factoren en intentie om te vaccineren

Zijn de variabelen leeftijd, opleiding, verzekering en risicoziekten gerelateerd aan de sociale cognities van de TPB & PMT? In de onderstaande tabellen (nummers 16 t/m 19) worden deze factoren en hun relatie weergegeven.

Tabel 16 Leeftijd en de sociale cognities van de TPB & PMT

Componenten TPB/ PMT	64-75 jaar (n=69)	75-88 jaar (n=39)	Totaal (n=108)	Verschil groepen
	Gem. (sd.)	Gem. (sd)	Gem. (sd)	
Attitude	3,80 (1,16)	4,05 (1,19)	3,89 (1,17)	F=1,11 p>0.05
Subjectieve norm	1,89 (3,59)	2,30 (3,14)	2,04 (3,43)	F= 0,36 p>0.05
Gedragsintentie	3,27 (1,39)	3,65 (1,43)	3,40 (1,41)	F=1,86 p>0.05
Responseffectiviteit	3,21 (1,09)	3,57 (1,00)	3,34 (1,07)	F= 2,94 p>0.05
Responskosten	3,76 (0,86)	3,85 (0,55)	3,79 (0,76)	F=0,28 p>0.05
Waarschijnlijkheid	2,99 (1,24)	3,26 (1,22)	3,09 (1,23)	F= 1,15 p>0.05
Ernst	3,53 (1,05)	4,07 (0,83)	3,66 (1,02)	F=10,50 p< 0.001
Angst	2,54 (1,14)	2,77 (1,10)	2,62 (1,13)	F=1,02 p>0.05

Er bleken geen significante verschillen bestaan tussen het jonger of ouder zijn dan 75 jaar en de componenten van de TPB. Alleen voor component ernst van de PMT scoorden ouderen van 75-88 jaar significant hoger dan personen jonger dan 75 jaar.

Tabel 17 Opleiding en de sociale cognities van de TPB & PMT

Componenten TPB/ PMT	Basis Onderwijs of minder (n=56)	Beroeps onderwijs (n=37)	HBO/ univer-sitair (n=15)	Verschil groepen
	Gem. (sd.)	Gem. (sd)	Gem. (sd)	
Attitude	4,15 (1,07)	3,69 (1,10)	3,43 (1,47)	F= 3,23 p<0.05
Subjectieve norm	3,07 (3,25)	0,75 (3,29)	1,36 (3,35)	F=5,95 p<0.001
Gedragsintentie	3,83 (1,28)	2,92 (1,40)	3,02 (1,49)	F= 5,74 p<0.001
Responseffectiviteit	3,62 (1,06)	3,16 (0,98)	2,73 (1,06)	F=5,19 p<0.05
Responskosten	3,80 (0,74)	3,75 (0,72)	3,87 (0,96)	F=0,13 p>0.05
Waarschijnlijkheid	3,41 (1,21)	2,68 (1,18)	2,9 (1,15)	F=4,45 p<0.05
Ernst	3,83 (1,04)	3,45 (1,03)	3,58 (0,86)	F=1,61 p>0.05
Angst	2,67 (1,12)	2,64 (1,00)	2,40 (1,26)	F= 0,35 p>0.05

Er bleken significante verschillen bestaan tussen het opleidingsniveau van de respondenten en de componenten van de TPB. Dit hield in dat minimaal twee groepsgemiddelden van elkaar verschilden. Uit de Bonferonni toets bleek dat voor de subjectieve norm en de gedragsintentie, het opleidingsniveau basisonderwijs of minder (laag) significant verschilden met het opleidingsniveau beroepsonderwijs (midden). Voor het opleidingsniveau en de componenten van de PMT, de responseffectiviteit en de waarschijnlijkheid, bleken significante verschillen te bestaan. Uit de Bonferonni toets bleek het volgende: personen met een lage opleiding (basisonderwijs of minder) verschilden met hoger opgeleiden (HBO/universiteit). Personen met een laag opleidingsniveau schatten de responseffectiviteit hoger in dan personen met een hoog opleidingsniveau. Voor de waarschijnlijkheid verschilden het opleidingsniveau laag (basisonderwijs of minder) met een middelmatig opleidingsniveau (beroepsonderwijs). De waarschijnlijkheid werd door personen met de opleiding basisonderwijs of minder hoger ingeschat dan personen met een beroepsopleiding.

Tabel 18 Verzekering en de sociale cognities van de TPB & PMT

Componenten TPB/ PMT	Ziekenfonds (n=86)	Particulier (n=22)	Verschil groepen
	Gem. (sd.)	Gem. (sd)	
Attitude	3,81 (1,20)	4,23 (1,01)	F= 2,28 p>0.05
Subjectieve norm	1,80 (3,54)	2,95 (2,83)	F=1,97 p>0.05
Gedragsintentie	3,33 (1,44)	3,71 (1,25)	F=1,32 p>0.05
Responseffectiviteit	3,29 (1,12)	3,55 (0,86)	F=1,02 p>0.05
Responskosten	3,72 (0,79)	4,09 (0,60)	F=4,31 p<0.05
Waarschijnlijkheid	3,00 (1,29)	3,43 (0,90)	F=2,18 p>0.05
Ernst	3,70 (1,02)	3,52 (1,02)	F= 0,58 P>0.05
Angst	2,64 (1,13)	2,56 (1,12)	F= 0,09 P>0.05

Personen met een ziekenfonds of een particuliere verzekering bleken niet significant te verschillen op de componenten van de TPB. Voor de componenten van de PMT bleek dat de responskosten significant verschilden tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden. Particulier verzekerden zagen meer nadelen dan personen die ziekenfonds verzekerd zijn.

Tabel 19 Risicoziekten en de sociale cognities van de TPB & PMT

Componenten TPB/ PMT	Ja wel risicoziekte(n) (n=44)	Nee geen risicoziekte(n) (n=64)	Verschil groepen
	Gem. (sd.)	Gem. (sd)	
Attitude	4,28 (0,7502)	3,63 (1,32)	F=8,91 p<0.001
Subjectieve norm	3,08 (2,68)	1,32 (3,7049)	F=7,26 p<0.05
Gedragsintentie	4,01 (1,05)	2,99 (1,48)	F= 15,45 p<0.001
Responseffectiviteit	3,57 (0,78)	3,18 (1,22)	F=3,46 p>0.05
Responskosten	3,64 (0,58)	3,90 (0,85)	F=3,00 p>0.05
Waarschijnlijkheid	3,45 (1,07)	2,84 (1,28)	F=6,96 p<0.05
Ernst	3,99 (0,90)	3,44 (1,04)	F=8,27 p<0.05
Angst	2,99 (1,01)	2,37 (1,14)	F= 8,51 p<0.001

Het hebben van een risicoziekte bleek significant verschillend voor de componenten van de TPB, oftewel de attitude, de subjectieve norm en de gedragsintentie. Personen die een risicoziekte hebben scoorden hoger op deze componenten dan personen die geen risicoziekte hadden. Voor de waarschijnlijkheid, ernst, angst en protectie motivatie (componenten van de PMT) werden significante verschillen gevonden. Personen met een risicoziekte schatten al deze componenten hoger in dan personen die niet aan een risicoziekte lijden.

4.9 De relatie tussen culturele factoren en vaccinatiegedrag

Onder de culturele factoren vallen de erroneous beliefs die personen kunnen hebben over de griepprik. Deze paragraaf zal nader ingaan op de relatie tussen het hebben van erroneous beliefs en het vaccinatiegedrag.

4.9.1 Samenhang erroneous beliefs en intentie om te vaccineren

De samenhang tussen de erroneous beliefs en de determinanten van de TPB staan in onderstaand tabel (tabel 20) weergegeven.

Tabel 20 Correlaties tussen Erroneous beliefs en TPB

Variabele TPB	Erroneous beliefs
1. Attitude	-0,35*
2. Subjectieve norm	-0,39*
3. Gedragsintentie	-0,43*

* p<0.01 (2-zijdig)

Tussen de erroneous beliefs en de componenten van de TPB bleken significante verbanden te bestaan. Deze verbanden zijn negatief, wat aangeeft dat naarmate men meer erroneous beliefs heeft de attitude negatiever wordt. Hetzelfde geldt voor de andere componenten van de TPB in relatie met de erroneous beliefs. De samenhang tussen de erroneous beliefs en de determinanten van de PMT staan in tabel 21 weergegeven.

Tabel 21 Correlaties tussen Erroneous Beliefs en PMT

Variabele PMT	Erroneous beliefs
1. Responseffectiviteit	-0,31*
2. Responskosten	-0,27*
3. Waarschijnlijkheid	-0,28*
4. Ernst	-0,16
5. Angst	-0,03

* p<0.01 (2-zijdig)

Tussen erroneous beliefs en tussen de responseffectiviteit, responskosten, waarschijnlijkheid en de protectie motivatie bleken significante negatieve correlaties te bestaan. Naarmate men meer vertrouwen heeft in de mythen omtrent de griepprik, dan daalt de responseffectiviteit, de waarschijnlijkheid tot het krijgen van griep en de protectie motivatie om een griepprik te halen. Daarnaast bleek dat als men meer vertrouwen heeft in de mythen, de responskosten (de nadelen van de griepprik) ook omlaag gaan. In tabel 22 wordt per erroneous belief gekeken naar de verschillen tussen griepprikkenemers en niet-griepprikkenemers.

Tabel 22 Erroneous beliefs & verschillen tussen wel en geen griepprikkers

Erroneous beliefs	Antwoord mogelijkheden	Wel griepprik (n=75)	Geen griepprik (n=33)	Verschil groepen
		n %	n %	
De griep wordt veroorzaakt door op de tocht te zitten (vraag 25)	Helemaal mee oneens Mee oneens Niet mee eens/ oneens Mee eens Helemaal mee eens gem. score (sd)	16 (21,3%) 23 (30,7%) 18 (24%) 16 (21,3%) 2 (2,7%) 2,5 (2,4)	13 (39,4%) 11 (33,3%) 4 (12,1%) 4 (12,1%) 1 (3,0%) 2,1 (1,1)	U=932,5 p<0.05
De griep kan worden voorkomen door vitaminen te slikken (vraag 26)	Helemaal mee oneens Mee oneens Niet mee eens/ oneens Mee eens Helemaal mee eens gem. score (sd)	6 (8,0%) 21 (28%) 23 (30,7%) 23 (30,7%) 2 (2,7%) 2,9 (1,01)	0 (0%) 8 (24,2%) 10 (30,3%) 12 (36,4%) 3 (9,1%) 3,3 (0,95)	U=998,0 p>0.05
De griep wordt veroorzaakt door zonder jas naar buiten te gaan (vraag 27)	Helemaal mee oneens Mee oneens Niet mee eens/ oneens Mee eens Helemaal mee eens gem. score (sd)	12 (16,0%) 20 (26,7%) 16 (21,3%) 21 (28%) 6 (8,0%) 2,9 (1,2)	9 (27,3%) 8 (24,2%) 8 (24,2%) 7 (21,2%) 1 (3%) 2,5 (1,2)	U=1031,5 p>0.05
De griepprik verzwakt de natuurlijke weerstand van de mens	Helemaal mee oneens Mee oneens Niet mee eens/ oneens Mee eens Helemaal mee eens gem. score (sd)	18 (24%) 23 (30,7%) 20 (26,7%) 13 (17,3%) 1 (33,3%) 2,4 (1,1)	3 (9,1%) 6 (18,2%) 10 (30,3%) 12 (36,4%) 2 (6,1%) 3,1 (1,1)	U=802,0 p<0,01
Het nemen van een griepprik leidt veelal tot een ergere griep dan als men geen griepprik neemt	Helemaal mee oneens Mee oneens Niet mee eens/ oneens Mee eens Helemaal mee eens gem. score (sd)	17 (22,7%) 27 (36%) 17 (22,7%) 10 (13,3%) 4 (5,3%) 2,4 (1,1)	4 (12,1%) 5 (15,2%) 15 (45,5%) 7 (21,2%) 2 (6,1%) 2,9 (1,1)	U=893,0 p<0.05
Ouderen met een goede gezondheid hebben geen griepprik nodig	Helemaal mee oneens Mee oneens Niet mee eens/ oneens Mee eens Helemaal mee eens gem. score (sd)	9 (12%) 23 (30,7%) 19 (25,3%) 20 (26,7%) 4 (5,3%) 2,8 (1,1)	2 (6,1%) 2 (6,1%) 8 (24,2%) 10 (30,3%) 11 (33,3%) 3,8 (1,2)	U=680,0 p<0.001
Het nemen van een griepprik leidt altijd tot bijwerkingen	Helemaal mee oneens Mee oneens Niet mee eens/ oneens Mee eens Helemaal mee eens gem. score (sd)	11 (14,7%) 30 (40%) 28 (37,3%) 2 (2,7%) 4 (5,3%) 2,4 (0,1)	2 (6,1%) 7 (21,2%) 16 (48,5%) 4 (12,1%) 4 (12,1%) 3,0 (1,0)	U=830,0 p<0.01
Totaalscore erroneous beliefs	gem. score (sd)	2,5 (0,7)	3,2 (0,7)	U=599,0 p<0.001

De erroneous beliefs en de verschillen tussen griepprikkers en niet-griepprikkers, bleken voor vijf van de zeven mythen die bevraagd zijn significant. Opvallend is dat griepprikkers gemiddeld hoger scoorden op de mythen: de griep wordt veroorzaakt door op de tocht te zitten en griep wordt veroorzaakt door zonder jas naar buiten te gaan. Voor de andere mythen geldt dat niet-griepprikkers hoger scoorden op deze mythen dan griepprikkers. Na deze uiteenzetting van de verschillen tussen griepprikkers en niet-griepprikkers per individueel erroneous belief werd ook een totaalscore berekend (vragen 25,26,27 buiten beschouwing gelaten).

Een hoge score hield in dat men aan veel erroneous beliefs vertrouwen hecht. Onderin tabel 22 is deze totaalscore weergegeven. Met behulp van een Mann-Whitney werd getoetst of de groepen significant van elkaar verschilden. Dit bleek inderdaad het geval te zijn ($p<0.001$). Niet-grieppriknemers bleken hoger te scoren dan grieppriknemers.

4.9.2 De relatie tussen demografische factoren en erroneous beliefs

Naar de relatie tussen demografische factoren en erroneous beliefs is ook gekeken. Tabel 23 geeft een overzicht van deze resultaten.

Tabel 23 Demografische factoren & erroneous beliefs

Demografische variabelen	Antwoord-mogelijkheden	N	Erroneous Beliefs	Vergelijking tussen de groepen
			Gem. (sd)	
Leeftijd	1. 65-74 jaar	69	2,80 (0,80)	F=1,26
	2. 75-88 jaar	39	2,63 (0,70)	p>0.05
Opleiding	1. Geen/ basisonderwijs	56	2,66 (0,73)	F=0,68 p>0.05
	2. Beroepsonderwijs	37	2,84 (0,85)	
	3. HBO/ Universitair	15	2,80 (0,72)	
Verzekering	1. ziekenfonds	86	2,79 (0,78)	F=1,98
	2. particulier	22	2,53 (0,72)	p>0.05
Risicoziekte	1. Ja (wel risicoziekte)	44	2,75 (0,70)	F=0,02 p>0.05
	2. Nee (geen risicoziekte)	64	2,73 (0,81)	

Er bleken geen significante verschillen te bestaan tussen erroneous beliefs en de variabelen leeftijd, opleiding, verzekering en risicoziekte.

4.10 De sociale omgeving van senioren

De sociale omgeving van ouderen kan beschreven worden met de gegevens verkregen uit de enquête.

4.10.1 De sociale relatie partner

60 respondenten bleken een partner te hebben. De overige 48 respondenten hadden geen partner. Het praten over persoonlijke zaken met de partner bleek voor de meerderheid vaker dan 1 keer in de week. Gemiddeld genomen bleek men 2-3 keer per week met de partner over persoonlijke zaken te praten. Het dagelijks praten met de partner over persoonlijke zaken kwam in 36,7% van de gevallen voor (n=22). 2-3 keer per week bleek daarna het meest voorkomend (n=13, 21,7%). Het 1 keer in de week kwam 11 keer voor (18,3%). Nooit werd 8 keer aangegeven (13,3%) en 4-6 keer in de week praten over persoonlijke zaken werd door 6 van de 60 respondenten (10%) aangekruist. Uitgaande van deze gegevens en de theorie van Grannovetter (1973) kan de partner als 'strong tie' worden aangemerkt. Dit omdat de respondenten aangaven vaker als 1 keer in de week te praten met deze sociale relatie over persoonlijke zaken (zoals bijvoorbeeld over wensen, interessen etc.). In de onderstaande tabel worden de resultaten met betrekking tot communicatie over de griep en de griepprik, het gedrag en het advies van de sociale relatie partner weergegeven.

Tabel 24 Communicatie, gedrag en advies van de partner, uitgesplitst naar wel/ geen griepprik halen

Variabele	Antwoord mogelijkheden	Wel griepprik (n=40)	Geen griepprik (n=20)	Totaal (n=60)	Verschil tussen groepen
Communicatie over de griep en de griepprik	Niet erover praten Wel erover praten	10 (25%) 30 (75%)	6 (30%) 14 (70%)	16 (26,7%) 44 (73,3%)	χ^2 =0,17 df=1 p>0.05
Gedrag partner	Nooit Soms Vaak Altijd Gem. score (sd)	7 (17,5%) 4 (10%) 1 (2,5%) 28 (70%) 3,3 (1,2)	12 (60%) 2 (10%) 0 (0%) 6 (30%) 2,0 (1,4)	19 (31,7%) 6 (10%) 2 (3,3%) 33 (55%) 2,8 (1,4)	U=216,0 p<0.001
Advies	Afraden Geen raad Aanraden	1 (2,5%) 20 (50%) 19 (47,5%)	2 (10%) 16 (80%) 2 (10%)	21 (35%) 36 (60%) 3 (5%)	χ^2 =8,86 df=2 p<0.05

Toelichting tabel: de antwoordscores voor gedrag partner lopen van 1. nooit t/m 4 heel vaak, antwoordscores van advies loopt van –1 afraden, 0 geen raad, 1 aanraden, voor communicatie over de griep en de griepprik is gemiddelde score van 4 vragen (vragen 39, 41, 42, 43) genomen, antwoordscores mogelijk van 0. nooit erover praten en 1. wel erover praten

Het praten met de partner over de griep en de griepprik bleek voor niet-griepprikkers ongeveer even vaak te gebeuren dan bij griepprikkers. Deze verschillen tussen beide groepen bleken niet significant op een niveau van 0,05. De partner van niet-griepprikkers bleek zelf ook minder vaak een griepprik te halen dan de partner van griepprikkers. Het krijgen van advies van de partner en de verschillen tussen griepprikkers en niet-griepprikkers bleken significant. Niet-griepprikkers ontvingen veelal geen raad. Griepprikkers ontvingen geen raad of de griepprik werd juist aangeraden.

4.10.2 De sociale relatie kinderen

Er zal nu worden ingegaan op de sociale relatie kinderen. 86 respondenten gaven aan kinderen te hebben. Het aantal kinderen varieerde tussen 1 t/m 9 kinderen. 41,9% (n=36) van de respondenten die aangaven kinderen te hebben bleken twee kinderen te hebben. 25,6% (n=22) van de respondenten bleken drie kinderen te hebben. Daarna kwamen 4 kinderen (n=10, 11,6%) het meest voor en het hebben van 1 kind (n=9, 10,5%). Het gemiddelde aantal kinderen kwam uit op 2. In tabel 25 worden de resultaten weergegeven van de sociale relatie (kind)eren en de communicatie, gedrag en het advies gekregen van de kinderen omtrent het nemen van een griepprik.

