

Al is de leugen nog zo snel,  
de waarheid achterhaalt hem wel!



# Al is de leugen nog zo snel, de waarheid achterhaalt hem wel!

Een exploratief onderzoek naar de relatie tussen  
*liegen*, schaamte en rookverslaving

Lydia van den Berg (0037761)

Faculteit Gedragswetenschappen, Universiteit Twente  
Enschede, 19 oktober 2005

Eerste begeleider: Drs. L.C.A. Christenhusz  
Tweede begeleider: Prof. Dr. J.J. Baneke

## Samenvatting

Dat stoppen met roken moeilijk is weet iedereen, maar het is alleen nog lastiger om te vertellen dat het stoppen met roken (weer) niet gelukt is.

Als er één onderwerp is waarover de laatste jaren een grote attitudeverandering heeft plaatsgevonden, dan is het wel over roken, dan wel stoppen met roken.

Nog niet zo lang geleden was stoppen met roken een onbekend en weinig onderzocht gebied. Vanwege de verslaving van roken wordt stoppen met roken tegenwoordig vaak behandeld door hulpverleners, hierdoor komen er veel 'stoppen met roken' programma's.

Binnen het Medisch Spectrum Twente is er een onderzoek gehouden naar stoppen met roken onder patiënten die lijden aan Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD), in het Nederlands Chronisch Obstructief Longlijden genoemd. Deze studie vergeleek de effectiviteit van de intensieve RookStopTherapie (RST) voor COPD patiënten, met de kortdurende Minimale Interventie Strategie voor Long patiënten (LMIS). Juist voor deze patiënten is stoppen met roken van groot belang, omdat stoppen met roken de enige effectief gebleken behandeling blijkt bij COPD patiënten. Helaas waren de resultaten van de biochemische validatie bij sommige patiënten inconsistent met de zelfrapportage.

Er is een literatuuronderzoek uitgevoerd om erachter te komen wat motieven zijn om te *liegen*. Aan de hand van deze literatuur is een interview opgesteld en zijn er drie vragenlijsten gekozen om aan de patiënten voor te leggen. Deze drie vragenlijsten zijn:

1. De naar Nederlands bewerkte 'Experience of Shame Scale' (ESS) (Andrews, Qian & Valentine, 2002): 'de ervaringen met schaamte schaal' (Baneke, 2003)
2. De naar Nederlands bewerkte 'State Shame and Guilt Scale' (SSGS) (Tangney & Dearing, 2002): 'actuele gevoelens vragenlijst' (Baneke, 2003).
3. De NEO Five Factor Inventory (NEO FFI) (Costa & McCrae, 1992) die de vijf dimensies van de persoonlijkheid meet.

Het doel van dit onderzoek was te achterhalen waarom deze patiënten hun rookstatus onjuist gerapporteerd hadden en in hoeverre schaamte en schuld hier een rol bij speelt. Ook kunnen hun persoonlijkheidseigenschappen hier invloed op hebben.

De hypothese was dat de patiënten hoge scores halen op de vragenlijsten over schaamte en schuldgevoelens. Ook werd er verwacht dat vrouwen hogere scores op de schaamte en schuld vragenlijsten halen dan mannen. Tot slot was de hypothese dat de mensen die roken hogere scores op de domeinen neuroticisme en extraversie van de NEO FFI halen dan mensen die niet roken. Dit omdat mensen die hoog scoren op neuroticisme eerder geneigd zijn gevoelens als schaamte en schuld te ervaren. Rokers scoren verder vaak hoog op extraversie.

In het data analyse programma SPSS werden alle gegevens ingevoerd en geanalyseerd.

Er werden in totaal 16 patiënten geïnterviewd, die waren ingedeeld in drie groepen; niet rokers, passieve *liegers* en actieve *liegers*. De gemiddelde leeftijd van alle patiënten was 61 jaar en in totaal participeerden 8 mannen en 8 vrouwen, de gemiddelde leeftijd van de vrouwen (57 jaar) lag een stuk lager dan van de mannen (65 jaar).

Van de patiënten waren er 6 toegewezen aan de RookStopTherapie (RST) voor COPD patiënten en waren er 10 toegewezen aan de kortdurende Minimale Interventie Strategie voor Long patiënten (LMIS).