Tabel 25 Communicatie, gedrag en advies van de kinderen, uitgesplitst naar wel/ geen griepprik halen

Variabele	Antwoord mogelijkheden	Wel griepprik (n=61)	Geen griepprik (n=25)	Totaal (n=86)	Verschil tussen groepen
		n (%)	n (%)	n (%)	
Communicatie over de griep en de griepprik	Niet erover praten Wel erover praten	26 (42,6%) 35 (57,4%)	14 (56%) 11 (44%)	40 (46,5%) 46 (53,5%)	χ^2 =1,28 df=1 p>0.05
Gedrag kinderen	Nooit Soms Vaak Altijd Weet niet Gem. score (sd)	33 (54,1%) 7 (11,5%) 3 (4,9%) 6 (9,8%) 12 (19,7%) 1,6 (1,1)	16 (64%) 1 (4%) 0 (0%) 3 (12%) 5 (20%) 1,5 (1,1)	49 (57%) 8 (9,3%) 3 (3,5%) 9 (10,5%) 17 (19,8%) 1,6 (1,1)	U=438,5 p>0.05
Advies	Afraden Geen raad Aanraden	0 (0%) 50 (82%) 11 (18%)	1 (4%) 21 (84%) 3 (12%)	1 (1,2%) 71 (82,6%) 14 (16,3%)	χ^2 =2,85 df=2 p>0.05

Toelichting tabel: gedrag kinderen score loopt van 0= weet niet (missing bij gem. score), 1 nooit t/m 4 altijd, antwoordscores van advies loopt van –1 afraden, 0 geen raad, 1 aanraden, communicatie over de griep en de griepprik is het gemiddelde van 4 vragen genomen (vragen 63,65,66,67), antwoordscores mogelijk van 0. nooit erover praten en 1. wel erover praten

Het praten over persoonlijke zaken met de kinderen bleek gemiddeld genomen uit te komen op 1 keer per week. De meerderheid bleek aan te geven (n=45, 52,3%) dat zij 1 keer in de week met hun kinderen over persoonlijke zaken praten. Nooit bleek daarna het meest voorkomend (n=24, 27,9%). 2-3 keer in de week kwam 12 keer (14%) voor. 4-6 keer in de week en het dagelijks spreken over persoonlijke zaken kwamen niet vaak voor (respectievelijk n=3, 3,5% en n=2, 2,3%). Uitgaande van deze gegevens kan vermeld worden dat kinderen 'weak ties' zijn. Communicatie over de griep en de griepprik en de verschillen tussen griepprikneemers en niet-griepprikneemers bleken niet significant. Het gedrag van kinderen (dus dat de kinderen zelf een griepprik halen) bleek voor de meerderheid nooit voor te komen. De meerderheid ontving geen advies van de kinderen. Niet-griepprikneemers en griepprikneemers bleken niet significant te verschillen op het krijgen van advies van de kinderen.

4.10.3 De sociale relatie broer(s) en zus(sen)

63 respondenten gaven aan broers te hebben en 82 respondenten gaven aan zussen te hebben. Het aantal broers varieerde tussen 1 en 6. Het aantal zussen varieerde tussen 1 en 9. De meerderheid van de respondenten bleek 1 broer te hebben (n=31, 49,2%). Daarna waren 2 broers (n=15, 23,8%) of 3 broers (n=9, 14,3%) het meest voorkomend. Gemiddeld genomen kwam men uit op één broer. Het meest voorkomende aantal zussen bleek twee te zijn (n=37, 45,1%). Daarna bleken 2 en 3 zussen het meest voorkomend (n=15, 18,3% voor beide aantallen). 4 zussen bleken van toepassing voor 11% van de respondenten (n=9). Gemiddeld genomen kwam het aantal zussen uit op 2. Het praten over persoonlijke zaken met broers en zussen bleek gemiddeld uit te komen op 1 keer per week. Het antwoord nooit (n=52, 54,7%) en 1 keer in de week bleken in de meerderheid (n=35, 36,8%). 2-3 keer per week (n=5, 5,3%) en 4-6 keer per week praten over persoonlijke zaken (n=3, 3,2%) kwamen bijna niet voor. Het dagelijks praten over persoonlijke zaken met broers en zussen bleek niet voor te komen. Uitgaande van deze gegevens en de theorie van Grannovetter (1973) kan worden vermeld dat de sociale relatie broers en zussen als 'weak ties' beschouwd kunnen worden. In tabel 26 worden de resultaten weergegeven van de sociale relatie broer(s) en zus(sen) en de communicatie, gedrag en het advies omtrent het nemen van een griepprik.

Tabel 26 Communicatie, gedrag en advies van broer(s)/ zus(sen), uitgesplitst naar wel/ geen griepprik halen

Variabele	Antwoord mogelijkheden	Wel griepprik (n=65)	Geen griepprik (n=30)	Totaal (n=95)	Verschil tussen groepen
		n (%)	n (%)	n (%)	
Communicatie over de griep en de griepprik	Niet erover praten Wel erover praten	35 (53,8%) 30 (46,2%)	21 (70%) 9 (30%)	56 (58,9%) 39 (41,1%)	χ^2 =2,21 df=1 p>0.05
Gedrag broers/ zussen	Nooit Soms Vaak Altijd Weet niet Gem. score (sd)	9 (13,8%) 5 (7,7%) 2 (3,3%) 18 (27,7%) 31 (47,7%) 2,9 (1,3)	7 (23,3%) 1 (3,3%) 1 (3,3%) 5 (16,7%) 16 (53,3%) 2,3 (1,4)	16 (16,8%) 6 (6,3%) 3 (3,2%) 23 (24,2%) 47 (49,5%) 2,6 (1,4)	U=183,0 p>0.05
Advies	Afraden Geen raad Aanraden	0 (0%) 58 (89,2%) 7 (10,8%)	1 (3,3%) 28 (93,3%) 1 (3,3%)	1 (1,1%) 86 (90,5%) 8 (8,4%)	χ^2 =3,55 df=2 p>0.05

Toelichting tabel: gedrag broers/ zussen score loopt van 0= weet niet (missing bij gem. score), 1 nooit t/m 4 altijd, antwoordscores van advies loopt van –1 afraden, 0 geen raad, 1 aanraden, communicatie over de griep/ griepprik is het gemiddelde van 4 vragen genomen (vragen 77,79, 80, 81), antwoordscores mogelijk van 0. nooit erover praten en 1. wel erover praten

Er bleken geen verschillen te bestaan tussen griepprikkenemers en niet-griepprikkenemers voor de communicatie over de griep en de griepprik en voor het gedrag van broers en zussen. Wat betreft het krijgen van advies over het nemen van de griepprik kreeg 90,5% (n=86) geen advies van de broer(s) en zus(sen). Wanneer onderscheid wordt gemaakt naar griepprikkenemers en niet-griepprikkenemers dan bleken ook hier geen significante verschillen te bestaan.

4.10.4 De sociale relatie vrienden en buren

96 respondenten gaven aan omgang te hebben met vrienden en buren. Het aantal vrienden varieerde tussen het hebben van geen vrienden tot het hebben van 30 vrienden. Het aantal buren, waarmee men omgang had varieerde van geen omgang tot het hebben van omgang met 18 buren. De meerderheid van de respondenten die aangaven omgang te hebben met vrienden bleken 10 vrienden te bezitten (n=17, 17,7%). Daarna bleken 6 (n=15, 15,6%) en 4 vrienden het meest voorkomend (n=14, 14,6%). Het gemiddeld aantal vrienden bleek 6. De meerderheid van de respondenten (n=23, 24%) gaf aan omgang te hebben met 2 buren. Daarna komen de aantallen 4 (n=14, 14,6%) en 3 (n=11, 11,6%) het meeste voor. Het gemiddeld aantal buren waarmee men omgang heeft bleek 3 te zijn. Het praten over persoonlijke zaken bleek voor de meerderheid van de respondenten nooit (n=44, 45,8%) of 1 keer in de week te zijn (n=35, 36,5%). Gemiddeld genomen bleek dat men scoort op 1 keer in de week praten over persoonlijke zaken met vrienden en buren. 2-3 keer in de week was voor 14,6% (n=14) van de respondenten van toepassing. 4-6 keer in de week (n=2, 2,1%) en dagelijks (n=1, 0,9%) waren voor niet veel respondenten van toepassing. Uitgaande van deze gegevens en de theorie van Grannovetter (1973) kan vermeld worden dat vrienden en buren aangeduid kunnen worden als 'weak ties'. In tabel 27 worden de resultaten weergegeven van de sociale relatie vrienden en buren en de communicatie, gedrag en het advies gekregen omtrent het nemen van een griepprik.

Tabel 27 Communicatie, gedrag en advies van vrienden en buren, uitgesplitst naar wel/ geen griepprik halen

Variabele	Antwoord mogelijkheden	Wel griepprik (n=66)	Geen griepprik (n=30)	Totaal (n=96)	Verschil tussen groepen
		n (%)	n (%)	n (%)	
Communicatie over de griep en de griepprik	Niet erover praten Wel erover praten	28 (42,4%) 38 (57,6%)	20 (66,7%) 10 (33,3%)	48 (50%) 48 (50%)	χ^2 =4,85 df=1 p<0.05
Gedrag vrienden en buren	Nooit Soms Vaak Altijd Weet niet Gem. score (sd)	3 (4,5%) 6 (9,1%) 5 (7,6%) 20 (30,3%) 32 (48,5%) 3,2 (1,0)	2 (67%) 5 (16,7%) 1 (3,3%) 7 (23,3%) 15 (50%) 2,9 (1,2)	5 (5,2%) 11 (1,5%) 6 (6,3%) 27 (28,1%) 47 (49%) 3,1 (1,1)	U=212,5 p>0.05
Advies	Afraden Geen raad Aanraden	1 (1,5%) 55 (83,3%) 10 (15,2%)	3 (10%) 26 (86,6%) 1 (3,3%)	2 (2,1%) 81 (84,4%) 13 (13,5%)	χ^2 =0,76 df=2 p>0.05

Toelichting tabel: gedrag score loopt van 0= weet niet (missing bij gem. score), 1 nooit t/m 4 altijd, antwoordscores van advies loopt van –1 afraden, 0 geen raad, 1 aanraden, communicatie over de griep/ griepprik is het gemiddelde van 4 vragen genomen (vragen 89,91,92,93), antwoordscores mogelijk van 0. nooit erover praten en 1. wel erover praten

Van de griepprikkemers gaf de meerderheid aan wel over de griep en de griepprik met vrienden en buren te praten. Dit in tegenstelling met de niet-griepprikkemers waarvan de meerderheid aangaf niet te praten met vrienden en buren over de griep en de griepprik. De respondent wist veelal niet of vrienden en buren ook daadwerkelijk een griepprik haalden. Daarna kwam het antwoord altijd het meeste voor. Griepprikkemers scoorden gemiddeld lager dan niet-griepprikkemers, maar deze verschillen bleken echter niet significant. Het krijgen van advies bleek voor 81 van de 96 respondenten (84,4%) geen raad. Ook bleek dat er geen verschillen bestonden tussen griepprikkemers en niet-griepprikkemers en het krijgen van raad van vrienden en buren over het nemen van de griepprik.

Wanneer gekeken wordt naar de gemiddelde scores van de respondenten op het praten over persoonlijke zaken per sociale relatie dan kan alleen de partner als 'strong tie' aangeduid worden. Met deze relatie praat men vaker dan 1 keer in de week over persoonlijke zaken en uitgaande van de theorie van Grannovetter (1973) wordt deze relatie dan ook aangeduid als een 'strong tie'. De andere relaties, kinderen, broer(s) en zus(sen), vrienden en buren zijn relaties waar men niet veelvuldig mee spreekt over persoonlijke zaken. Dit houdt dus in dat deze personen als niet als 'strong' aangeduid kunnen worden. Omdat verwacht werd dat deze sociale relaties mogelijke 'strong ties' zouden zijn worden deze sociale relaties aangeduid als overige sociale relaties. Hiervoor is gekozen, omdat deze sociale relaties niet helemaal 'strong' zijn en ook niet helemaal 'weak'. Dit omdat wanneer de overige sociale relaties vergeleken worden met de relatie die men heeft met de huisarts er toch enigszins sprake is van een wederzijdse emotionele binding. De huisarts is echter een relatie waarbij geen wederzijdse emotionele binding sprake is en kan daarom aangeduid worden als een 'weak tie', uitgaande van de theorie van Grannovetter (1973).

4.10.5 De sociale relatie huisarts

Uit hoofdstuk 2 is gebleken dat de huisarts een belangrijke rol kan spelen bij het influenza vaccinatiegedrag. Het contact met de huisarts (waaronder spreekuurbezoeken, telefonische consulten en huisbezoeken vallen) bleek gemiddeld 6 keer per jaar (m=5,64, sd=5,55). Griepprikkemers hadden gemiddeld 6,61 keer per jaar contact met de huisarts (sd=6,23). Niet-griepprikkemers hadden ongeveer 3,42 (sd=2,44) keer per jaar contact met de huisarts. 2 respondenten gaven aan 0 keer per jaar contact te hebben gehad met de huisarts (1,9%). Het hoogste aantal bezoeken van de huisarts in één jaar bleek 50 contactmomenten (n=1, 0,9%). Het meest voorkomende aantal bleek 3 keer per jaar contact met de huisarts (n=18, 16,7%). Ook 2 keer per jaar contact met de huisarts bleek voor 11 respondenten van toepassing (10,2%). Vier en vijf keer contact met de huisarts per jaar bleken ook veel voorkomend (n=14, 13,0%, n=15, 13,9%). 50% van de respondenten (n=54) gaven aan dat zij wel met de huisarts over de ziekte griep en de griepprik hadden gepraat (zie tabel 28). Van de griepprikkemers bleek de meerderheid wel te praten met de huisarts over de griep en de griepprik (n=42, 56%). Van de niet-griepprikkemers gaf de meerderheid juist aan (63,6%, n=21) dat zij daarover niet communiceerden met de huisarts. De verschillen tussen beide groepen bleken echter niet significant op een niveau van 0.05.

Tabel 28 Communicatie en persoonlijk advies van huisarts, uitgesplitst naar wel/ geen griepprik halen

Variabele	Antwoord mogelijkheden	Wel griepprik (n=75)	Geen griepprik (n=33)	Totaal (n=108)	Verschil tussen groepen
		n (%)	n (%)	n (%)	
Communicatie over de griep en de griepprik	Niet erover praten Wel erover praten	33 (44%) 42 (56%)	21 (63,6%) 12 (36,4%)	54 (50%) 54 (50%)	χ^2 =3,54 df=1 p>0.05
Persoonlijk advies	Ja Nee	45 (60%) 30 (40%)	7 (21,2%) 26 (78,8%)	52 (48,1%) 56 (51,9%)	χ^2 =13,81 df=1 p<0.001

Toelichting tabel: communicatie over de griep/ griepprik is het gemiddelde van 4 vragen genomen (vragen 49,51,52,53), antwoordscores mogelijk van 0. nooit erover praten en 1. wel erover praten. Persoonlijk advies van de huisarts loopt van 0. nee t/m 1. ja

Het persoonlijk advies van de huisarts bleek voor de verschillende groepen significant. Van de niet-griepprikkers gaf 78,8% (n=26 van de 33) aan dat zij geen persoonlijk advies hadden gehad. Dit in tegenstelling met de griepprikkers. Van de griepprikkers gaf 40% (n=30 van de 75) aan dat zij geen advies hadden ontvangen. De niet-griepprikkers kregen dus minder vaak persoonlijk advies van de huisarts over het nemen van een griepprik.

49 van de 108 personen (45,4%) konden een oordeel geven over de voorlichting van de huisarts. Zij hadden wel eens een gesprek gevoerd met de huisarts over de griep of de griepprik. In tabel 31 wordt een overzicht gegeven van deze bevindingen. Uit de tabel komt naar voren dat de personen die een gesprek hadden gehad over de griep en griepprik tevreden bleken over de verstrekte voorlichting van de huisarts. Gemiddeld werd gescoord met een 'mee eens' antwoordscore (score 4). Ondanks dat griepprikkers gemiddeld hoger scoorden bleken deze verschillen niet significant (zie tabel 29 voor de waarden van de toetsen).

Tabel 29 Oordeel voorlichting huisarts

Stellingen	Antwoord mogelijkheden	wel griepprik (n=39)	geen griepprik (n=10)	Totaal (n=49)	Verschil groepen
		n %	n %	Gem. score (sd)	
Mijn huisarts geeft goede voorlichting over de vatbaarheid voor griep bij mensen van mijn leeftijd	Helemaal mee oneens Mee oneens Niet mee eens/ oneens Mee eens Helemaal mee eens gem. score (sd)	2 (5,1%) 1 (2,6%) 2 (5,1%) 28 (71,8%) 6 (5,4%) 3,9 (0,9)	1 (10%) 1 (10%) 3 (30%) 3 (30%) 2 (20%) 3,4 (1,3)	3,8 (1,0)	U=144,5 p>0.05
Mijn huisarts geeft goede voorlichting over de gevolgen van de griep	Helemaal mee oneens Mee oneens Niet mee eens/ oneens Mee eens Helemaal mee eens gem. score (sd)	0 (0%) 2 (5,1%) 6 (15,4%) 26 (66,7%) 5 (12,8%) 3,9 (0,7)	0 (0%) 1 (10%) 3 (30%) 5 (50%) 1 (10%) 3,6 (0,8)	3,8 (0,7)	U=157,5 p>0.05
Mijn huisarts geeft goede voorlichting over de voordelen van de griepprik	Helemaal mee oneens Mee oneens Niet mee eens/ oneens Mee eens Helemaal mee eens gem. score (sd)	1 (2,6%) 0 (0%) 5 (12,8%) 27 (69,2%) 6 (15,4%) 3,9 (0,7)	0 (0%) 1 (10%) 3 (30%) 5 (50%) 1 (10%) 3,6 (0,8)	3,8 (0,8)	U=145,0 p>0.05
Mijn huisarts geeft goede voorlichting over de nadelen van de griepprik	Helemaal mee oneens Mee oneens Niet mee eens/ oneens Mee eens Helemaal mee eens gem. score (sd)	4 (10,3%) 3 (7,7%) 9 (23,1%) 18 (46,2%) 5 (12,8%) 3,4 (1,1)	1 (10%) 2 (20%) 3 (30%) 4 (40%) 0 (0%) 3,0 (1,1)	3,3 (1,1)	U=147,5 p>0.05
Totaalscore oordeel voorlichting	Gem. score (sd)	3,8 (0,6)	3,4 (0,7)	3,7 (0,6)	U=146,5 p>0.05

Toelichting tabel: de antwoordscores lopen van 1. helemaal mee oneens t/m 5 helemaal mee eens

4.11 De relatie tussen normatieve opvatting afzonderlijke sociale relaties en intentie, gedrag, communicatie en advies over de griepprik

Zoals onderaan in paragraaf 4.10.4 vermeld wordt is er een driedeling gemaakt tussen de 'strong tie' (de partner), de overige sociale relaties (kinderen, broer(s) en zus(sen), vrienden en buren) en de 'weak tie' (huisarts). Bestaat er een relatie tussen de normatieve opvatting van een sociale relatie en de communicatie over de griep en de griepprik, het gedrag van een sociale relatie, het advies over het nemen van de griepprik en de componenten van de TPB en de PMT? In onderstaande tabellen worden de resultaten weergegeven (tabel 30 t/m 32).

Tabel 30 Correlaties normatieve invloed van de 'strong tie' partner met de scores op communicatie griep(prik), gedrag partner, advies, componenten TPB & PMT

Onderwerpen	Sociale norm partner
1. Communicatie over de griep en de griepprik	0,02
2. Gedrag partner	0,51*
3. Advies	0,46*
4. Attitude	0,67*
5. Intentie	0,85*
6. Responseffectiviteit	0,63*
7. Responskosten	0,11
8. Waarschijnlijkheid	0,61*
9. Ernst	0,44*
10. Angst	0,48*

Toelichting tabel: de normatieve invloed van de partner is afgeleid van vraag 36: mijn partner vindt dat ik een griepprik zou moeten halen. De antwoordscores lopen van 1. helemaal mee oneens t/m 5. helemaal mee eens. Adviesscore loopt van –1=afraden, 0=geen raad en 1=aanraden. Voorbeeldgedrag score loopt van 1. nooit, 2. soms, 3. vaak, 4. altijd. * p<0.01 (2-zijdig)

Uit tabel 30 komt naar voren dat er een significante samenhang bestond tussen de normatieve opvatting van de partner en het gedrag van de partner, het advies, de attitude, de intentie, de responseffectiviteit, de waarschijnlijkheid, de ernst en de angst. Deze samenhang bleek positief van aard. Als de normatieve invloed van de partner stijgt (dus positivisme ten aanzien van de griepprik wordt groter) dan zal de partner vaker een griepprik halen (gedrag partner). Als de normatieve invloed van de partner stijgt dan zal de mate van positief advies groter worden, maar ook zullen de houding ten opzichte van de griepprik, de intentie tot het nemen van een griepprik en de responseffectiviteit van het vaccin positiever worden. De inschatting tot het krijgen van griep (waarschijnlijkheid), de ernst van de ziekte griep en de angst die het krijgen van griep met zich meebrengt zullen groter worden. Tussen het praten over de griep en de griepprik en de normatieve opvatting van de partner bestond geen samenhang. Ook tussen de nadelen die zitten aan het uitvoeren van het gedrag (reponskosten) en de normatieve opvatting van de partner bleek geen relatie te bestaan.

Voor de overige sociale omgeving, waaronder kinderen, broer(s) en zus(sen), vrienden en buren vallen wordt in tabel 31 een overzicht gegeven van de resultaten.

Tabel 31 Correlaties normatieve invloed van de overige sociale omgeving, met de scores op communicatie griep(prik), gedrag overige sociale omgeving, advies, componenten TPB & PMT

Onderwerpen	Sociale norm overige sociale omgeving (kinderen, broer(s)/ zus(sen), vrienden/ buren)
1. Communicatie over de griep en de griepprik	0,18
2. Gedrag overige sociale omgeving	0,23*
3. Advies	0,21*
4. Attitude	0,54**
5. Intentie	0,63**
6. Responseffectiviteit	0,59**
7. Responskosten	0,10
8. Waarschijnlijkheid	0,54**
9. Ernst	0,36**
10. Angst	0,31**

Toelichting tabel: onder de overige sociale omgeving vallen de kinderen, broer(s)/ zus(sen) en de vrienden/ buren. De normatieve opvatting van de overige sociale omgeving ten aanzien van de griepprik is afgeleid van vragen 60,74,86. De antwoordscores lopen van 1. helemaal mee oneens t/m 5. helemaal mee eens. Adviesscore loopt van –1= afraden, 0= geen raad en 1=aanraden. Gedrag overige sociale omgeving score loopt van 1. nooit, 2. soms, 3. vaak, 4. altijd. * p<0.05 (2-zijdig), ** p<0.01 (2-zijdig)

Uit tabel 31 komt naar voren dat er een significante samenhang bestond tussen de normatieve opvatting van de overige sociale omgeving en het gedrag van de overige sociale omgeving, het advies, de attitude, de intentie, de responseffectiviteit, de waarschijnlijkheid, de ernst en de angst. Deze samenhang bleek positief van aard. Dus als het positivisme van de overige sociale omgeving stijgt dan zal de overige sociale omgeving vaker een griepprik halen (gedrag overige sociale omgeving), het advies over het krijgen van griepprik positiever worden. Ook zal de houding ten opzichte van de griepprik, de intentie tot het nemen van een griepprik en de responseffectiviteit van het vaccin positiever worden ingeschat als de normatieve invloed van de overige sociale omgeving stijgt. De waarschijnlijkheid tot het krijgen van griep, de ernst van de griep en de angst die het krijgen van griep met zich meebrengt, zullen hoger worden ingeschat. Tussen het praten over de griep en de griepprik en de normatieve opvatting van de overige sociale omgeving bestond geen samenhang. Ook tussen de nadelen die zitten aan het uitvoeren van het gedrag (reponskosten) en de normatieve opvatting van de overige sociale omgeving bleek geen relatie te bestaan.

Voor de huisarts is ook gekeken naar de samenhang tussen hoe de huisarts ten opzichte van de griepprik staat voor de respondent (normatieve opvatting) en de communicatie over de griep en de griepprik, het advies en de componenten van de TPB & PMT (tabel 32). Voor de communicatie over de griep en de griepprik en de responskosten bleek geen samenhang te bestaan. Tussen de normatieve opvatting van de huisarts en het persoonlijk advies bleek een positieve samenhang te bestaan. Als de normatieve opvatting van de huisarts positiever werd dan steeg het persoonlijk advies van de huisarts. Met anderen woorden: als de respondent inschatte dat de huisarts positief was over het nemen van een griepprik voor de desbetreffende respondent dan vond er vaker persoonlijk advies van de huisarts omtrent het geven van de griepprik plaats.

Tabel 32 Correlaties normatieve invloed van de 'weak tie' huisarts, met de scores op communicatie griep(prik), advies, componenten TPB & PMT

Onderwerpen	Sociale norm huisarts
1. Communicatie over de griep en de griepprik	0,16
2. Advies (persoonlijk)	0,24*
3. Attitude	0,68*
4. Intentie	0,69*
5. Responseffectiviteit	0,59*
6. Responskosten	0,00
7. Waarschijnlijkheid	0,58*
8. Ernst	0,55*
9. Angst	0,51*

Toelichting tabel: de normatieve opvatting van de huisarts ten aanzien van de griepprik is afgeleid van vraag 47: mijn huisarts vindt dat ik een griepprik zou moeten halen. De antwoordscores lopen van 1. helemaal mee oneens t/m 5. helemaal mee eens. Advies heeft betrekking op persoonlijk advies door de huisarts, dit houdt in dat de huisarts daadwerkelijk de griepprik aan- of afgeraden heeft aan de persoon, dus het krijgen van een oproep valt hier niet onder. De score loopt van 0.nee en 1.ja. Geen correlatie berekend voor gedrag huisarts, dit is niet bevraagd voor de sociale relatie huisarts. * $p<0.01$ (2-zijdig)

Er bleek een positief verband tussen de sociale norm van de huisarts (normatieve opvatting) en de attitude en de intentie. Voor de componenten van de PMT bleek dat er tussen de responseffectiviteit, de waarschijnlijkheid, de ernst en de angst een positief verband bestond.

4.12 Regressie analyse

Er is een regressie analyse uitgevoerd waarbij demografische, sociale omgeving variabelen, culturele varabelen alsmede de determinanten van de TPB en de PMT als onafhankelijke variabele zijn gebruikt. Deze analyse maakt het mogelijk om te kijken welke variabelen de gedragsintentie tot stand brengen. Er zijn twee regressie analyses uitgevoerd, omdat er verschillen kunnen ontstaan door volgorde van het invoeren.

In tabel 33 staan de resultaten weergegeven van de regressie analyse waarbij de TPB als eerste is ingevoerd. In tabel 34 staan de resultaten waarbij de PMT als eerst is ingevoerd.

Tabel 33 Resultaten regressie analyse op gedragsintentie

	Bèta	Bèta	Bèta	Bèta	Bèta
Demografische variabelen:					
Leeftijd	0,21	0,44	0,29	0,32	0,21
Verzekering	0,95**	0,29	0,23	0,09	-0,03
Opleiding	-0,67***	-0,17	-0,20	-0,15	-0,20
Risicoziekte	0,53***	0,03	0,05	0,02	0,01
Sociale omgeving variabelen:					
Partner					
Communicatie persoonlijke zaken		-0,06	-0,04	-0,02	-0,05
Communicatie over griep/ griepprik		-0,05	0,01	-0,03	0,15
Gedrag van partner		0,14	0,15	0,12	0,11
Advies van partner		0,01	-0,10	-0,06	-0,21
Normatieve opvatting van partner		0,63***	0,55***	0,44**	0,37*
Overige sociale omgeving					
Communicatie persoonlijke zaken		0,06	0,26	0,24	0,28
Communicatie over griep/ griepprik		0,21	0,11	0,05	-0,30
Gedrag van overige omgeving		0,03	-0,02	-0,02	0,03
Advies van overige omgeving		-0,03	-0,08	-0,12	-0,12
Normatieve opvatting overige sociale omgeving		0,03	0,06	0,04	0,04
Huisarts					
Communicatie over griep/ griepprik		0,06	-0,02	-0,11	0,00
Persoonlijk advies van huisarts		-0,43	-0,41	-0,36	-0,21
Normatieve opvatting huisarts		0,23	0,21	0,08	-0,06
Culturele variabele:					
Erroneous belief			-0,30*	-0,18	-0,22
Determinanten TPB:					
Attitude				0,36**	0,44**
Determinanten PMT:					
Responseffectiviteit					-0,33
Responskosten					-0,15
Waarschijnlijkheid					0,42**
Ernst					-0,04
Angst					0,01
R^2	0,254 (n=108)	0,823 (n=60)	0,840 (n=60)	0,869 (n=60)	0,897 (n=60)

Toelichting tabel: *=p<0.05, **= p<0.01 *** p<0.001
Het aantal n=60 in de regressie analyse kan verklaard worden doordat 60 respondenten aangaven dat zij alle sociale relaties (dus partner, kinderen, broers/zussen, vrienden/ buren en huisarts) in hun sociale omgeving aanwezig hadden.

De uitgevoerde regressie analyse verklaarde op basis van de demografische variabelen 25,4% van de variantie voor de gedragsintentie. Wanneer de sociale omgeving variabelen toegevoegd werden dan werd 82,3% van de variantie verklaard. Het toevoegen van de erroneous beliefs variabelen zorgde ervoor dat 84,0% van de variantie werd verklaard. Het component van de TPB verklaarde 87,0% van de variantie. Met het toevoegen van de componenten van de PMT werd zelfs 89,7% van de variantie verklaard. Wanneer de componenten van de PMT eerst werden ingevoerd (zie tabel 34) dan bleek dat de componenten van de PMT 87,1% van de variantie te verklaren. De TPB daarop volgende verklaarde 89,7% van de variantie.

Op basis van de tabel 33 waar de TPB als eerste werd ingevoerd, bleken de variabelen attitude en de normatieve opvatting van de partner van belang zijn voor de totstandkoming van de gedragsintentie. Wanneer de componenten van de PMT werden toegevoegd dan bleken de attitude, de normatieve opvatting van de partner en de waarschijnlijkheid een rol spelen bij het tot stand komen van de gedragsintentie.

Tabel 34 Resultaten regressie analyse op gedragsintentie

	Bèta	Bèta	Bèta	Bèta	Bèta
Demografische variabelen:					
Leeftijd	0,21	0,44	0,29	0,15	0,21
Verzekering	0,95**	0,29	0,23	0,13	-0,03
Opleiding	-0,67***	-0,17	-0,20	-0,23	-0,20
Risicoziekte	0,53***	0,03	0,05	0,05	0,01
Sociale omgeving variabelen:					
Partner					
Communicatie persoonlijke zaken		-0,06	-0,04	-0,08	-0,05
Communicatie over griep/ griepprik		-0,05	0,01	0,03	0,15
Gedrag van partner		0,14	0,15	0,14	0,11
Advies van partner		0,01	-0,10	-0,20	-0,21
Normatieve opvatting van partner		0,63***	0,55***	0,52***	0,37*
Overige sociale omgeving					
Communicatie persoonlijke zaken		0,06	0,26	0,21	0,28
Communicatie over griep/ griepprik		0,21	0,11	-0,10	-0,30
Gedrag van overige omgeving		0,03	-0,02	-0,02	0,03
Advies van overige omgeving		-0,03	-0,08	0,00	-0,12
Normatieve opvatting overige sociale omgeving		0,03	0,06	0,07	0,04
Huisarts					
Communicatie over griep/ griepprik		0,06	-0,02	0,08	0,00
Persoonlijk advies van huisarts		-0,43	-0,41	-0,23	-0,21
Normatieve opvatting huisarts		0,23	0,21	0,06	-0,06
Culturele variabele:					
Erroneous belief			-0,30*	-0,29	-0,22
Determinanten PMT:					
Responseffectiviteit				-0,04	-0,22
Responskosten				-0,02	-0,15
Waarschijnlijkheid				0,35*	0,42**
Ernst				-0,05	-0,04
Angst				0,06	0,01
Determinanten TPB:					
Attitude					0,44**
R^2	0,254 (n=108)	0,823 (n=60)	0,840 (n=60)	0,871 (n=60)	0,897 (n=60)

Toelichting tabel: *=p<0.05, **= p<0.01 *** p<0.001
Het aantal n=60 in de regressie analyse kan verklaard worden doordat 60 respondenten aangaven dat zij alle sociale relaties (dus partner, kinderen, broers/zussen, vrienden/ buren en huisarts) in hun sociale omgeving aanwezig hadden.

Uit de tweede regressie analyse (waar de PMT als eerste werd ingevoerd, zie tabel 34) bleek dat de normatieve opvatting van de partner en de waarschijnlijkheid tot het krijgen van griep, de gedragsintentie tot stand brachten. Wanneer de TPB werd toegevoegd dan bleken de waarschijnlijkheid tot het krijgen van griep, de attitude ten aanzien van de griepprik en de normatieve opvatting van de partner van belang te zijn.

5. Conclusie & Discussie

Het doel van het onderzoek was het in kaart brengen van de invloed van sociaal cognitieve, demografische, culturele factoren en de sociale omgeving op het influenza vaccinatiegedrag bij senioren ouder dan 65 jaar. De volgende vraag stond centraal in het onderzoek:

> *Wat is de invloed van sociaal cognitieve, demografische en culturele factoren en de sociale omgeving op het influenza vaccinatiegedrag van senioren ouder dan 65 jaar in Nederland?*

Om een antwoord te krijgen op de onderzoeksvraag, werd een vragenlijst opgesteld. Deze vragenlijst werd afgenomen onder senioren ouder dan 65 jaar (n=108). Deze personen kwamen voornamelijk uit Enschede. Op basis van het vaccinatiegedrag in de afgelopen vijf jaar van 108 respondenten kon een indeling worden gemaakt van griepprikkers (n=75) en niet-griepprikkers (n=33). Dit gaf de mogelijkheid om griepprikkers en niet-griepprikkers met elkaar te vergelijken. De sociaal cognitieve factoren zijn gemeten met behulp van de 'Theory of Plannend Behavior' (TPB) en de 'Protectie motivatie Theorie' (PMT). De TPB bestaat in totaal uit vier componenten. Dit onderzoek maakte echter gebruik van drie componenten. Het component de waargenomen gedragscontrole werd niet in dit onderzoek meegenomen. Dit omdat de persoon zelf niet bepaalde vaardigheden moet kunnen. Daarnaast bleek uit verscheidene studies dat dit geen belangrijke rol speelde om tot vaccineren over te gaan (Santibez et al., 2000; Zimmerman et al., 2003). De demografische factoren omvatten leeftijd, opleiding en verzekering. Daarnaast werd gekeken naar het hebben van wel of geen risicoziekte. Culturele aspecten omvatten de misvattingen oftewel de 'erroneous beliefs' die kunnen bestaan over de griep en de griepprik. Naast deze factoren is er dieper gekeken naar de invulling van de sociale omgeving van ouderen. Belangrijke relaties die mogelijk van invloed kunnen zijn op het vaccinatiegedrag kwamen aan de orde in de vragenlijst. Er is naar de intensiteit van een sociale relatie, de normatieve opvatting ten aanzien van de griepprik per sociale relatie, de communicatie over de griep en de griepprik met de sociale relaties, het vaccinatiegedrag van de relatie waarmee men omgang heeft en het advies van de relatie over het nemen van een griepprik. In dit hoofdstuk komen de conclusies aan bod die gebaseerd zijn op de resultaten van dit onderzoek. De conclusies worden aan de hand van de onderzoeksvragen behandeld en daarnaast zal worden besproken of de verwachtingen zijn uitgekomen.

5.1 De relatie tussen sociaal cognitieve factoren en het vaccinatiegedrag

Er is in dit onderzoek gekeken naar de verschillen tussen griepprikkers en niet-griepprikkers en de componenten van de Theory of Planned Behavior (TPB) en de Protectie Motivatie Theorie (PMT). De volgende deelvraag is gesteld:

1. Wat is het verschil tussen griepprikkers en niet-griepprikkers in de sociaal cognitieve factoren en de gedragsintentie van de TPB & PMT?

5.1.1 Verschillen griepprikkers en niet-griepprikkers in componenten TPB

Wanneer er gekeken werd naar de componenten van de TPB dan bleken deze allen significant van elkaar te verschillen tussen griepprikkers en niet-griepprikkers. De griepprikkers bleken een positievere attitude dan niet-griepprikkers te hebben, wat het totaaloordeel van de griepprik omvat in termen van positief of negatief (Ajzen, 1991).

Deze positievere houding kan verklaard worden, doordat griepprikkemers ervaringen hebben met de griepprik en daar meer open voor staan. Ook voor de subjectieve norm bestonden tussen griepprikkemers en niet-griepprikkemers verschillen. De griepprikkemers scoorden hoger op de vragen met betrekking tot de subjectieve norm. Griepprikkemers hechten in vergelijking met niet-griepprikkemers meer waarde aan de mening van belangrijke anderen in hun omgeving over het te vertonen gedrag. Ook bleek uit dit resultaat dat men meer gemotiveerd was om te conformeren aan het gedrag dat anderen goedkeurden. De gedragsintentie van griepprikkemers en niet-griepprikkemers bleek ook verschillend. Niet-griepprikkemers hadden een lagere gedragsintentie om een griepprik te halen, dan griepprikkemers. Deze resultaten bleken te voldoen aan de verwachtingen. Geconcludeerd kan dus worden dat griepprikkemers anders denken over de griepprik dan de niet-griepprikkemers.