‘De vragenlijst over actuele gevoelens’ en ‘de ervaringen met schaamte schaal’ verklaren 41% van de variantie *liegen*, dit is best hoog. Hoe hoger het gevoel van schaamte en/ of schuld is hoe groter de kans is dat iemand weer begint met het roken. De hypothese dat de vragenlijsten *liegen* voorspellen is hier bevestigd.

Verder verklaren de persoonlijkheidseigenschappen 40% van de totaalscore van ‘de ervaringen met schaamte schaal’ en 47% op de subschalen schaamte en schuld van ‘de vragenlijst over actuele gevoelens’. Vooral de persoonlijkheidseigenschappen extraversie, openheid en consciëntieusheid leveren een grote bijdrage bij het voorspellen van schaamte en schuld. Hoe hoger de score op deze eigenschappen is, hoe groter de kans dat iemand schaamte en schuld rapporteert en/of voelt. De hypothese dat neuroticisme schaamte- en schuldgevoelens voorspeld wordt dus niet verklaard. Neuroticisme verklaart schaamte en schuld dan niet, in zoverre dat het niet gerapporteerd wordt, maar levert wel de grootste bijdrage bij het voorspellen van *liegen*. Dus hier wordt de hypothese, dat neuroticisme *liegen* voorspelt, verklaard. *Liegen* wordt dus direct door neuroticisme verklaard en niet direct via schaamte.

De scores op de NEO FFI zijn niet erg hoog, alle scores lagen rond het gemiddelde. De hypothese dat rokers hogere scores hebben op neuroticisme en extraversie dan normaal wordt dus niet verklaard.

Tot slot wordt de hypothese, dat vrouwen meer schaamte- en schuldgevoelens ontwikkelen naar aanleiding van het *liegen*, hier niet bevestigd. De hypothese dat vrouwen eerder *liegen* dan mannen is niet echt te bevestigen. In de interviews gaf eigenlijk niemand toe dat ze *gelogen* hadden tijdens de studie, dus hier zijn geen conclusies over te trekken.

De scores van de patiënten op de SGSS en ESS waren vergeleken met de normscores lager dan gemiddeld. Uitgesplitst naar geslacht blijken vrouwen op de schalen van de SGSS wel veel hogere scores te halen, maar mannen niet. Wat betreft de ESS blijven ze beiden ver onder het gemiddelde. Hiervoor zijn twee mogelijke verklaringen. 1. De normering is niet uitgesplitst naar mannen en vrouwen. 2. Mensen met antisociale trekken, vaak mannen, hebben vaak lagere scores op schuld- en schaamtelijsten.

In de interviews kwamen drie punten naar boven die inconsistent waren met elkaar:

1. De patiënten zeiden bijna allemaal dat de omgeving geen invloed had op hun rookgedrag, maar bij de reden van het weer beginnen met roken werden er alleen maar factoren uit de omgeving genoemd.
2. Hoewel ze gestopt zijn om de klachten, geven de begonnen patiënten aan dat de onveranderde gezondheidsklachten geen reden zijn geweest om weer te beginnen met roken.
3. Tot slot bleek dat 9 patiënten weer waren begonnen met roken, waarvan er 7 in de groep van passieve *liegers* zaten. Dit is een opvallend hoog aantal.

Ondanks het feit dat de vragenlijsten nog niet volledig genormeerd zijn kan er gezegd worden dat beide vragenlijsten zeker het gebruiken waard zijn.

Waarom de patiënten *liegen* is niet helemaal duidelijk, mede door het feit dat er in de interviews nog steeds niet aangegeven werd dat er *gelogen* was. Wel kan er gezegd worden dat dit onderzoek een bijdrage levert aan het onderzoek naar de relatie tussen *liegen*, schaamte en rookverslaving. Er kan geconcludeerd worden dat de persoonlijkheid en het gevoel van schaamte en schuld een grote rol spelen bij het *liegen* over de rookstatus.

Ongewild, maar dankbaar gebruikt van gemaakt, kwam er bij dit onderzoek een vergelijking tussen twee groepen, tussen actieve en passieve *liegers*. Helaas was de groep met actieve *liegers* klein waardoor de vergelijking minder goed werd. Voor vervolgonderzoek kan het belangrijk, maar zeker ook interessant, zijn om de groepen van passieve en actieve *liegers* te

behouden. Bij het niet komen opdagen bij een meting wordt de patiënt meteen ‘bestempeld’ als passieve *lieger*. Zo’n patiënt is een heel andere patiënt dan de actieve *lieger* die beide metingen wel heeft gehad, maar waaruit inconsistente gegevens komen.