5.1.2 Verschillen griepprikkemers en niet-griepprikkemers in componenten PMT

Voor de componenten van de PMT bleek dat griepprikkemers en niet-griepprikkemers van elkaar verschilden op de responseffectiviteit, de waarschijnlijkheid tot het krijgen van griep, de ernst van de griep en de angst die de ziekte griep met zich meebrengt. De griepprikkemers scoorden hoger op deze componenten dan de niet-griepprikkemers. Griepprikkemers zagen meer voordelen aan het halen van de griepprik, achtten het waarschijnlijker dat zij de griep krijgen, schatten de ernst van de ziekte hoger in en vonden het krijgen van de griep angstiger dan de niet-griepprikkemers. Geconcludeerd kan worden dat de griepprikkemers de risicoperceptie hoger inschatten dan de niet-griepprikkemers. Dit komt overeen met verscheidende studies waar ook het belang van de risicoperceptie wordt aangetoond en waar de effectiviteit van de griepprik (voordelen van de griepprik) naar voren komt (bijvoorbeeld Toscani et al., 2003; Telford & Rogers, 2003; Santibez et al., 2003 Chapman & Coups, 1999; Evans & Watson, 2003; Opstelten et al, 2001; Nexoe et al., 1999; etc.). De gevonden resultaten van dit onderzoek voldoen aan de gestelde verwachtingen. Er werd verwacht dat griepprikkemers en niet-griepprikkemers anders dachten over de griepprik en dat bleek inderdaad het geval. Alleen kwam deze verwachting niet uit voor de nadelen die aan het uitvoeren van het gedrag vastzaten. De nadelen die men ervaart bleken voor griepprikkemers en niet-griepprikkemers niet verschillend. Met de nadelen aan het uitvoeren van het gedrag werd er in dit onderzoek dus gerefereerd naar de bijwerkingen van het vaccin. Verwacht werd dat de griepprikkemers de nadelen van de vaccinatie minder zagen dan de niet griepprikkemers. In dit onderzoek kon dit niet worden bevestigd. Niet-griepprikkemers legden in dit onderzoek dus niet meer de nadruk op de nadelen van de griepprik, dan griepprikkemers. Deze resultaten bleken in tegenspraak met eerder onderzoek. Bijvoorbeeld met het onderzoek van Cornford & Morgan (1999), waar personen die negatief ten aanzien de vaccinatie stonden meer nadruk legden op de nadelen van de griepprik. Hierbij dient opgemerkt te worden dat erin het onderzoek van Cornford & Morgan (1999) andere nadelen worden betrokken en dat de nadelen meer algemeen bevraagd werden (bijvoorbeeld het in zijn geheel niet lekker voelen na de vaccinatie). In dit onderzoek werden de nadelen meer gespecificeerd (zoals hoofdpijn, lusteloosheid etc.) Ook bevroegen Cornford & Morgan (1999) in hun studie of men meer verkoudheden heeft ervaren na het halen van een vaccinatie. In dit onderzoek werd dit niet bevraagd.

5.2 De relatie tussen demografische factoren en het vaccinatiegedrag

De volgende deelvragen gaan in op de relatie van de demografische factoren en het vaccinatiegedrag. Deze factoren waren: leeftijd, verzekering, opleiding en daarnaast werd er gekeken naar het hebben van wel of geen risicoziekte. Er is gekeken naar de relatie tussen deze demografische factoren en de sociale cognities van de Theorie van het geplande gedrag (TPB) en de Protectie motivatie theorie (PMT). De volgende vragen zijn gesteld:

2. Wat is het verschil tussen griepprikkemers en niet-griepprikkemers in de demografische factoren (leeftijd, verzekering en opleiding) en het hebben van wel of geen risicoziekte?

3. Welke relatie bestaat er tussen leeftijd, verzekering, opleiding, risicoziekte van senioren op de sociale cognities en de gedragsintentie van de TPB en de PMT ten opzichte van het vaccinatiegedrag?

5.2.1 Verschillen griepprikkemers en niet-griepprikkemers in demografische factoren

De tweede deelvraag, zal eerst behandeld worden. Uit de resultaten van dit onderzoek kwam naar voren dat griepprikkemers en niet-griepprikkemers niet van elkaar verschilden wat betreft leeftijd en verzekering. Deze resultaten komen niet overeen met eerder uitgevoerde onderzoeken. Eerder uitgevoerde studies laten wel een relatie zien tussen leeftijd en het nemen van een vaccinatie (Essen et al., 1995; Essen et al., 1997; Chapman & Coups, 1999; Bovier et al., 2001). Dit kan verklaard worden doordat deze studies zich ook richten op personen jonger dan 65 jaar. In dit onderzoek werden alleen senioren ouder dan 65 jaar betrokken. Daarom is wellicht geen relatie tussen deze zaken gevonden. De verwachting omtrent verzekering is afgeleid van de studie van Opstelten et al. (2001). In deze studie werd aangetoond dat de manier van verzekeren samenhing met het vaccinatiegedrag. Dit kon echter niet worden bevestigd. Griepprikkemers en niet-griepprikkemers bleken niet te verschillen op de manier waarop zij verzekerd waren. Verder kan geconcludeerd worden dat niet-griepprikkemers een hogere opleiding hadden genoten dan griepprikkemers en dat risicoziekten vaker voorkwamen bij griepprikkemers.

De derde deelvraag heeft betrekking op demografische factoren en de componenten van de TPB en de PMT. Deze zal nu behandeld worden.

5.2.2 Relatie demografische factoren en de TPB & PMT

Voor de leeftijd, verzekering, opleiding en het hebben van wel of geen risicoziekte werd gekeken naar de relatie tussen deze factoren en de componenten van de Theory of Planned Behavior (TPB) en naar de componenten van de Protectie Motivatie Theorie (PMT).

<u>Leeftijd en opleiding</u>

Wat betreft de derde deelvraag kan worden geconcludeerd dat leeftijd geen rol speelde voor de componenten van de TPB. Voor de PMT bleek alleen de ernstperceptie gerelateerd aan de leeftijd. Senioren in de leeftijdscategorie van 75-88 jaar schatten de ernst hoger in, dan senioren jonger dan 75 jaar. De verwachting die gesteld was omtrent de factor leeftijd was dat het jonger dan 75 jaar een negatieve invloed had op de sociale cognities en de gedragsintentie van de TPB en de PMT. Voor slechts één component van de PMT, namelijk de ernst, bleek dat de leeftijd hieraan gerelateerd was. Het ouder zijn dan 75 jaar, zorgde ervoor dat de ernst van de ziekte griep hoger werd ingeschat. Een verklaring hiervoor kan zijn dat personen die ouder zijn dan 75 jaar zichzelf kwetsbaarder achten, omdat zij al wat ouder zijn en wellicht meer gezondheidsklachten ervaren dan personen onder de 75 jaar.

Wat betreft de opleiding bleek dat het hebben van een lage opleiding ertoe leidt dat men de componenten van de TPB en de responseffectiviteit en de waarschijnlijkheid van de PMT positiever inschat. De verwachting omtrent de opleiding was dat het hebben van een hoge opleiding een positieve invloed had op de sociale cognities en de gedragsintentie van de TPB en de PMT. Geconcludeerd wordt dat hoger opgeleiden minder geneigd zijn om een griepprik te nemen dan lager opgeleiden.

Dit geldt ook voor de inschatting van de responseffectiviteit en de waarschijnlijkheid van de PMT. De verwachting bleek voor de opleiding dus niet uit te komen. Een mogelijke verklaring is dat lager opgeleiden klakkeloos op de oproep van de dokter afgaan en denken dat de dokter wel zal weten wat goed voor hen zal zijn. Hoger opgeleiden zijn wellicht in vergelijking met lager opgeleiden kritischer en gaan niet klakkeloos in op de oproep van de dokter. Wellicht denken zij meer na over het uit te voeren gedrag (halen van een griepprik, effectiviteit daarvan en het krijgen van de griep etc).

Verzekering en risicoziekte
Bij het hebben van een particuliere verzekering werd verwacht een negatieve invloed te hebben op de cognities en de gedragsintentie van de TPB en de PMT. Geconcludeerd kan worden dat verzekering voor de TPB geen invloed bleek te hebben. Voor de PMT bleek dat particulieren meer responskosten (nadelen) zagen dan ziekenfonds verzekerden (dus bijvoorbeeld bijwerkingen, zoals gevoelige en rode arm en griepprik leidt tot hoofdpijn, waaronder ook het nemen van een griepprik zelf is pijnlijk valt). Een mogelijke verklaring hiervoor kan zijn dat particulier verzekerden bijvoorbeeld slechts een deel (of geen, afhankelijk van verzekeringmaatschappij) van de kosten van een griepvaccin vergoed krijgen en dat zij daarom meer nadelen ervaren dan ziekenfonds verzekerden. Een andere verklaring is dat particulier verzekerden wellicht kritischer zijn ten aanzien van de nadelen van de griepprik, dan personen die ziekenfonds verzekerd zijn. Dit kan veroorzaakt zijn door bijvoorbeeld een ander opleidingsniveau. Wat betreft risicoziekte en de componenten van de TPB bleek dat indien men lijdt aan een risicoziekte men positiever scoorde op de componenten van de TPB. Het hebben van een risicoziekte kan ertoe leiden dat respondenten zichzelf kwetsbaarder achten. Dit omdat zij al aan een risicoziekte lijden en dat ze daarom op een andere manier met hun gezondheid omgaan en deze in stand willen houden. Ook voor enkele componenten van de PMT (waarschijnlijkheid, ernst en de angst) bleek dat het hebben van een risicoziekte ervoor zorgde dat men deze componenten positiever inschatten. De gevonden resultaten met betrekking tot het hebben van een risicoziekte komen overeen met andere studies en voldoen aan de verwachtingen (Bovier et al., 2001; Evans & Watson, 2003 & Kroneman & Verheij, 2003).

5.3 De relatie tussen culturele factoren en het vaccinatiegedrag
De culturele factor omvatte het hebben van erroneous beliefs ten aanzien van de griepprik. Er werd in dit onderzoek dus gedoeld op de misvattingen die respondenten konden hebben over de griep en de griepprik. De volgende vragen werden met betrekking tot de erroneous beliefs gesteld:

4. Wat is het verschil tussen griepprikkers en niet-griepprikkers in het bestaan van 'erroneous beliefs' oftewel de misvattingen over de griep en de griepprik?

5. Is de mate waarin senioren 'erroneous beliefs' bezit gerelateerd aan de sociale cognities en de gedragsintentie van de TPB & PMT?

5.3.1 Verschillen griepprikkers en niet-griepprikkers op culturele factoren
Geconcludeerd kon worden dat het vertrouwen in erroneous beliefs vaker voorkwam bij niet-griepprikkers dan bij griepprikkers. Wanneer de mythen op individueel niveau bekeken werden dan bleken griepprikkers hoger te scoren op de volgende mythen: de griep wordt veroorzaakt door op de tocht te zitten en de griep wordt veroorzaakt door zonder jas naar buiten te gaan. Voor de andere mythen gold (de andere drie misvattingen meegenomen in het onderzoek) dat niet-griepprikkers hierop hoger scoorden (dus hiermee vaker het eens waren) dan griepprikkers. Geconcludeerd kan worden dat zowel bij griepprikkers als bij niet-griepprikkers misvattingen omtrent de griep en de griepprik bestaan, maar dat niet-griepprikkers in meer misvattingen geloven.

5.3.2 Relatie culturele factoren en de Theory of Planned Behavior

Er werd in dit onderzoek gekeken naar de relatie tussen het geloven in 'erroneous beliefs' en de componenten van de Theory of Planned Behavior (TPB), waaronder dus de attitude, subjectieve norm en de gedragsintentie vallen.

Tussen het hebben van erroneous beliefs en de componenten van de TPB bleken significante negatieve verbanden te bestaan. Hieruit kan geconcludeerd worden dat het vertrouwen in de mythen het vaccinatiegedrag ondermijnen (dus het adaptieve gedrag wordt dan minder uitgevoerd). Deze bevindingen voldoen aan de gestelde verwachtingen.

5.3.3 Relatie culturele factoren en de Protectie Motivatie Theorie

Er is gekeken naar de relatie tussen het geloven in 'erroneous beliefs' en de componenten van de Protectie Motivatie Theorie (PMT), waaronder dus de responseffectiviteit, de responskosten, de waarschijnlijkheid, de ernst en de angst vallen.

Uit het onderzoek bleek dat naarmate men meer vertrouwen heeft in de mythen omtrent de griepprik, de responseffectiviteit (dus de voordelen die aan het halen van een griepprik zitten) en de waarschijnlijkheid tot het krijgen van griep dan daalt. Daarnaast bleek dat als men meer vertrouwen heeft in de mythen, de responskosten (de nadelen van de griepprik die men ervaart) ook omlaag gaan. Geconcludeerd kan worden dat het geloof in de mythen het halen van een griepprik ondermijnen. Dit resultaat voldoet aan de vooraf gestelde verwachtingen. Deze negatieve verbanden kunnen verklaard worden doordat de mythen die in dit onderzoek mee zijn genomen ook betrekking hebben op de waarschijnlijkheid tot het krijgen van griep (goede gezondheid, dan geen griepprik nodig of de griepprik verzwakt de natuurlijke weestand) en de voordelen die aan de griepprik zitten (zoals bijvoorbeeld de griepprik leidt tot ergere griep, of tot bijwerkingen). Naarmate de respondenten meer vertrouwen hebben in deze mythen dan is ook te verwachten dat dan de waarschijnlijkheid en de responseffectiviteit daalt. De nadelen die men ervaart gaan door het geloof in de mythen omlaag. Dit kan wellicht verklaard worden, omdat mythen het gedrag ondermijnen en men dan helemaal geen last meer hoeft te hebben van de nadelen die de griepprik met zich meebrengt.

5.4 De relatie tussen sociale omgeving factoren en het vaccinatiegedrag

In dit onderzoek werd ook dieper gekeken naar de sociale omgeving van ouderen. Uit dit onderzoek kwam naar voren dat het praten over persoonlijke zaken met name met de partner besproken wordt. Met deze relatie wordt vaker als 1 keer in de week gepraat over de persoonlijke zaken. De theorie van Grannovetter (1982) gaat ervan uit dat de partner dan een 'strong tie' is. Met de andere sociale relaties, zoals de kinderen, broers en zussen, vrienden en buren, wordt gemiddeld 1 keer in de week de persoonlijke zaken besproken. Deze cijfers met betrekking tot de sociale contacten van ouderen bleken iets minder hoog dan de cijfers van het CBS (2004b), waar men één keer in de week of vaker met de sociale omgeving sprak. Deze sociale relaties kunnen daarom worden aangeduid als 'weak ties'. Er werd echter gekozen om deze relaties aan te duiden als overige sociale omgeving. Wanneer men deze sociale relaties vergeleek met de huisarts dan bleken de overige sociale relaties niet 'strong', maar ook niet 'weak' te zijn. De huisarts was namelijk een 'weak tie', omdat er van geen wederzijdse emotionele binding tussen de personen sprake was. Op deze manier is er aan een indeling van de sociale relaties van ouderen gekomen.

De volgende deelvragen die betrekking hebben op de sociale omgeving werden bevraagd in dit onderzoek:

6. Bestaat er een relatie tussen het wel of geen griepprik nemen en de communicatie over de griep en de griepprik met verschillende sociale relaties, het gedrag van een sociale relatie en het advies dat men krijgt van een sociale relatie over het vaccineren tegen de griep?

7. Bestaat er een verschil in normatieve invloed van zwakke en sterke sociale relaties op de sociale cognities en de gedragsintentie van de TPB & PMT?

8. Bestaat er een verschil in de normatieve invloed van zwakke en sterke sociale relaties op de communicatie over de griep en de griepprik, het gedrag van een sociale relatie en het advies dat men krijgt van een sociale relatie over het vaccineren tegen de griep?

Allereerst zal deelvraag 6 worden behandeld en dan zal worden overgegaan op de deelvragen 7 en 8.

Uit de resultaten van dit onderzoek kan geconcludeerd worden dat er vrij beperkt gecommuniceerd wordt over de griep en de griepprik met het netwerk. De verschillen tussen griepprikkenemers en niet-griepprikkenemers bleken alleen voor te komen voor de sociale relatie vrienden en buren. De griep en de griepprik als onderwerp van gesprek met vrienden en buren bleek vaker voor te komen bij de griepprikkenemers dan de niet-griepprikkenemers. Mogelijk staan deze personen er meer voor open dan niet-griepprikkenemers, wat ertoe kan leiden dat er met vrienden en buren meer over gecommuniceerd wordt. Echter kunnen vrienden en buren aangeduid worden als 'weak ties', dus als zwakke relaties. Voor de sociale relatie partner kan vermeld worden dat het gedrag en het advies van de partner verschillend bleek voor de griepprikkenemers als de niet-griepprikkenemers. Partners van griepprikkenemers haalden veelal ook de griepprik en geven geen raad of raden de griepprik juist aan. Geconcludeerd kan worden dat partners de gelijkheid in stand trachten te houden (uitgaande van de theorie van Granovetter, 1982). Voor de overige sociale relaties (kinderen, broers en zussen, vrienden en buren) bleken geen verschillen te bestaan tussen het gedrag van deze sociale relaties en de (niet)-griepprikkenemers. Ook werd er veelal geen raad gegeven door deze sociale relaties. Wel bleek dat griepprikkenemers vaker persoonlijk advies hadden gekregen van de huisarts dan de niet-griepprikkenemers. Dit komt overeen met de studie van Toscani et al. (2003). Uit deze studie bleek dat personen die geïnformeerd zijn door een arts significant vaker ingeënt waren. Uit deze gegevens kan worden geconcludeerd dat er weinig verschillen bestaan tussen griepprikkenemers en niet-griepprikkenemers en de communicatie, advies en het gedrag van andere sociale relaties. Er werd beperkt over het onderwerp griep en de griepprik gecommuniceerd en veelal werd geen advies gegeven. Dit bleek te gelden voor zowel griepprikkenemers als niet-griepprikkenemers. Alleen voor de 'strong tie' partner bleken er wel verschillen te bestaan, wat betreft gedrag en advies. Ook voor de 'weak tie' huisarts bestond een verschil met betrekking tot het persoonlijk advies. Verwacht werd echter ook dat het netwerk een rol zou spelen en dan met name bij personen die geen ervaringen hebben met de influenza vaccinatie. Indien men zelf geen ervaringen heeft met het inenten tegen influenza is het interessant om te weten hoe de percepties met betrekking tot de griepprik gevormd kunnen zijn. Het netwerk bleek in dit onderzoek een beperkte rol te spelen om aan informatie te komen omtrent de influenza vaccinatie. Er werd weinig gecommuniceerd met de sociale relaties over de griep en de griepprik en ook gaf de sociale omgeving weinig advies over het nemen van een influenza vaccinatie. De keuze om wel of niet tot een influenza vaccinatie over te gaan bleek dus een vrij individuele keuze. Grannovetter (1982) beschrijft in zijn theorie dat zwakke banden van belang zijn om aan informatie te komen. Uit dit onderzoek bleek dat personen waarmee men geen diepgaande contacten heeft, geen belangrijke rol spelen om aan informatie en advies te komen.

De volgende deelvragen (nummer 7 en 8) hebben betrekking op de normatieve invloed (ook wel sociale norm genoemd) per sociale relatie. Uit de resultaten van dit onderzoek komen de volgende bevindingen: er blijkt dat er een positieve relatie bestaat tussen de sociale norm van de 'strong tie' partner, de overige sociale omgeving en de 'weak tie' huisarts en het gedrag, advies, attitude, intentie, responseffectiviteit, waarschijnlijkheid, de ernst en de angst. Dus als de sociale norm van de sociale relatie ten aanzien van de griepprik groter wordt dan stijgen de bovengenoemde componenten. Het wordt dan waarschijnlijker dat de respondent een griepprik haalt. Voor de sociale norm van deze relaties en de communicatie over de griep en de griepprik, als ook voor de responskosten werd geen samenhang gevonden. Hieruit kan geconcludeerd worden dat de verwachtingen van anderen gerelateerd zijn aan de perceptie van de componenten van de TPB en de PMT, en het gedrag en het advies over het nemen van een griepprik. De opvattingen van anderen (zowel van strong als weak ties) spelen dus een rol bij de inschatting van de componenten van de TPB en de PMT.

Men kan zich echter afvragen welke factoren (dus demografische, sociale omgeving, culturele en sociaal cognitieve factoren) de intentie van het gedrag bepalen. In de volgende paragraaf wordt uiteengezet welke factoren de intentie tot het uitvoeren van het gedrag tot stand brengen.

5.5 Multivariate analyse

Uit de regressie analyse kwam naar voren dat een aantal factoren van belang zijn bij het tot stand komen van de gedragsintentie met betrekking tot het influenza vaccinatiegedrag van senioren ouder dan 65 jaar. Er zijn vier lagen meegenomen in dit onderzoek, namelijk demografische variabelen, sociale omgeving variabelen, culturele variabelen en de sociaal cognitieve variabelen.

De demografische variabelen verklaarden 25,4% van de variante ten opzichte van de intentie tot het influenza vaccinatiegedrag. De verzekering, opleiding en risicoziekte bleken variabelen die de intentie tot stand brengen. De demografische en de sociale omgevingvariabelen bepaalden gezamenlijk 82,3% van de variantie ten opzichte van het influenza vaccinatiegedrag. Dan bepaalden de verzekering, opleiding en risicoziekte niet meer de intentie tot het gedrag, maar de sociale norm van de partner. Het toevoegen van de erroneous beliefs aan de regressie analyse zorgde ervoor dat 84,0% werd verklaard. Zowel de erroneous beliefs als de sociale norm van de partner bepaalden dan de intentie tot het gedrag. Bij het toevoegen van de componenten van de TPB werd 87,0% van de variantie verklaard. Dan werd de intentie van het gedrag bepaald door het positivisme van de partner en de attitude. Het toevoegen van de componenten van de PMT zorgden ervoor dat 89,9% verklaard werd. De intentie tot het gedrag werd dan tot stand gebracht door de sociale norm van de partner, de attitude ten aanzien van de griepprik en de waarschijnlijkheid tot het krijgen van griep. Wanneer de PMT als eerste werd ingevoerd en daarna de TPB, dan bleken dezelfde variabelen de intentie tot het gedrag te bepalen.

Geconcludeerd kan worden dat een aantal cognities van de TPB en de PMT, als de opvatting van de partner (sociale norm), een rol spelen bij het tot stand komen van de gedragsintentie ten opzichte van het influenza vaccinatiegedrag. De sociale relatie partner kon als enigste als 'strong tie' aangeduid worden en ook laat dit onderzoek zien dat de sociale norm van de partner een belangrijk onderdeel vormde voor het bepalen van de intentie om wel of niet te vaccineren. De partner bleek dus een belangrijke persoonlijkheid wanneer het gaat over de keuze om wel of geen griepprik te nemen. Uitgaande van de theorie van Granovetter (1982) bleek dat men inderdaad de 'homophily' of de gelijkheid in stand tracht te houden. Dit omdat uit de regressieanalyse bleek dat de sociale norm van de partner, die men als een 'strong tie' beschouwd belangrijk was bij het tot stand komen van het vaccinatiegedrag.

De invloed van de sociale omgeving (oftewel de invloed van de partner) bij het tot stand komen van het gedrag komt uit dit onderzoek naar voren. De invloed van de sociale omgeving is ook naar voren gekomen uit eerder uitgevoerde onderzoeken (Chapman & Coups, 1999; Telford & Rogers, 2003). Wat verder opvalt in dit onderzoek is dat de bijwerkingen (nadelen van de vaccinatie) geen belangrijke rol speelden. Dit bijvoorbeeld in vergelijking met de studie van Essen et al. (1995), waar de angst voor de bijwerkingen de grootste voorspeller bleek van de intentie.

Uit dit onderzoek bleek dat zowel de sociale omgeving als de risicoperceptie (waarschijnlijkheid) een rol te spelen. Net zoals voorgaande studies uitwezen, werd ook in dit onderzoek de invloed van de sociale cognities bevestigd (zie hoofdstuk 2 voor overzicht psychologische factoren, paragraaf 2.3). Wat echter nog niet bekend was, hoe de sociale cognities zelf tot stand kwamen. In dit onderzoek werden daarom andere variabelen (demografische, sociale omgeving als culturele variabelen) meegenomen die een rol zouden kunnen spelen bij het tot stand komen van deze sociale cognities. Uit de resultaten van dit onderzoek kan geconcludeerd worden dat de demografische, sociale omgeving als culturele variabelen zowel een directe als indirecte rol spelen bij het tot stand komen van de sociale cognities. Het bleek zinvol om dieper in te gaan op de sociale omgeving en de mythen met betrekking tot de griepprik mee te nemen als een variabele die het gedrag tracht te verklaren. Findlay et al. (2000) concluderen ook dat populaire mythen over de griep en de griepprik de keuze om een vaccinatie te nemen beïnvloedt. In dit onderzoek bleken de mythen een indirecte rol te spelen bij het tot stand komen van het gedrag. De determinanten, zoals attitude en de waarschijnlijkheid zijn factoren die men kan trachten te beïnvloeden. Deze denkwijzen bepalen het gedrag van de respondenten. Er zal nu worden ingegaan op de directe en indirecte factoren, die men mogelijk kan beïnvloeden. Dit zal worden behandeld in paragraaf 5.6, waar de aanbevelingen aan de orde komen.

5.6 Aanbevelingen

Er kan geconcludeerd worden dat een aantal cognities van de TPB en PMT een grote rol spelen bij het tot stand komen van de gedragsintentie. Dit onderzoek laat tevens zien dat zowel demografische, culturele als omgevingsfactoren een directe of indirecte rol speelden bij het tot stand komen van de gedragsintentie. Het is dan ook aanbevelingswaardig deze aspecten mee te nemen bij het verklaren en voorspellen van het influenza vaccinatiegedrag. Om de vaccinatiegraden te vergroten en als uiteindelijk doel de mortaliteit te verlagen dienen deze aspecten meegenomen te worden bij interventies op het gebied van het influenza vaccinatiegedrag. De directe en indirecte factoren zijn mogelijke aanknopingspunten om gedrag te beïnvloeden. Vanuit het voorlichtingskundig perspectief zal in deze paragraaf nader ingegaan hoe het vaccinatiegedrag onder ouderen bevorderd zou kunnen worden.

Wanneer men de vaccinatiegraden zou willen bevorderen, dan dient het de aanbeveling om interventies te laten richten op de attitude, de waarschijnlijkheid en de erroneous beliefs die kunnen bestaan over de griepprik. Dit omdat uit dit onderzoek bleek dat deze zaken (direct of indirect) de intentie van het gedrag bepaalden. Ook de sociale norm van de partner bleek de intentie tot het gedrag te bepalen. Dit lijkt echter een moeilijk aanknopingspunt voor verandering, dit omdat partners veelal een eenheid vormen. Het is van groot belang om de mythen met betrekking tot de griepprik aan te pakken. Deze mythen ondermijnen het vaccinatie gedrag van senioren ouder dan 65 jaar. Dit omdat het vertrouwen in de ‘erroneous beliefs’ negatief samenhing met de inschatting van de waarschijnlijkheid en de attitude. De attitude en de waarschijnlijkheid worden dus gekleurd door de mythen omtrent de griepprik waarin men gelooft. De attitude in dit onderzoek bevraagt of men het verstandig en zinvol vindt om te vaccineren. Deze vragen gaan dus dieper in op de algemene houding van een persoon.

Wil men deze trachten positiever te maken, dan dient men dus bijvoorbeeld nieuwe argumenten aan te dragen die de zinvolheid en verstandigheid van de vaccinatie ondersteunen (waaronder dus het weerleggen van de mythen). Voor de waarschijnlijkheid, waar de kans op het krijgen van griep bevraagd wordt in de vragenlijst, kan bijvoorbeeld betere risico-informatie gegeven worden. De mythen die er heersen omtrent de griepprik dienen dus ook bij de risico-informatie behandeld te worden. Er dienen dus argumenten aangevoerd te worden die de erroneous beliefs tegenspreken om zodoende de verkeerde veronderstellingen te corrigeren. Dit kan bijvoorbeeld door voorlichtingsfolders te ontwikkelen die aandacht schenken aan deze misvattingen. Een mogelijkheid zou kunnen zijn deze folder bij de oproep van de dokter te verspreiden. Ook is het een mogelijkheid om een landelijke campagne te ontwikkelen die met deze zaken rekening houdt. Vervolgonderzoek zou zich kunnen richten op de manier hoe dit gecommuniceerd zou kunnen worden naar de senioren en of de kosten van de voorlichting opwegen tegen de gezondheidswinst die geboekt zal worden.

5.7 Beperkingen van het onderzoek

Bij dit onderzoek dient men rekening te houden met een aantal beperkingen. Ook bij vervolgonderzoek dient men hier rekening mee te houden.

Inzet sociale cognitiemodellen

Uit dit onderzoek bleek dat de ingezette sociale cognitiemodellen bruikbaar waren om het gezondheidsgedrag influenza vaccinatie te voorspellen. De ingezette sociale cognitiemodellen in dit onderzoek hebben echter een beperkte plaats voor emotionele reacties die een rol kunnen spelen bij het uitvoeren van gezondheidsgedragingen. Er wordt bijvoorbeeld wel gevraagd of men de prik zelf angstig vindt, maar de angst voor bloed komt niet duidelijk naar voren in dit onderzoek. Deze angstgevoelens kunnen op hun beurt weer leiden tot een bepaald gedrag. Ook principes van personen worden in dit onderzoek niet in kaart gebracht. Hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan: ik prefereer liever een homeopathisch middel, dan een vaccinatie. Of dat men überhaupt al niet gauw gebruik maakt van medicijnen en bijvoorbeeld dat men tegen inenten in het algemeen is. Het eerder uitgevoerd gedrag en de oproep van de dokter wordt nu niet in verband gebracht met de gedragsintentie. Deze aspecten zouden in een toekomstig onderzoek in relatie kunnen worden gebracht met het influenza vaccinatiegedrag. In dit onderzoek wordt getracht deze tekortkoming op te vangen door de gedragsintentie met betrekking tot de influenza vaccinatie vanuit meerdere invalshoeken te benaderen. Dit wordt gedaan door de demografische, culturele en sociale omgeving factoren ook te belichten. Het is echter mogelijk dat deze factoren een rol kunnen spelen. Toekomstig onderzoek zou bijvoorbeeld ook deze aspecten mee kunnen nemen om de gedragsintentie ten aanzien van de influenza vaccinatie te bepalen.

Onderzoeksgroep

Een deel van de ouderen populatie, voornamelijk uit Enschede, werd in dit onderzoek betrokken. Drie verschillende manieren zijn ingezet om aan deze onderzoeksgroep te komen. Bij de persoonlijke benadering waren de bezochte locaties vooraf bepaald, om aan respondenten te komen. Niet alle locaties waar ouderen woonachtig kunnen zijn in Enschede zijn meegenomen in dit onderzoek. Om een aselecte steekproef te verkrijgen, zou dit bij vervolgonderzoek in acht genomen moeten worden. Deze manier is ingezet vanwege praktische overwegingen en de beperkte middelen. Het ophangen van oproepen was een gerichte manier om niet-griepprikkers te achterhalen. Ook het achterhalen van respondenten via kennissen is een gerichte manier om aan respondenten te komen. Personen die via deze gerichte manier geselecteerd zijn kunnen mogelijk niet representatief zijn voor de populatie. Dit omdat zij bijvoorbeeld extra gemotiveerd waren om daadwerkelijk mee te werken (Hayes, 1992).

Er zullen bijvoorbeeld wel meerdere niet-griepprikkers de oproepen gelezen hebben, maar slechts een aantal hebben ook daadwerkelijk gereageerd en deze respondenten kunnen dan extra gemotiveerd zijn om deel te nemen. Gekeken naar de achtergrondkenmerken van de onderzoeksgroep, dan kan gesteld worden dat deze voor de gemiddelde Nederlander van 65 jaar of ouder zou kunnen gelden (ziekenfonds verzekerd, getrouwd, basisonderwijs of minder voltooid). Daarom zou gesteld kunnen worden dat de resultaten van het onderzoek vertaald kunnen worden naar de doelpopulatie. In de ideale situatie zou een samenwerkingsverband met huisartsen opgestart kunnen worden. Bij toekomstig onderzoek met betrekking tot de griepprik zou de onderzoeker dit zeker overwegen. Het geeft namelijk de mogelijkheid om zowel wel griepprikkers als geen griepprikkers te achterhalen en te benaderen en daarvan een evenwichtige verdeling plaats te laten vinden. Echter de inzet van verschillende methoden bij dit onderzoek heeft tot een redelijk aantal respondenten geleid en schetst een beeld van personen die wel en niet tot een influenza vaccinatie overgaan. Ook werd met dit onderzoek achterhaald welke variabelen een rol speelden voor senioren ouder dan 65 jaar, om wel of niet tot een influenza vaccinatie over te gaan. Deze gevonden resultaten lieten een grote voorspellende waarde van de gedragsintentie zien (bijna 90% verklaard). Hierbij dient opgemerkt te worden dat de regressie analyse niet voor de gehele onderzoeksgroep (n=108) werd uitgevoerd. Dit bleek niet mogelijk doordat bij een aantal respondenten bepaalde sociale relaties niet aanwezig waren in de omgeving. Indien een respondent geen partner had dan werd deze ook niet meegenomen in de analyse. Uit de regressie analyse bleek echter dat de verwachting van de partner een belangrijke rol speelde bij de totstandkoming van de intentie (van de personen die dus nog wel een partner hadden). Replicatie van het onderzoek is noodzakelijk. Zowel bij de doelgroep van dit onderzoek als voor andere groepen (bijvoorbeeld personen jonger dan 65 jaar, of bij vaccinaties voor kinderen). Replicatie maakt het mogelijk meer vertrouwen te hechten aan de gevonden resultaten, indien bij vervolgonderzoek dezelfde resultaten gevonden worden. Replicatie van het onderzoek bij senioren ouder dan 65 jaar is daarom aanbevelenswaardig. Daarnaast is het een mogelijkheid om bij andere groepen het onderzoek uit te voeren. Dit om bijvoorbeeld te achterhalen of de misvattingen dan ook een rol spelen bij het influenza vaccinatiegedrag. De resultaten van een onderzoek van het Universitair Centrum Utrecht (UMC) uitgevoerd in opdracht van het College van Zorgverzekeringen, laat zien dat de griepprik complicaties in aanzienlijke mate bij alle leeftijdsgroepen kan voorkomen. Vervolgonderzoek zou zich kunnen richten op welke factoren de gedragsintentie van personen jonger dan 65 jaar tot stand brengen (ANP, 2005). In dit onderzoek zijn respondenten die alleenstaand waren onderbelicht gebleven. Bij vervolgonderzoek zou men ook naar deze alleenstaanden kunnen kijken. Dit geeft de mogelijkheid om te achterhalen of andere sociale relaties dan wellicht een belangrijke rol spelen bij het tot stand komen van de intentie.

Een andere beperking van dit onderzoek is dat sociale wenselijkheid een rol kan hebben gespeeld. Dit omdat de onderzoeker bepaalde respondenten geholpen heeft met het invullen van de vragenlijst. Zo kunnen de respondenten het idee hebben dat de onderzoeker bijvoorbeeld zelf voor de griepprik was en dat de onderzoeker trachtte de griepprik te promoten. Dit zou er toe kunnen leiden dat zij zich daarom positiever hebben uitsproken over de griepprik, dan als ze de vragenlijst zelfstandig ingevuld hadden.
Indien de onderzoeker de respondenten hielp met het invullen van de vragenlijst, dan werd duidelijk vermeld dat de onderzoeker interesse had in de gedachten die de persoon heeft over de griepprik en ook dat er geen verkeerde antwoorden mogelijk waren. Ook werd gezegd dat zowel interesse bestond in personen die wel de griepprik namen als personen die dit niet namen. Respondenten die de vragenlijst zelfstandig in hadden gevuld, konden de vragenlijst in de bijgesloten envelop stoppen en dus anoniemer hun antwoorden geven dan respondenten die aangaven dat ze wel mee wilden werken als de onderzoeker hen hielp.

5.8 Reflectie

In deze paragraaf zal worden ingegaan op het verloop van het onderzoek. Uit het onderzoek is gebleken dat het goed mogelijk is om influenza vaccinatiegedrag te kunnen voorspellen met behulp van de sociale cognitiemodellen. Echter over de verschillende stadia van het onderzoek kunnen nog enkele opmerkingen geplaatst worden. In ogenschouw dient te worden genomen dat voor dit onderzoek beperkte middelen (tijd en geld) beschikbaar waren. Hierdoor is er geroeid met de riemen die er waren en is getracht om met beperkte middelen een goed onderzoek neer te zetten. Na afloop van het onderzoek is het echter mogelijk om te reflecteren naar de manier waarop dit onderzoek is uitgevoerd.

Achterhalen seniorenwoningen (vooronderzoek)

De manier waarop de seniorenwoningen zijn achterhaald, zou de onderzoeker in de toekomst anders aanpakken. Er zal dan getracht worden om van alle woningbouwverenigingen een overzicht te krijgen van de 55+ woningen van Enschede. Het verkrijgen van deze gegevens zou dan wel extra tijd in beslag nemen, maar hierdoor is het wel mogelijk om alle senioren woonachtig in huurwoningen in Enschede te benaderen en van daaruit een steekproef te trekken. In dit onderzoek zijn bepaalde wijken niet goed vertegenwoordigt. De onderzoeker heeft nu gebruik gemaakt van wijken die voor de onderzoeker gemakkelijk te bereiken waren. Ook omdat alle vragenlijsten persoonlijk weggebracht werden en weer werden opgehaald.

Introductie onderzoek bij persoonlijke benadering

Bij het persoonlijk benaderen aan de deur bleek de introductie van het onderzoek vaak een lang verhaal. Bij toekomstig onderzoek zou de onderzoeker daarom het onderzoek eerst aankondigen via een brief. Dit werd in dit onderzoek achterwege gelaten vanwege de beperkte middelen. Via een brief zou er aangekondigd kunnen worden dat de persoon in kwestie een bezoek aan de deur van een onderzoeker kan verwachten. Ook dient in deze brief het doel van het onderzoek uitgelegd te worden. Senioren weten dan wat ze kunnen verwachten en worden niet zo overrompeld. Ook kan men dan tijdens de persoonlijke benadering aan de deur verwijzen naar de brief die men ontvangen heeft.

Inzet vragenlijsten (persoonlijke benadering)

Tijdens de afname van het onderzoek kwam de onderzoeker erachter dat veel senioren het zelfstandig invullen van vragenlijsten niet erg prettig vonden (zelf geen zin hadden om dat te doen of niet leuk vonden om in te vullen etc.). Echter kan gemeld worden dat senioren zeker in staat waren om een vragenlijst zelfstandig in te vullen. Wat opviel was dat veel mensen graag een praatje wilde maken en daarom liever hulp wouden met invullen. Ze konden dan hun eigen ervaringen vertellen over de griepprik. Doordat de onderzoeker moeite had met het krijgen van respondenten is ervoor gekozen om bij bepaalde ouderen hulp aan te bieden. Zij werden geholpen bij het invullen van de vragenlijst. Dan verleenden de senioren vaak wel hun medewerking. Het invullen van de vragenlijsten voor de senioren bleek een tijdrovende klus. Dit was ook het geval bij het persoonlijk wegbrengen en ophalen van de vragenlijsten. Dit had echter als voordeel dat er bijna van geen 'missing values' oftewel oningevulde vragen sprake was. Dit kwam doordat de onderzoeker bij het afhalen van de vragenlijst, de vragenlijst met de persoon doornam (indien de respondent daar toestemming voor gaf) en niet ingevulde vragen met de persoon besprak om zodoende alsnog tot een antwoord te komen.

Mogelijkheid tot berekenen respons

In dit onderzoek bleek de mogelijkheid tot het berekenen van respons niet goed te achterhalen. Dit omdat het aantal keer aanbellen en de daadwerkelijke deelname niet volledig bijgehouden was. Bij vervolgonderzoek dient dit wel gedaan te worden, zodat het duidelijk wordt wat de welwillendheid is van senioren ouder dan 65 jaar om medewerking te verlenen aan een onderzoek.