Van de 16 mensen kunnen we niet met zekerheid zeggen wie er nu wel/ niet gestopt waren met roken omdat zelfrapportage onbetrouwbaar is gebleken uit eerder onderzoek. Hierdoor is het niet helemaal duidelijk waarom de patiënten *liegen*. Wanneer men het onderscheid tussen *liegers* en niet *liegers* in kaart wilt brengen omtrent het onderwerp ‘roken’, dan is het aan te raden om na het interview nogmaals een cotininebepaling uit speeksel uit te voeren.

Tot slot zaten de patiënten in een studie waarbij de kans op *liegers* groot is. Het was een intensieve studie om te stoppen met roken, waarbij er veel druk was om te stoppen met roken omdat deze patiënten allemaal kans hebben op een langere levensduur als ze stoppen met roken. In deze context kan het liegen worden gezien als het geven van sociaal wenselijke antwoorden. Dit kan altijd een veelvoorkomende reden blijven om te liegen over de rookstatus. Bij verder onderzoek moet hier altijd rekening mee gehouden worden.

## Voorwoord

In september 2004 ben ik begonnen met het derde jaar van de opleiding Psychologie aan de faculteit Gedragswetenschappen van de Universiteit Twente. De eerste drie jaar, oftewel de Bachelor, worden binnen deze opleiding afgerond door middel van het schrijven van een scriptie, een Bachelorthese.

Voor deze bachelorthese kon er gekozen worden tussen verschillende onderwerpen of er kon zelf een voorstel gedaan worden. Ik heb ervoor gekozen een van de opdrachten te kiezen. Gelukkig kreeg ik ook de opdracht van mijn eerste keuze:

*‘Al is de leugen nog zo snel, de waarheid achterhaalt hem wel!’*

*Welke verklaringen zijn er te vinden voor het valselijk rapporteren van rookstatus?’*

Dit onderzoek maakt deel uit van een promotieonderzoek naar stoppen met roken bij COPD patiënten, de SMOKE studie. Ik ben zeer content dat ik de mogelijkheid gekregen heb om hieraan mee te werken.

Verder zou ik dit voorwoord graag willen gebruiken om mijn begeleiders Drs. L.C.A. Christenhusz en Prof. Dr. J.J. Baneke te bedanken voor hun medewerking aan dit onderzoek. Ook wil ik hierbij Mevr. B. Rinsma van het Medisch Spectrum Twente bedanken die mij heeft geholpen om de onderzoeken in het ziekenhuis uit te voeren.

**Lydia van den Berg**

**Enschede, oktober 2005**

## Inhoudsopgave

|                                                           |    |
|-----------------------------------------------------------|----|
| Samenvatting .....                                        | 3  |
| Voorwoord .....                                           | 6  |
| Inhoudsopgave .....                                       | 7  |
| Deel I .....                                              | 8  |
| Hoofdstuk 1 Literatuurstudie .....                        | 8  |
| § 1.1 Inleiding .....                                     | 9  |
| § 1.2 Biochemisch valideren .....                         | 11 |
| § 1.3 Zelfrapportage .....                                | 11 |
| § 1.3.1 Schuld en schaamte .....                          | 12 |
| § 1.4 Persoonlijkheid .....                               | 14 |
| § 1.5 Vraagstelling .....                                 | 15 |
| Deel II .....                                             | 17 |
| Hoofdstuk 2 Empirische studie .....                       | 17 |
| § 2.1 Inleiding .....                                     | 18 |
| § 2.2 Deelnemers .....                                    | 18 |
| § 2.3 Procedure .....                                     | 18 |
| § 2.3.1 Materiaal .....                                   | 19 |
| § 2.4 Data analyse .....                                  | 20 |
| Hoofdstuk 3 Resultaten .....                              | 22 |
| § 3.1 Karakteristieken .....                              | 23 |
| § 3.2 De ESS en de SGSS .....                             | 24 |
| § 3.2.1 Verschil geslacht vragenlijsten SGSS en ESS ..... | 24 |
| § 3.2.2 Verschillen gestopte en begonnen rokers .....     | 25 |
| § 3.2.3 Correlatie en regressie .....                     | 25 |
| § 3.3 NEO FFI .....                                       | 26 |
| § 3.3.1 Regressie .....                                   | 27 |
| § 3.4 Interviews .....                                    | 30 |
| Hoofdstuk 4 Discussie .....                               | 31 |
| § 4.1 Discussie .....                                     | 32 |
| Referenties .....                                         | 36 |
| Bijlage I Interview .....                                 | 39 |