Vertegenwoordiging oudere leeftijdscategorie, hogere opleidingsniveau & verzekering

In dit onderzoek bleek de oudere leeftijdcategorie (ouder dan 76 jaar) niet geheel even groot als de andere leeftijdscategorieën. Respondenten die ouder zijn als 80 jaar bleken in dit onderzoek niet voor te komen. Bij vervolgonderzoek dient er een betere afspiegeling te zijn van ouderen met een hogere leeftijd. Dit geeft dan de mogelijkheid om ook de percepties van ouderen met een hoge leeftijd in kaart te brengen. Er dienen dan wel ouderen in het onderzoek betrokken te worden die nog wel zelfstandig woonachtig zijn, wil men de resultaten van dit onderzoek vergelijken met de resultaten van oudere leeftijdsgroepen. Ook de verdeling van hoger opgeleiden en ziektekostenverzekering bleek niet geheel gelijk. Waarschijnlijk heeft dit ook te maken met de bezochte locaties. Bij vervolgonderzoek zou dit in acht genomen moeten worden.

Literatuur

Ajzen, I. (1991). The Theory of Planned Behavior. In: *Organizational Behavior and human decision processes*, 50, 179-211.

Ajzen, I. (2002). *Constructing a TPB Questionnaire: Conceptual and Methodological Considerations.* Geraadpleegd op het World Wide Web: http://www-unix.oit.umass.edu/~aizen/index.html op 19 juni 2004.

Algemeen Nederlands Persbureau (ANP) (2005). *Griepprik voorkomt complicaties op elke leeftijd.* Geraadpleegd op het World Wide Web: http://www.nu.nl/news/482310/10/Griepprik_voorkomt_complicaties_op_elke_leeftijd.html op 14 februari 2005.

Baarda, D.B. & Goede, M.P.M. de (1995). *Methoden en technieken: praktische handleiding voor het opzetten en uitvoeren van een onderzoek.* Houten: Stenfert Kroese.

Boehringer Ingelheim (2004). *Verkoudheid en griep.* Geraadpleegd op het Wolrd Wide Web: www.hoestinfo.nl op 25 september 2004.

Bovier, P.A., Chamot, E., Gallacchi, M.B., Loutan, L. (2001). Importance of patients' perception and general practioners' recommendations in understanding missed opportunities for immunizations in Swiss adults. *Vaccine,* 19, 4760-4767.

CBS (2004a). *ICT en media gebruik naar persoons- en huishoudkenmerken*. Geraadpleegd op het World Wide Web: http://statline.cbs.nl/StatWeb/table.asp?HDR=T&LA=nl&DM=SLNL&PA=70655ned&D1=14-16,61-64,104-107,118,124,138-139&D2=0-16,28-36&D3=(l-6)-l&STB=G1&LYR=G2:6 op 1 november 2004.

CBS (2004b). *Maatschappelijke participatie*. Geraadpleegd op het World Wide Web: http://statline.cbs.nl/StatWeb/table.asp?HDR=T&LA=nl&DM=SLNL&PA=60027ned&D1=0-4,6-15,18,21,24,27,30&D2=a,!11-26&D3=(l-5)-l&LYR=G2:5&STB=G1 op 8 november 2004.

Chapman, G.B. & Coups, E.J. (1999). Predictors of Influenza Vaccine among Healthy Adults. *Preventive Medicine*, 29, 249-262.

Clampitt, P.G. (2000). The questionnaire approach. In: O. Hargie & D. Tourish *Handbook of Communication Audits for Organizations.* New York: Routledge.

Conner, M. & Norman, P. (1995). *Predicting Health Behavior Research and Practice with social cognition models.* Buckingham: Open University Press.

Cornford, C.S. & Morgan, M. (1999). Elderly people's beliefs about influenza vaccination. *British Journal of General Practice*, 49, 281-284.

CVZ, (2004). *Tijd voor de griepprik.* Geraadpleegd op het World Wide Web: www.tijdvoordegriepprik.nl op 15 juni 2004.

Dannetun, E.m Tegnell, A., Normann, B., Garpenholt, O., Giesecke, J. (2003). Influenza vaccine Coverage and Reasons for Non-vaccination in a Sample of People Above 65 Years of Age, in Sweden, 1998-2000. In: *Scan J Infect Dis*, 35, 389-393.

DeMaio, T., Rothgeb, J. & Hess, J. (1998). Improving Survey Quality Trough Pretesting. *Statistical Research Division Working Papers in Survey Methodology #98-03.* Washington, DC: U.S. Bureau of the Census. Geraadpleegd op het World Wide Web: http://www.census.gov/srd/papers/pdf/sm98-03.pdf op 19 juni 2004.

Essen, G.A. van, Kuyenhoven, M.M., Melker, R.A. de (1995). In: G. A. van Essen et al. *Influenza vaccination: compliance of doctors and patients*. Utrecht: Elinkwijk.

Essen, G.A. van, Kuyenhoven, M.M., Melker, R.A. de (1997). Compliance With Influenza Vaccination. Its relation With Epidemiologic and Sociopsychological Factors. *Arch Fam Med*, 6, 157-162.

Evans, M.R. & Watson, P.A. (2003). Why do older people not get immunized against influenza? A community survey. *Vaccine*, 21, 2421-2427.

Fedson, D.S., Hannoun, C., Leese, J., Sprenger, M.J.W., Hampson, A.W., Bro-Jørgensen, K., Ahlbom, A., Nøkleby, H., Valle, M., Olafsson, O., Garcia, F.S., Gugelman, R., Andrade, H.R. de, Snacken, R., Ambrosch, F., Donatelli, I. (1995). Influenza vaccination in 18 developed countries, 1980-1992. *Vaccine*, 13, 7, 623-627.

Fiebach, N.H., Viscoli, C.M., Phil., M., (1991). Patient Acceptance of Influenza Vaccination. *The American Journal of Medicine*, 91, 393-400.

Findlay, P.F., Gibbons, Y.M., Primrose, W.R., Ellis, G., Downie, G. (2000). Influenza and Pneumokokken vaccination: patients perceptions. *Postgrad Med J.*, 215-217.

Fokkema, C.M. & Gierveld, J. (1998). *Beter een goede buur dan een verre vriend? Netwerken alleenwonende ouderen in stad en platteland.* Den Haag: NIDI. Geraadpleegd op het World Wide Web: http://www.nidi.nl/public/demos/dm99052.html op 17 augustus 2004.

Franken, F. (2003). Griepprik vooral op advies van de huisarts. Geraadpleegd op het World Wide Web http://www.cbs.nl/nl/publicaties/artikelen/ algemeen/webmagazine/artikelen/1999/0392a.htm op 23 april 2004.

Gageldonk-Lafeber, A.B. van & Wilbrink, B. (2003a). Wat is Influenza? *In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid.* Bilthoven: RIVM. Geraadpleegd op het World Wide Web: http://www.rivm.nl/vtv/data/kompas/gezondheidstoestand/ziekte/influenza /influenza_ziektebeeld.htm op 29 april 2004.

Gageldonk-Lafeber, A.B. van & Wilbrink, B. (2003b). Wat is het beloop van influenza? *In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid.* Bilthoven: RIVM. Geraadpleegd op het World Wide Web: http://www.rivm.nl/vtv/data/kompas/gezondheidstoestand/ziekte/influenza/ influenza_beloop.htm op 2 mei 2004.

Gageldonk-Lafeber, A.B. van & Wilbrink, B. (2003c). Welke factoren beïnvloeden de kans op influenza? *In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid.* Bilthoven: RIVM. Geraadpleegd op het World Wide Web: http://www.rivm.nl/vtv/data/kompas/gezondheidstoestand/ziekte/influenza/ influenza_determinanten.htm op 2 mei 2004.

Gageldonk-Lafeber, A.B. van & Wilbrink, B. (2003d). Beïnvloeden ontwikkelingen in determinanten de trends in influenza? *In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid.* Bilthoven: RIVM. Geraadpleegd op het World Wide Web: http://www.rivm.nl/vtv/data/kompas/gezondheidstoestand/ziekte/influenza/influenza_trend_determinanten.htm op 19 juni 2004.

Gezondheidsraad (2001). *Programmatische vaccinatie van volwassenen*. Den Haag: Gezondheidsraad.

Haaren, K.M.A. van, Brande, K.J.S. van den, Dekker, F.W., Ligthart, G.J. & Springer, M.P. (1995). Influenza vaccinatie bij 85-plussers: de motieven van ouderen en huisartsen om wel of niet te vaccineren. In: *Nederlands Tijdschrift Geneeskunde*, 139, 42, 2144-2148.

Haider, M. & Kreps, G.L. (2004). Forty Years of Diffusion of Innovations: Utility and Value in Public Health. *Journal of Health Communication*, 9, 3-11.

Hargie, O. & Tourisch, D. (2000). *Handbook of Communication Audits for Organisations.* London: Routledge.

Hayes, J.R. (1992). Reading research reports. In: J.R. Hayes et al. (Eds.). *Reading empirical research studies: the rhetoric research*. Hillsdale: Erlbaum.

Heijnen, M.L. (2002a). Wat is de grootte van de doelgroep? *In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid.* Bilthoven: RIVM. Geraadpleegd op het World Wide Web: http://www.rivm.nl/vtv/data/kompas/preventie/prevziekte/previnfectie/previnluenza/vaccgriep_vraag.htm op 29 april 2004.

Heijnen, M.L. (2002b). Wat is het doel en welke methoden worden toegepast? *In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid.* Bilthoven: RIVM. Geraadpleegd op het World Wide Web: http://www.rivm.nl/vtv/data/kompas/preventie/prevziekte/previnfectie/previnluenza/vaccgriep_doelmethoden.htm op 29 april 2004.

Heijnen, M.L. (2002c). Welke factoren beïnvloedden de doeltreffendheid? *In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid.* Bilthoven: RIVM. Geraadpleegd op het World Wide Web: http://www.rivm.nl/vtv/data/kompas/preventie/prevziekte/previnfectie/previnluenza/vaccgriep_succes.htm op 20 juni 2004.

Jong, M.D.T. de & Schellens, P.J. (2000). Formatieve evaluatie. In: Schellens, P.J., Klaassen, R. & Vries, S. de. *Communicatiekundig ontwerpen: methoden, perspectieven en toepassingen.* Assen: Van Gorcum.

Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP), (2003). *Griep en verkoudheid.* Geraadpleegd op het World Wide Web: www.apotheek.nl op 7 juni 2004.

Kroneman, M.W., Essen, G.A. van, Tacken, M.A.J.B., Jonh Paget, W. & Verheij, R. (2003). Does a population survey provide reliable influenza vaccine uptake rates among high-risk groups? A case study of The Netherlands. *In: Vaccine, x, uncorrected proof.*

Kroneman, M.W. & Verheij, R. (2003). De griepprik in Nederland: motivatie voor deelname en distributiekanalen. NIVEL 2003. Geraadpleegd op het World Wide Web http://www.nivel.nl/pdf/griepprik-in-Nederland-maart-2003.pdf op 10 mei 2004.

Nederlands Huisartsen Genootschap (2002). *De vervelende verschijnselen van griep.* Geraadpleegd op het World Wide Web: http://www.seniorenmagazine.nl/archief042002.html op 2 juli 2004.

Mac Donald, R., Baken, L., Nelson, A., Nichol, K. (1999). Validation of Self-Report of Influenza and Pneumococcal Vaccination Status in Elderly Outpatients. *American Journal of Preventive Medicine*, 16, 3, 173-177.

Medical Media (2004). *De ziekte griep.* Geraadpleegd op het World Wide Web op http://www.gezondheidsplein.nl/gp/gp.php?type=aandoening&id=100&actie=toon&letter=a op 10 juli 2004.

Meertens, R., Schaalma, H., Brug, J. & Vries, N. de. (2001). 4 Determinanten van gedrag. *In: Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering.* Assen: Van Gorcum & Comp.

Mesters, I., Kok, G., Schaalma, H. (2001). 7 Diffusie van gezondheidsvoorlichtingprogramma's. In: J. Brug, H. Schaalma, G. Kok, R.M. Meertens, H.T. van der Molen, *Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering.* Assen: Van Gorcum & Comp.

Milne, S., Sheeran, P. & Orbell, S. (2000). Prediction and Intervention in Health-Related Behavior: A Meta-Analytic Review of Protection Motivation Theory. *Journal of Applied Social Psychology, 30* (1), 106-143.

Molenaar, A., Sikkel-Spierenburg, C. (2003). *Wonen voor senioren: mogelijkheden en financiën.* Den Haag: Consumentenbond.

Nexoe, J., Kragstrup, J. & Sogaard, J. (1999). Decision on influenza vaccination among the elderly. A questionnaire study bases on the Health Belief Model and the multidimensional Locus of Control Theory. *Scand J Prim Health Care,* 17, 105-110.

Orlandi, M.A., Landers, C., Weston, R., Haley, N. (1990). Diffusion of health promotion innovations. In: K. Glanz, F.M. Lewi & B.K. Rimer (Eds.) *Health Behavior and Health Education: theory, research and practice* (pp. 288-313). San Francisco, CA: Jossey-Bass.

Opstelten, W., Hak, E., Verheij, T.J.M., Van Essen, G.A. (2001). Introducing a Pneumokokken Vaccine to an Existing Influenza Immunization Program: Vaccination Rates and Predictors of Noncompliance. *The American Journal of Medicine,* 111, pp. 474-479.

Poos, M.J.J.C. (2003) Incidentie en sterfte naar leeftijd en geslacht. *In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid.* Bilthoven: RIVM, 12 september 2003. Geraadpleegd op het World Wide Web: http://www.rivm.nl/vtv/data/kompas/gezondheidstoestand/ziekte/influenza/influenza_omvang_5jaarcijfers.htm op 10 mei 2004.

Prentice-Dunn, S. (2004). *Protection Motivation Theory.* Geraadpleegd op het World Wide Web: http://bama.ua.edu/~sprentic/672 outline-PMT.html op 10 juni 2004.

Rutz, S.I. (red.) (2002). Preventie van influenza samengevat. *In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid.* Bilthoven: RIVM. Geraadpleegd op het World Wide Web: http://www.rivm.nl/vtv/data/kompas/preventie/prevziekte/previnfectie/previnleunza/vaccgriep_kort.htm op 29 april 2004.

Roche Nederland B.V. (2002). *Influenza.* Geraadpleegd op het World Wide Web: www.influenza.nl op 10 juni 2004.

Santibanez, T.A., Nowalk, M.P., Zimmerman, R.K., Jewel, I.K., Bardella, I.J., Wilson, S.A., Terry, M.A., (2002). Knowledge and Beliefs About Influenza, Pneumococcal Disease, and Immunizations Among Older People. *J Am Geriatr Soc*, 50, pp. 1711-1716.

Schaalma, H., Meertens, R., Kok, G., Brug, J. & Hospers, H. (2001). 6 Theorieën en methodieken van verandering. In: J. Brug, H. Schaalma, G. Kok, R.M. Meertens, H.T. van der Molen, *Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering.* Assen: Van Gorcum & Comp.

Seniorennet (2004). *Griep.* Geraadpleegd op het World Wide Web: http://www.seniorennet.be/Pages/Gezond_leven/gezondheid_griep.php

Stehr-Green, P.A., Sprauer, M.A., Williams, W.W. & Sullivan, K.M. (1990). Predictors of Vaccination Behvior among Persons Ages 65 Years and Older. *AJPH, 80*, 9, 1127-1129.

Swanborn, P.G. (1994). *Methoden van sociaal-wetenschappelijk onderzoek.* Amsterdam: Boom.

Rogers, E.M. (1995). *Diffusion of innovations*. New York: The Free Press.

Tacken, M., Berende, A., Verheij, R., Mulder, J., Hoogen, H. van den, Braspenning, J. (2003). *Evaluatie Griepvaccinatiecampagne 2002*. Utrecht: Nivel.

Telford, R. & Rogers, A. (2003). What influences elderly peoples' decisions about whether to accept influenza vaccination? A qualitative study. *In: Health Education Research, 18, 6*, 743-753.

Tijhuis, M.A.R., 2002a. Welke factoren hangen samen met sociale relaties? In: *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Bilthoven: RIVM. Geraadpleegd op het World Wide Web: http://www.nationaalkompas.nl> Determinanten\Sociale omgeving\Sociale relaties op 16 augustus 2004.

Tijhuis, M.A.R., 2002b. Met welke ziekten en aandoeningen hangen ongunstige sociale relaties samen? In: *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Bilthoven: RIVM. Geraadpleegd op het World Wide Web: http://www.nationaalkompas.nl> Determinanten\Sociale omgeving\Sociale relaties op 16 augustus 2004.

Toscani, L., Gauthey, L., Robert, C. (2003). The information network of senior citizens in Geneva, Switzerland, and the progress in flu vaccination coverage between 1991 and 2000. *Vaccine*, 21, 393-398.

Trendbox (2004). Kwart van de 65-plussers is wekelijks op internet te vinden. Geraadpleegd op het World Wide Web: *http://www.trendbox.nl/openactivepage.php?pg=news* op 1 november 2004.

Valente, T.W. (1995). *Network Models of the Diffusion of Innovations.* Cresskill, New Jersey: Hampton Press.

Weenig, W.H. (1995). Information Diffusion and Persuasion in Communication Networks: the strength of weak and strong ties. Leiden: Leiden University.

Weenig, M.W.H. & Midden, C.J.H. (1991). Communication Networks Influences on Information Diffusion and Persuasion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 5, 734-742.

Wolleswinkel-van den Bosch, J.H. & Hoeymans, N. (2002). Wat is de kwaliteit van leven met influenza? *In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning. Nationaal Kompas Volksgezondheid.* Bilthoven: RIVM. Geraadpleegd op het World Wide Web: http://www.rivm.nl/vtv/data/kompas/gezondheidstoestand/ziekte/influenza/influenza_kvl.htm op 28 april 2004.

Zimmerman, R.K., Santibanez, T.A., Janosky, J.E., Fine, M.J., Raymund, M., Wilson, S.A.,Bardella, I.J., Medsger, A.R., Nowalk, M.P. (2003). What Affects Influenza Vaccination Rates among Older Patients? An Analysis from Inner-city, suburban, Rural and Veterans Affairs Practices. *The American Journal of Medicine*, 114, 31-38.

Bijlage 1
Uitnodiging griepprik 2004

Figuur 5 Voorbeeld uitnodiging griepprik 2004
(Bron: doctorenpraktijk Schenau & de Veij, doctorenpraktijk Walstock & Hilderink en doctorenpraktijk Broekman, allen gevestigd te Enschede)

Bijlage 2
Overzicht seniorenwoningen

Via www.domijn.nl seniorenwoningen achterhaald. Zie onderstaand overzicht.

Wijk	Straat	Totaal woningen
Boswinkel	Burgemeester van Veenlaan - Kastanjehof flats met lift	51
Boswinkel	Burgemeester van Veenlaan - Kastanjehof flats begane grond	9
Boswinkel	Burgemeester van Veenlaan – senioren woningen	6
Boswinkel	Helenastraat	9
Boswinkel	Weth. Elhorststraat	5
Stadsveld	Pieter Lastmanstraat	10
Wesselerbrink	Holthuizenbrink	2
		Totaal woningen: 92

Bijlage 3
Resultaten pretest

Opmerkingen (alleen de minnen worden vermeld)	Aanpassingen
Opmerking bij instructie: opmerking over de copyright en adresgegeven van de UT, te groot in vergelijking met de lopende tekst	Aanpassing bij instructie: De copyright en de adresgegevens op de voorpagina zijn aangepast tot een kleiner formaat
Opmerkingen bij voordelen/ nadelen van de griepprik (vragen 9 t/m 16): teveel geformuleerd als feiten. Op deze manier niet duidelijk dat men gedachten van de persoon wilt weten	Aanpassing vragen 9 t/m 16: Voor deze voordelen nadelen van de griepprik zijn de woorden ik vind of ik denk toegevoegd. Op deze manier moet het duidelijker worden dat het om gedachten gaat van de respondent
Opmerking bij vragen m.b.t. de partner (vraag 40): de antwoordmogelijkheid heel vaak, is erg vreemd. Volgens respondent is het dan net alsof men meerdere keren in een jaar de griepprik kan halen	Aanpassing vraag 40: De antwoordmogelijkheid heel vaak veranderd in altijd
Opmerkingen bij de oproep-vraag (vraag 3): moeilijk in te schatten, hoe ver terug gaan in de tijd?	Aanpassing vraag 3: Tijdsduur aangegeven van vijf jaar. Op deze manier wordt voor respondent duidelijker in welke periode men dient te denken
Opmerking bij de volgorde van de vragen: sociale omgeving stellingen (vraag 36, 37, 47, 48, 60, 61, 74, 75, 86, 87 moeilijk te beantwoorden indien men bijvoorbeeld geen partner, broers, zussen etc. meer heeft	Aanpassing volgorde vragen: De sociale omgeving stellingen zijn verplaatst van de gedragsdeterminanten stellingen (vragen 7-34) naar de vragen m.b.t. de sociale omgeving (vanaf vraag 35). Dus eerst dient men dan aan te geven of men een partner heeft, zo nee dan ook niet de sociale omgeving stellingen (vraag 36, 37) te beantwoorden. Op deze manier wordt het voor de respondent duidelijker en gemakkelijker invullen (meer op maat)
Opmerking bij vragen die andere redenen om in aanmerking van de griepprik te halen beschrijven (vraag 112-117): Vroeger bepaalde ziekte gehad en nu niet meer, wat dan invullen, dan moeilijk aan te geven	Aanpassing vraag 112-117: Toegevoegd of men het afgelopen jaar last heeft gehad van deze ziekten

Bijlage 3- Vervolg
Resultaten pretest

Problemen (na bekijken vragenlijsten pretest respondenten)	Aanpassingen
Probleem sociale omgevingsvraag vrienden en buren (vraag 84, 85): Er wordt geen getal ingevuld, maar een woord zoals veel of weinig	Aanpassing vraag 84, 85: Aan de vraag wordt toegevoegd: vult u op de stippellijn een getal in
Probleem symptomen griepvraag (vraag 97): Er worden meerdere antwoorden aangekruist, ondanks dat erbij staat dat Men slechts één antwoord mag aankruisen	Aanpassing vraag 97: Het woord één wordt onderstreept, zodat deze meer aandacht krijgt, wat moet leiden dat slechts één keer een antwoord mag worden aangekruist
Problemen bij de doorverwijzingen sociale omgeving vragen (vanaf vraag 35) doorverwijzingen dienen beter te zijn. Nu moeten soms vragen beantwoord worden terwijl dit niet van toepassing is	Aanpassing vanaf vraag 35: Doorverwijzing aangepast

Bijlage 4
Het meetinstrument

In verband met het verschuiven van zaken in de vragenlijst is het lettertype niet aangepast in de stijl van het verslag en staat de vragenlijst op de volgende pagina.

Vragenlijst 'De griepprik & senioren ouder dan 65 jaar'

Introductie
Mijn naam is Esther Vennink en ik studeer Toegepaste Communicatiewetenschap aan de Universiteit Twente. Voor mijn afstudeeropdracht doe ik onderzoek naar de griepprik. Er zijn mensen die voor of tegen de griepprik zijn. Ik zou graag willen weten hoe u over de griepprik denkt. Voor u ligt daarom een vragenlijst die op dit onderwerp zal ingaan.

De vragenlijst
Deze vragenlijst bestaat uit 117 vragen en zal 25 à 30 minuten van uw tijd in beslag nemen. De vragenlijst vraagt voornamelijk naar uw mening. Er zijn dus geen verkeerde antwoorden mogelijk. Voor een juiste weergave van uw mening dient u de vragenlijst alleen in te vullen. Het onderstaand voorbeeld geeft weer hoe u de vragenlijst moet invullen.

	Helemaal mee oneens	Mee oneens	Niet mee eens / niet mee oneens	Mee eens	Helemaal mee eens
Ziek zijn is vervelend	❑	❑	❑	❑	❑

U kunt op deze stellingen dus vijf antwoordmogelijkheden geven. Als u een keus gemaakt heeft dan zet u een kruisje in het hokje dat uw mening het beste weergeeft, zoals hieronder aangegeven. Naast stellingen zullen ook andere vragen gesteld worden. Het invullen blijft hetzelfde door het plaatsen van een kruisje bij uw antwoord dat voor u van toepassing is.

	Helemaal mee oneens	Mee oneens	Niet mee eens / niet mee oneens	Mee eens	Helemaal mee eens
Ziek zijn is vervelend	❑	❑	❑	☒	❑

Privacy
U hoeft nergens uw naam te noemen. Uw antwoorden worden vertrouwelijk behandeld en niet aan derden versterkt. De anonimiteit van uw gegevens wordt gewaarborgd.

Problemen?
Mocht u problemen hebben bij het invullen van de vragenlijst dan kunt u mij bereiken onder het telefoonnummer: 06 - 41 25 65 87. Ik zal opnemen en na het achterlaten van uw naam en telefoonnummer u terugbellen, dit om voor u kosten te besparen.

Teruggave vragenlijst
Deze vragenlijst zal één week later bij u aan de deur worden opgehaald, zodat u de tijd kan nemen voor het invullen van de vragenlijst. Om uw anonimiteit te waarborgen kunt u de vragenlijst in de enveloppe stoppen die u bij deze vragenlijst heeft gekregen.
Zoals afgesproken zal deze vragenlijst op *……dag ……..-……..-2004* in de ochtend/ middag worden opgehaald. Mocht er iets tussen komen, dan kunt u dat via 06 - 41 25 65 87 melden. Tot slot wens ik u succes bij het invullen en wil ik u bedanken voor uw medewerking!

De vragenlijst 'De griepprik & senioren ouder dan 65 jaar'

De vragenlijst zal eerst gaan over uw ervaringen met de griepprik. U kunt uw antwoord aangeven door een kruisje te zetten in het hokje dat uw mening het beste weergeeft.

1. Heeft u in het jaar 2003 een oproep voor de griepprik gehad?	❑ Ja			❑ Nee		
2. Heeft u in 2003 zich laten inenten tegen de griep?	❑ Ja			❑ Nee		
3. Hoe vaak heeft u in de afgelopen vijf jaar een oproep voor de griepprik gehad?	❑ 0 keer	❑ 1 keer	❑ 2 keer	❑ 3 keer	❑ 4 keer	❑ 5 keer
4. Hoe vaak heeft u in de afgelopen vijf jaar u laten inenten tegen de griep?	❑ 0 keer ***->** Ga naar vraag 7*	❑ 1 keer	❑ 2 keer	❑ 3 keer	❑ 4 keer	❑ 5 keer
5. Heeft u wel eens bijwerkingen gehad na de inenting van de griepprik?	❑ Ja			❑ Nee		
6. Heeft u wel eens de griep gekregen, ondanks de griepprik?	❑ Ja			❑ Nee		

De vragenlijst zal nu ingaan op uw persoonlijke mening over de griepprik. U wordt gevraagd om uw mening te geven over een aantal stellingen. Bij iedere stelling kunt u aankruisen in hoeverre u het met de stelling eens bent. Er zal boven de stellingen staan waar de vragen over zullen gaan.

Deze stellingen gaan over uw houding ten opzichte van de griepprik.					
De antwoordmogelijkheden zijn:	Helemaal mee oneens	Mee oneens	Niet mee eens/ oneens	Mee eens	Helemaal mee eens
7. Ik vind het verstandig om te vaccineren tegen de griep	❑	❑	❑	❑	❑
8. Ik vind het vaccineren tegen de griep zinvol	❑	❑	❑	❑	❑
Deze stellingen gaan over welke voordelen volgens u aan een griepprik zitten.					
9. Ik denk dat het halen van een griepprik kan voorkomen dat ik de griep krijg	❑	❑	❑	❑	❑

De antwoordmogelijkheden zijn:	Helemaal mee oneens	Mee oneens	Niet mee eens/ oneens	Mee eens	Helemaal mee eens
10. Ik denk dat het halen van een griepprik ervoor kan zorgen dat, als ik de griep krijg, het verloop van de griep minder ernstig zal zijn	❑	❑	❑	❑	❑
11. Ik denk dat het halen van een griepprik ervoor kan zorgen dat ik mijn dagelijkse activiteiten kan blijven voortzetten	❑	❑	❑	❑	❑
12. Ik denk dat ik door het halen van een griepprik mijzelf en anderen in mijn omgeving bescherm	❑	❑	❑	❑	❑
Deze stellingen gaan over welke nadelen volgens u aan een griepprik zitten.					
13. Ik denk dat de griepprik bij mij leidt tot hoofdpijn	❑	❑	❑	❑	❑
14. Ik vind het nemen van een griepprik pijnlijk	❑	❑	❑	❑	❑
15. Ik denk dat een griepprik bij mij leidt tot een gevoelige en rode arm	❑	❑	❑	❑	❑
16. Ik denk dat een griepprik bij mij leidt tot lusteloosheid	❑	❑	❑	❑	❑
Deze stellingen gaan over hoe waarschijnlijk u het acht dat u griep zal krijgen.					
17. Als ik geen griepprik neem dan heb ik een grote kans op het krijgen van griep	❑	❑	❑	❑	❑
18. Als ik geen griepprik neem, dan is de kans groot dat mijn gezondheid in gevaar komt	❑	❑	❑	❑	❑
Deze stellingen gaan over uw ideeën hoe ernstig u het krijgen griep vindt.					
19. Voor mensen van mijn leeftijd is griep een ernstige ziekte	❑	❑	❑	❑	❑
20. Voor mensen van mijn leeftijd kan het hebben van griep leiden tot ernstige complicaties	❑	❑	❑	❑	❑
21. Voor mensen van mijn leeftijd is het krijgen van griep erg gevaarlijk	❑	❑	❑	❑	❑

Deze stellingen gaan over hoe angstig u het krijgen griep vindt.					
De antwoordmogelijkheden zijn:	Helemaal mee oneens	Mee oneens	Niet mee eens/ oneens	Mee eens	Helemaal mee eens
22. De gedachte aan het krijgen van griep is voor mij beangstigend	❑	❑	❑	❑	❑
23. De gedachte aan het krijgen van griep maakt mij ongerust	❑	❑	❑	❑	❑
24. De gedachte aan het krijgen van griep is voor mij angstaanjagend	❑	❑	❑	❑	❑
Deze stellingen gaan over uw ideeën over de griep en de griepprik.					
25. De griep wordt veroorzaakt door op de tocht te zitten	❑	❑	❑	❑	❑
26. De griep kan worden voorkomen door vitaminen te slikken	❑	❑	❑	❑	❑
27. De griep wordt veroorzaakt door zonder jas naar buiten te gaan	❑	❑	❑	❑	❑
28. Een griepprik verzwakt de natuurlijke weerstand van de mens	❑	❑	❑	❑	❑
29. Het nemen van een griepprik leidt veelal tot een ergere griep, dan als men geen griepprik neemt	❑	❑	❑	❑	❑
30. Ouderen met een goede gezondheid hebben geen griepprik nodig	❑	❑	❑	❑	❑
31. Het nemen van een griepprik leidt altijd tot bijwerkingen	❑	❑	❑	❑	❑
Deze stellingen gaan in op uw intentie om een griepprik op te halen.					
32. Als ik een oproep krijg voor de griepprik, dan zal ik deze prik gaan halen	❑	❑	❑	❑	❑
33. Ik ben van plan om dit jaar een griepprik te halen	❑	❑	❑	❑	❑
34. Als ik zelf de griepprik volledig zou moeten betalen (13,60 EUR), dan ga ik toch de griepprik halen	❑	❑	❑	❑	❑

De volgende vragen gaan over uw sociale omgeving. Ik ben geïnteresseerd in welke personen zich in uw omgeving bevinden, hoe vaak en waarover u dan praat met personen in uw omgeving. Er zal daarom steeds naar andere personen in uw omgeving worden gevraagd. U kunt uw antwoord geven door een kruisje te zetten in het hokje dat voor u van toepassing is.

De volgende vragen gaan over uw partner.

35. Heeft u een partner?	❑ Ja			❑ Nee ***->*** *Ga naar vraag 46*	
36. Mijn partner vindt dat ik een griepprik zou moeten halen	❑ Helemaal mee oneens	❑ Mee oneens	❑ Niet mee eens/ oneens	❑ Mee eens	❑ Helemaal mee eens
37. Ik hecht veel waarde aan de mening van mijn partner	❑ Helemaal mee oneens	❑ Mee oneens	❑ Niet mee eens/ oneens	❑ Mee eens	❑ Helemaal mee eens
38. Hoe vaak praat u per week met uw partner over persoonlijke zaken, zoals bijvoorbeeld uw interesses, uw wensen of uw gezondheid?	❑ Nooit	❑ 1 keer in de week	❑ 2-3 keer in de week	❑ 4-6 keer in de week	❑ Dagelijks
39. Hoe vaak praat u met uw partner over de ziekte ‘griep’?	❑ Nooit	❑ Soms	❑ Vaak	❑ Heel vaak	
40. Hoe vaak heeft uw partner in de afgelopen jaren een griepprik gehaald?	❑ Nooit	❑ Soms	❑ Vaak	❑ Altijd	
41. Hoe vaak praat u met uw partner over de griepprik?	❑ Nooit ***->****Ga naar vraag 46*	❑ Soms	❑ Vaak	❑ Heel vaak	
42. Vertelt uw partner wel eens aan u dat het halen van een griepprik voordelen heeft?	❑ Nooit	❑ Soms	❑ Vaak	❑ Heel vaak	
43. Vertelt uw partner wel eens dat het halen van een griepprik nadelen heeft?	❑ Nooit	❑ Soms	❑ Vaak	❑ Heel vaak	
44. Heeft uw partner u advies gegeven over het nemen van een griepprik?	❑ Ja		❑ Nee ***->*** *Ga naar vraag 46*		

45. Was dit advies het aanraden of het afraden van de griepprik?	❑ Aanraden		❑ Afraden		
De volgende vragen gaan over uw huisarts.					
46. Hoe vaak heeft u het afgelopen jaar contact gehad met uw huisarts? Vult u op de stippellijn een getal in. *N.B.spreekuurbezoeken, telefonische consulten en huisbezoeken dienen meegerekend te worden*	Ik heb …… keer per jaar contact met mijn huisarts				
47. Mijn huisarts vindt dat ik een griepprik zou moeten halen	❑ Helemaal mee oneens	❑ Mee oneens	❑ Niet mee eens/ oneens	❑ Mee eens	❑ Helemaal mee eens
48. Ik hecht veel waarde aan de mening van mijn huisarts	❑ Helemaal mee oneens	❑ Mee oneens	❑ Niet mee eens/ oneens	❑ Mee eens	❑ Helemaal mee eens
49. Hoe vaak heeft u met uw huisarts over de ziekte 'griep' gesproken?	❑ Nooit	❑ Soms	❑ Vaak	❑ Heel vaak	
50. Heeft uw huisarts u de griepprik persoonlijk geadviseerd?	❑ Ja		❑ Nee		
51. Hoe vaak heeft u met uw huisarts over de griepprik gesproken?	❑ Nooit ***->****Ga naar vraag 58*	❑ Soms	❑ Vaak	❑ Heel vaak	
52. Hoe vaak heeft uw huisarts aan u vertelt dat het halen van een griepprik voordelen heeft?	❑ Nooit	❑ Soms	❑ Vaak	❑ Heel vaak	
53. Hoe vaak heeft uw huisarts aan u vertelt dat het halen van een griepprik nadelen heeft?	❑ Nooit	❑ Soms	❑ Vaak	❑ Heel vaak	
54. Mijn huisarts geeft goede voorlichting over de vatbaarheid voor griep bij mensen van mijn leeftijd	❑ Helemaal mee oneens	❑ Mee oneens	❑ Niet mee eens/ oneens	❑ Mee eens	❑ Helemaal mee eens

55. Mijn huisarts geeft goede voorlichting over de gevolgen van de griep	❑ Helemaal mee oneens	❑ Mee oneens	❑ Niet mee eens/ oneens	❑ Mee eens	❑ Helemaal mee eens
56. Mijn huisarts geeft goede voorlichting over de voordelen van de griepprik	❑ Helemaal mee oneens	❑ Mee oneens	❑ Niet mee eens/ oneens	❑ Mee eens	❑ Helemaal mee eens
57. Mijn huisarts geeft goede voorlichting over de nadelen van de griepprik	❑ Helemaal mee oneens	❑ Mee oneens	❑ Niet mee eens/ oneens	❑ Mee eens	❑ Helemaal mee eens
De volgende vragen gaan over uw kinderen.					
58. Heeft u één of meerdere kind(eren)?	❑ Ja		❑ Nee ***->** Ga naar vraag 70*		
59. Hoeveel kind(eren) heeft u?	Ik heb ..... kind(eren)				
60. Mijn kinderen vinden dat ik een griepprik zou moeten halen	❑ Helemaal mee oneens	❑ Mee oneens	❑ Niet mee eens/ oneens	❑ Mee eens	❑ Helemaal mee eens
61. Ik hecht veel waarde aan de mening van mijn kind(eren)	❑ Helemaal mee oneens	❑ Mee oneens	❑ Niet mee eens/ oneens	❑ Mee eens	❑ Helemaal mee eens
62. Hoe vaak praat u per week met uw kind(eren) over persoonlijke zaken?	❑ Nooit	❑ 1 keer in de week	❑ 2-3 keer in de week	❑ 4-6 keer in de week	❑ Dagelijks
63. Hoe vaak praat u met uw kind(eren) over de ziekte 'griep'?	❑ Nooit	❑ Soms	❑ Vaak	❑ Heel vaak	
64. Hoe vaak heeft één of meerdere kinderen in de afgelopen jaren een griepprik gehaald?	❑ Nooit	❑ Soms	❑ Vaak	❑ Altijd	❑ Weet niet
65. Hoe vaak praat u met uw kind(eren) over de griepprik?	❑ Nooit ***->**Ga naar vraag 70*	❑ Soms	❑ Vaak	❑ Heel vaak	

66. Hoe vaak vertellen uw kind(eren) aan u dat het halen van een griepprik voordelen heeft?	❑ Nooit	❑ Soms	❑ Vaak	❑ Heel vaak
67. Hoe vaak vertellen uw kind(eren) aan u dat het halen van een griepprik nadelen heeft?	❑ Nooit	❑ Soms	❑ Vaak	❑ Heel vaak
68. Heeft/ hebben uw kind(eren) u advies gegeven over het nemen van een griepprik?	❑ Ja		❑ Nee ***->** Ga naar vraag 70*	
69. Was dit advies het aanraden of het afraden van de griepprik?	❑ Aanraden		❑ Afraden	
De volgende vragen gaan over uw andere familieleden, namelijk uw broer(s) en zus(sen).				
70. Heeft u één of meerdere broer(s)?	❑ Ja		❑ Nee ***->** Ga naar vraag 72*	
71. Hoeveel broer(s) heeft u?	Ik heb ..... broer(s)			
72. Heeft u één of meerdere zus(sen)?	❑ Ja		❑ Nee ***->** Bij geen broer(s) <u>en</u> zus(sen) ga naar vraag 84*	
73. Hoeveel zus(sen) heeft u?	Ik heb ..... zus(sen)			
74. Mijn broer(s) / zus(sen) vinden dat ik een griepprik zou moeten halen	❑ Helemaal mee oneens	❑ Mee oneens	❑ Niet mee eens/ oneens	❑ Mee eens	❑ Helemaal mee eens
75. Ik hecht veel waarde aan de mening van mijn broer(s) / zus(sen)	❑ Helemaal mee oneens	❑ Mee oneens	❑ Niet mee eens/ oneens	❑ Mee eens	❑ Helemaal mee eens
76. Hoe vaak praat u per week met uw broer(s) en zus(sen) over persoonlijke zaken?	❑ Nooit	❑ 1 keer in de week	❑ 2-3 keer in de week	❑ 4-6 keer in de week	❑ Dagelijks
77. Hoe vaak praat u met één of meerdere broer(s) en zus(sen) over de 'griep'?	❑ Nooit	❑ Soms	❑ Vaak	❑ Heel vaak	