## **Deel I**

### **Hoofdstuk 1 Literatuurstudie**

## § 1.1 Inleiding

Als er één onderwerp is waarover de laatste jaren een grote attitudeverandering heeft plaatsgevonden, dan is het wel over roken, dan wel stoppen met roken.

Nog niet zo lang geleden was stoppen met roken een onbekend en weinig onderzocht gebied. Vanwege de verslaving van roken wordt stoppen met roken tegenwoordig vaak behandeld door hulpverleners, hierdoor komen er veel ‘stoppen met roken programma’s’.

Dit onderzoek wordt uitgevoerd naar aanleiding van de resultaten van een ‘stoppen met roken programma’ voor patiënten met Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD), de SMOKE studie. Deze studie is uitgevoerd door het Medisch Spectrum Twente in Enschede, het Catharina ziekenhuis in Eindhoven en het Slotervaart ziekenhuis in Amsterdam. Deze studie vergeleek de effectiviteit van de intensieve RookStopTherapie (RST) voor COPD patiënten, met de kortdurende Minimale Interventie Strategie voor Long patiënten (LMIS). Tijdens de studie moesten patiënten zelfrapportage over de rookstatus doen en de rookstatus werd gemeten aan de hand van de cotinine waarde in het speeksel van de patiënt. Uit deze studie bleek dat de gevonden cotinine waarden inconsistent waren met de zelfrapportages van de patiënten.

Het is belangrijk om te weten waarom de gevonden waarden inconsistent zijn met zelfrapportages van de patiënten. Allereerst is het belangrijk voor het meten van de effectiviteit van een stoppen met roken programma binnen onderzoek en overige statistieken gerelateerd aan stoppercentages. Ten tweede, een gestopte roker moet anders behandeld worden dan een roker. Als iemand een onjuiste rapportage doet zal hij niet de goede behandeling ontvangen. Tot slot kunnen er steeds betere en effectievere programma’s ontwikkeld worden om te stoppen met roken als men weet wat de reden is van de inconsistentie.

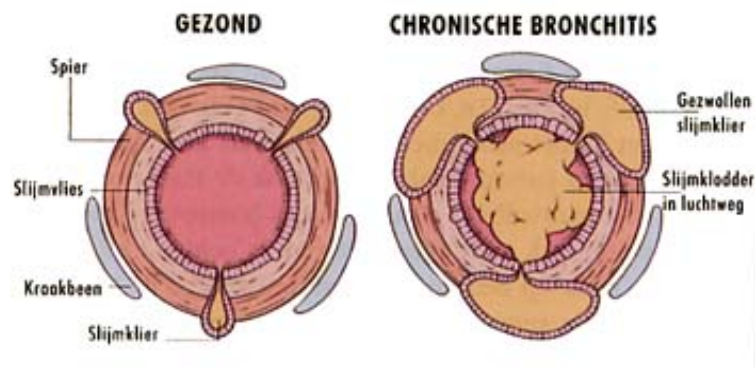
Juist voor COPD patiënten is het belangrijk om te stoppen met roken, want stoppen met roken is de enige effectief gebleken behandeling.

De afkorting COPD komt uit het Engels. Het staat voor Chronic Obstructive Pulmonary Disease, ofwel een chronische (= voortdurende) obstructie (= vernauwing) van de luchtwegen. Het verraderlijke van COPD is, dat het vaak vele jaren niet wordt opgemerkt, terwijl in die periode wel schade aan de longen en luchtwegen optreedt.

COPD bestaat eigenlijk uit twee ziekten; het is een verzamelnaam voor chronische bronchitis en longemfyseem.