78. Hoe vaak heeft één of meerdere broer(s) en zus(sen) in de afgelopen jaren een griepprik gehaald?	❑ Nooit	❑ Soms	❑ Vaak	❑ Altijd	❑ Weet niet
79. Hoe vaak praat u met één of meerdere broer(s) en zus(sen) over de griepprik?	❑ Nooit *->Ga naar vraag 84*	❑ Soms	❑ Vaak	❑ Heel vaak	
80. Hoe vaak vertellen één of meerdere broer(s) en zus(sen) aan u dat het halen van een griepprik voordelen heeft?	❑ Nooit	❑ Soms	❑ Vaak	❑ Heel vaak	
81. Hoe vaak vertellen één of meerdere broer(s) en zus(sen) aan u dat het halen van een griepprik nadelen heeft?	❑ Nooit	❑ Soms	❑ Vaak	❑ Heel vaak	
82. Hebben één of meerdere broer(s) en zus(sen) u advies gegeven over het nemen van de griepprik?	❑ Ja		❑ Nee *-> Ga naar vraag 84*		
83. Was dit advies het aanraden of het afraden van de griepprik?	❑ Aanraden		❑ Afraden		
Dit deel heeft betrekking op andere personen in uw omgeving, zoals vrienden en buren.					
84. Met hoeveel vrienden gaat u om? Vult u op de stippellijn een getal in.	Ik heb ..... vrienden				
85. Met hoeveel buren gaat u om? Vult u op de stippellijn een getal in.	Ik heb met ..... buren contact *-> Bij geen contact met vrienden en buren: ga naar vraag 96*				
86. Mijn vrienden/ buren vinden dat ik een griepprik zou moeten halen	❑ Helemaal mee oneens	❑ Mee oneens	❑ Niet mee eens/ oneens	❑ Mee eens	❑ Helemaal mee eens
87. Ik hecht veel waarde aan de mening van mijn vrienden/ buren	❑ Helemaal mee oneens	❑ Mee oneens	❑ Niet mee eens/ oneens	❑ Mee eens	❑ Helemaal mee eens

88. Hoe vaak praat u per week met één of meerdere vrienden/ buren over persoonlijke zaken?	❑ Nooit	❑ 1 keer in de week	❑ 2-3 keer in de week	❑ 4-6 keer in de week	❑ Dagelijks
89. Hoe vaak praat u met één of meerdere vrienden/ buren over de ziekte 'griep'?	❑ Nooit	❑ Soms	❑ Vaak	❑ Heel vaak	
90. Hoe vaak heeft één of meerdere vrienden/ buren waarmee u omgaat volgens u in de afgelopen jaren een griepprik gehaald?	❑ Nooit	❑ Soms	❑ Vaak	❑ Altijd	❑ Weet niet
91. Hoe vaak praat u met één of meerdere vrienden/ buren over de griepprik?	❑ Nooit ***->** Ga naar vraag 96*	❑ Soms	❑ Vaak	❑ Heel vaak	
92. Hoe vaak vertellen één of meerdere vrienden/ buren wel eens aan u dat het halen van een griepprik voordelen heeft?	❑ Nooit	❑ Soms	❑ Vaak	❑ Heel vaak	
93. Hoe vaak vertellen één of meerdere vrienden/ buren wel eens aan u dat het halen van een griepprik nadelen heeft?	❑ Nooit	❑ Soms	❑ Vaak	❑ Heel vaak	
94. Heeft één of meerdere vrienden/ buren u advies gegeven over het nemen van de griepprik?	❑ Ja		❑ Nee ***->** Ga naar vraag 96*		
95. Was dit advies het aanraden of het afraden van de griepprik?	❑ Aanraden		❑ Afraden		
Deze vragen gaan in op uw kennis over de ziekte griep en de griepprik.					
96. Mijn kennis over de ziekte 'griep' is:	❑ Erg slecht	❑ Slecht	❑ Niet goed/ slecht	❑ Goed	❑ Heel Goed

97. De ziekte griep is te herkennen aan een aantal symptomen. Kruist u hiernaast <u>één</u> bewering aan die volgens u het beste de ziekte griep beschrijven.	❑ Het is een ziekte zoals een erge verkoudheid met een loopneus, zere keel en niezen ❑ Het is plotselinge ziekte met een hoge koorts, hoofdpijn, keelpijn, spierpijn en het hebben van geen energie ❑ Het is een ziekte met erge buikpijn, overgeven en diaree ❑ Het is een ziekte met koorts, hoesten met slijm en kortademigheid ❑ Ik weet het niet				
98. De samenstelling van de griepprik wisselt elk jaar	❑ Ja	❑ Nee	❑ Ik weet het niet		
99. De griepprik zorgt ervoor dat men helemaal geen griep meer krijgt	❑ Ja	❑ Nee	❑ Ik weet het niet		
100. Een griepprik halen heeft alleen zin in de koude jaargetijden	❑ Ja	❑ Nee	❑ Ik weet het niet		
101. Een griepprik biedt bescherming voor één winter	❑ Ja	❑ Nee	❑ Ik weet het niet		
102. Een griepprik kan alleen goed werken als men deze haalt voordat men besmet is met het griepvirus	❑ Ja	❑ Nee	❑ Ik weet het niet		
103. Een griepprik biedt direct na inenting een goede bescherming tegen de griep	❑ Ja	❑ Nee	❑ Ik weet het niet		
Deze vragen gaan in op uw persoonlijke gegevens. Deze informatie is noodzakelijk voor het analyseren van de onderzoeksgegevens.					
104. Wat is uw geslacht?	❑ Man	❑ Vrouw			
105. Wat is uw leeftijd?	Ik ben …… jaar				
106. Wat is uw opleidingsniveau?	❑ Basis onderwijs	❑ Beroeps-onderwijs	❑ Hoger Beroeps-onderwijs	❑ Universitair	❑ Geen
107. Wat is uw burgerlijke staat?	❑ Alleenstaand	❑ Getrouwd	❑ Samen-wonend	❑ Weduwe/ weduwnaar	❑ Gescheiden

108. Hoe bent u verzekerd?	❑ Ziekenfonds verzekerd			❑ Particulier verzekerd	
De volgende vragen gaan over uw gezondheid.					
109. Hoe zou u uw eigen gezondheid omschrijven?	❑ Erg slecht	❑ Matig	❑ Redelijk	❑ Goed	❑ Uitstekend
110. Hoe vaak krijgt u 30 minuten lichaams-beweging per week?	❑ Nooit	❑ 1 keer per week	❑ 2-3 keer per week	❑ 4-6 keer per week	❑ Dagelijks
111. Rookt u ?	❑ Ja			❑ Nee	
De volgende vragen gaan over de redenen waarom u, naast uw leeftijd in aanmerking kunt komen voor een griepprik.					
112. Heeft u het afgelopen jaar last gehad van suikerziekte?	❑ Ja			❑ Nee	
113. Heeft u het afgelopen jaar last gehad van hartziekten?	❑ Ja			❑ Nee	
114. Heeft u het afgelopen jaar last gehad van een longziekte?	❑ Ja			❑ Nee	
115. Heeft u het afgelopen jaar last gehad van een nierziekte?	❑ Ja			❑ Nee	
116. Heeft u het afgelopen jaar last gehad van een verlaagde afweer door ziekte of een medische behandeling?	❑ Ja			❑ Nee	
117. Heeft u het afgelopen jaar last gehad van steeds terugkerende steenpuisten?	❑ Ja			❑ Nee	

<u>Tot slot</u>

U bent aan het einde van de vragenlijst gekomen.
Voor het retourneren van de vragenlijst is het volgende belangrijk:

- ✓ *Heeft u alle vragen (die voor u van toepassing zijn) ingevuld?*
- ✓ *Stopt u de vragenlijst in bijgevoegd enveloppe?*
- ✓ *Denkt u aan het afgesproken tijdstip voor teruggave van de vragenlijst? De afspraak staat op de voorkant van deze vragenlijst aangegeven.*

<u>Hartelijk dank voor uw medewerking!</u>

Bijlage 5
Procedure benadering personen

Introductie
Bij benaderen van de personen dient een introductie plaats te vinden. Na aanbellen is de procedure als volgt:

Bij geen gehoor
- bij geen gehoor dient dit vermeld te worden op het formulier voor eigen administratie. Zo wordt het mogelijk om nog een keer langs te gaan en te vragen of men wil meewerken.

Bij gehoor
- bij gehoor dient de onderstaande introductie plaats te vinden

Goedenmorgen/ goedenmiddag,

Ik ben Esther Vennink van Universiteit Twente.
Ik doe momenteel een onderzoek naar de griepprik en ben dan geïnteresseerd waarom u wel of niet een griepprik neemt. Ik heb daarom een vragenlijst gemaakt, waarvoor u 1 week de tijd krijgt om die in te vullen. Het invullen zelf duurt ongeveer 20 minuten. Zou u hieraan willen meewerken?

(reactie persoon)

Indien nee:
1) mag ik vragen waarom?

Antwoord bij reden:
- ✓ tijd: dan 1 week de tijd om in te vullen
- ✓ geen zin: dan zeggen dat voor slagen van onderzoek van belang is dat mensen meedoen

Weigering:
- indien persoon niet wil meewerken dit aangeven op het formulier genaamd 'benadering- deelname/ weigering formulier'

Indien ja:
1) mag ik vragen hoe oud u bent? (men moet ouder dan 65 jaar zijn)
- ✓ is persoon te jong? Dan vragen naar een partner en de leeftijd. Dan kan eventueel deze persoon meewerken

Indien juiste deelname:
Ik ben erg blij met uw deelname. De vragenlijst pakken en vertellen dat alles verder in de vragenlijst vermeld staat en de rest zich vanzelf wijst. Er op wijzen dat privacy gegarandeerd is.

- ✓ Afspraak maken en invullen op de vragenlijst
- ✓ Vragenlijst en enveloppe overhandigen
- ✓ Persoon bedanken voor deelname

Tot slot:
- indien persoon wil meewerken dan dient men na gesprek voor eigen administratie aan te geven: welke straat, huisnummer, datum en tijdstip voor retour vragenlijst.

Bijlage 5 – vervolg
Procedure benadering personen

Uiting:
Om betrouwbaar over te komen, dient het logo van de Universiteit Twente uitgedragen te worden. Dit gebeurt door gebruik te maken van:

- ✓ Universiteit Twente pen
- ✓ Universiteit Twente enveloppen
- ✓ Een zichtbare collegekaart, die wordt gedragen aan jas/ broek (in speciale houder) Indien respondent het wenst is het identificeren met behulp van collegekaart mogelijk.
  De houder waarop de collegekaart zit bevestigt heeft een uitrolmechanisme.
  De houder maakte het mogelijk dat de collegekaart tijdens de werving zichtbaar getoond kon worden, maar dat deze ook door de onderzoeker uitgerold kon worden om deze duidelijker te laten zien aan de respondent (zie figuur 6).

Figuur 6 Houder collegekaart

Bijlage 6
Benaderingsformulieren

In deze bijlage wordt een voorbeeld gegeven van de benaderingsformulieren die gebruikt werd tijdens het benaderen van de respondenten. Deze benaderingsformulieren zijn per straat ingedeeld. Hieronder is een benaderingsformulier van de P. Lastmanstraat te zien.

Benadering- deelname/ weigering formulier P.Lastmanstraat

Benadering- deelname/ weigering formulier P.Lastmanstraat
Op dit formulier dient vermeld te worden welke seniorenwoningen benaderd zijn, of men wel of niet wil deelnemen. Reden voor geen deelname en de datum/ tijdstip voor retourneren vragenlijst.

P.Lastmanstraat (n=10)				
Nummer	**Geen gehoor**	**Weigering**	**Deelname**	**Datum/ tijdstip**
48				Datum: Tijdstip:
60				Datum: Tijdstip:
62				Datum: Tijdstip:
64				Datum: Tijdstip:
66				Datum: Tijdstip:
68				Datum: Tijdstip:
70				Datum: Tijdstip:
72				Datum: Tijdstip:
74				Datum: Tijdstip:
76				Datum: Tijdstip:
58				Datum: Tijdstip:

Bijlage 7
Niet thuis mededeling

Indien een persoon niet thuis was tijdens afgesproken tijdstip, dan werd onderstaande mededeling door de brievenbus gedaan.

Aan: …….
Van: Esther Vennink, studentonderzoeker Universiteit Twente

Hallo Meneer/ Mevrouw,

Ik ben enkele dagen geleden bij u aan de deur geweest en heb aan u gevraagd of u wou meewerken aan mijn afstudeeronderzoek van Universiteit Twente. Ik heb toen de vragenlijst: 'de griepprik & senioren ouder dan 65 jaar' bij u achtergelaten.

Ik ben vandaag (d.d. …..-…..-2004) bij u geweest voor het ophalen van deze vragenlijst. Helaas trof ik u niet thuis aan. Omdat ik uw deelname heel goed kan gebruiken kom ik een andere dag weer bij u langs.

Ik zal daarom *…….dag -…..-……..-2004 omstreeks ……* weer bij u langs komen voor het ophalen van deze vragenlijst. Mocht dit tijdstip u niet uitkomen, zou u dit dan kunnen doorgeven via 06 - 41 25 65 87. Ik zal dan een ander tijdstip met uw afspreken.
Ik hoop op uw medewerking, want uw deelname is hard nodig!

Met vriendelijke groet,
Esther Vennink

Bijlage 8
Oproep respondenten

Studente aan Universiteit Twente zoekt:
65-plussers die GEEN griepprik nemen

Binnenkort is het weer zover, dan kunt u zich weer laten inenten tegen de griep.

Geeft u geen gehoor aan de oproep van de huisarts om een griepprik te halen?
Bent u geen voorstander van de griepprik?
Dan ben ik op zoek naar U!

Voor mijn afstuderen aan de opleiding Toegepaste Communicatiewetenschap aan Universiteit Twente doe ik een onderzoek naar de griepprik. Voor het slagen van dit onderzoek heb ik u nodig!

Het onderzoek is erop gericht om te achterhalen waarom u geen griepprik neemt en hoe u tot deze keuze bent gekomen. Hiervoor is een **vragenlijst** ontwikkeld die u zelfstandig kunt invullen en ongeveer 20 minuten tijd van u in beslag neemt.

Ik stel u deelname zeer op prijs, want mijn onderzoek kan alleen slagen met voldoende deelname. U zou mij een stap dichterbij mijn afstuderen kunnen helpen.
Onder de deelnemers worden twee cadeaubonnen à 25 EUR verloot.

Heeft u interesse om mee te werken?
Neemt u dan hieronder een kaartje met mijn gegevens.
U kunt mij bereiken onder: 06- 41 25 65 87 of via griepprik@gmail.com

Na het achterlaten van uw naam en adres kom ik u een vragenlijst brengen en na één week weer ophalen. Ik hoop dat ik op uw medewerking kan rekenen!
Met vriendelijke groet, E. Vennink

JA ik doe mee! 06-41256587 griepprik@gmail.com
JA ik doe mee! 06-41256587 griepprik@gmail.com
JA ik doe mee! 06-41256587 griepprik@gmail.com
JA ik doe mee! 06-41256587 griepprik@gmail.com
JA ik doe mee! 06-41256587 griepprik@gmail.com
JA ik doe mee! 06-41256587 griepprik@gmail.com
JA ik doe mee! 06-41256587 griepprik@gmail.com
JA ik doe mee! 06-41256587 griepprik@gmail.com
JA ik doe mee! 06-41256587 griepprik@gmail.com
JA ik doe mee! 06-41256587 griepprik@gmail.com
JA ik doe mee! 06-41256587 griepprik@gmail.com
JA ik doe mee! 06-41256587 griepprik@gmail.com

Bijlage 9
Overzicht plaatsen oproep

In de onderstaande tabellen staat weergegeven waar de papieren als de digitale oproepen geplaatst zijn.

Tabel 35 Overzicht plaatsen van papieren oproep

Oproep geplaatst bij:	Plaats
1) Openbare bibliotheek- hoofdvestiging	Enschede
2) Bibliotheek Stadsveld	Enschede
3) Bibliotheek Twekkelerveld	Enschede
4) Gezondheidscentrum Wesselerbrink	Enschede
5) Reformhuis Twente	Enschede
6) Apotheek Wesselerbrink	Enschede
7) Apotheek Broekheurne	Enschede
8) Apotheek Stadsveld	Enschede
9) Dokter Schenau & de Vey	Enschede
10) Winkelcentra Wesselerbrink	Enschede

Tabel 36 Overzicht van websites met digitale oproep

Digitale oproepen geplaatst bij:
1) www.kleintjesmarkt.nl
2) www.speurders.nl
3) www.marktplaats.nl
4) www.vitaal.nl
5) www.plusonline.nl
6) 046.senioren.pagina.nl (prikbord)
7) 053.pagina.nl (prikbord)
8) senioren.pagina.nl (prikbord)
9) www.seniorenplein.nl

Bijlage 10
Brief bij opsturen vragenlijst

Van:
E. Vennink
<Adres>
<Postcode, plaats>

Aan:
<Naam>
<Adres>

Betreft: vragenlijst griepprik & senioren ouder dan 65 jaar

Enschede, <datum>

Geachte heer/mevrouw <naam>,

Na <telefonisch, e-mail etc.> contact op <datum> heb ik vernomen dat u interesse heeft in medewerking aan mijn onderzoek. Dit stel ik zeer op prijs! Ik kan uw deelname zeer goed gebruiken.

U kunt deelnemen door de bijgevoegde vragenlijst in te vullen. Op de voorkant van de vragenlijst staat aangeven hoe u deze kunt invullen. Het invullen wijst zich vanzelf.
De vragenlijst zal eerst ingaan op uw houding ten opzichte van de griepprik. Daarna zal de vragenlijst ingaan op uw sociale omgeving. Met wie praat u over de griep en de griepprik? Dit kan mij inzicht verschaffen hoe een positieve of negatieve houdingen bij personen kunnen ontstaan.

Er kunnen echter toch problemen ontstaan bij het invullen. Graag hoor ik deze van u, dan kan ik u wellicht verder helpen. U kunt mij bereiken onder het volgende telefoonnummer: 06- 41 25 65 87 of via de e-mail: e.vennink@student.utwente.nl

U kunt de vragenlijst retourneren door gebruik te maken van de retourenvelop.
Deze is alvast voor u gefrankeerd en voorzien van mijn adres. Ik wil u alvast bij voorbaat danken voor uw medewerking. U helpt mij zeker een stap dichterbij mijn afstuderen.

Met vriendelijke groet,

<ondertekening>

Esther Vennink
Studentonderzoeker Toegepaste Communicatiewetenschap
Faculteit Gedragswetenschappen, Universiteit Twente