Bij chronische bronchitis zijn de luchtwegen vernauwd door een ontsteking en hebben mensen vooral last van hoesten, slijm opgeven en benauwdheid. In figuur 1 is te zien wat chronische bronchitis aanricht. Hier staat de kringspier afgebeeld die rond de bronchiën ligt en die kan gaan verkrampen. Daarnaast de overmatige slijmproductie zoals die bij chronische bronchitis hoort. Door zoveel slijm kan de lucht er natuurlijk maar moeilijk door. De grootste oorzaak voor deze slijmproductie is de schade en de prikkeling die tabaksrook veroorzaakt.

Figuur 1:  
Kringspier bronchiën vergelijking (huisartsenkliniek, 2005)



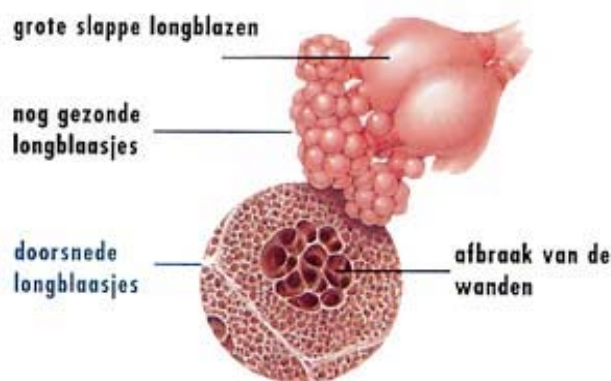
Longemfyseem uit zich in twee delen:

- 1) verlies van elasticiteit waardoor vooral uitademen moeilijk is en er onververste lucht in de longen blijft; 'de rek is uit de longen'.
- 2) de longblaasjes smelten samen waardoor er minder zuurstof in het bloed terecht komt, dit veroorzaakt vooral vermoeidheid.

Hieraan vooraf gaat meestal een jarenlange 'rokershoest' en perioden met acute bronchitis, die geleidelijk overgaat in chronische bronchitis.

In figuur 2 is afgebeeld wat longemfyseem aanricht. Het steunweefsel, het elastine, die de longblaasjes hun structuur geeft verdwijnt, waardoor de longblaasjes grote slappe ballonnen worden. Hierdoor verliezen de longen hun elasticiteit.

Figuur 2:  
Longblaasjes (huisartsenkliniek, 2005)



COPD is een chronisch progressieve ziekte: mensen die dit hebben, worden niet meer beter en het wordt alleen maar erger. De patiënten die COPD hebben zijn meestal mannen boven de 40 jaar met een lage sociale economische status.

COPD is een rokersziekte, ongeveer 95% van de patiënten met COPD rookt (Marx, 2002) en de klachten zijn in 99% van de gevallen veroorzaakt door roken (vooral emfyseempatiënten). De andere 1% krijgt COPD door een zeldzame, erfelijke aandoening. Bij een ernstige vorm van COPD zijn de longen beschadigd. Daarnaast heeft roken ook een negatief effect op het beloop van COPD en het kan de klachten verergeren. Ook het hart moet bij COPD extra

werken om het lichaam nog van voldoende zuurstof te voorzien, wat uiteindelijk kan leiden tot hartfalen (Astmafonds, 2005).

Door middel van een literatuuronderzoek is onder andere uitgezocht welke andere onderzoeken er bekend zijn over stoppen met roken en het niet lukken van deze poging.

## § 1.2 Biochemisch valideren

Er zijn verschillende biochemische manieren om de rookstatus van patiënten te valideren.

Er zijn eigenlijk drie determinanten voor *liegen* bij roken waarvoor er biochemisch gevalideerd wordt: 1. Wat voor type studie? (Intensieve interventie voor stoppen met roken vs. interventie voor gedragsverandering). 2. Welke populatie? (Hoge risico patiënten vs. gezonde vrijwilligers). 3. Doel van de studie? (Hoofddoel stoppen met roken vs geen druk om te stoppen met roken) (Velicer, Prochaska, Rossi, & Snow, 1992).

De SMOKE studie was een intensieve interventie met patiënten waarbij het hoofddoel stoppen met roken was. De methode gebruikt in de SMOKE studie, is het meten van een afbraakproduct van nicotine, cotinine genaamd, in het speeksel van de patiënt die uitwijst of de patiënt wel of niet gerookt heeft (Mudde, Willemsen, Kremers & de Vries, 2000).

Nicotine wordt voor 99% afgebroken in het lichaam tot meerdere producten. In totaal wordt 70-80% door C-oxidatie afgebroken tot cotinine wat hierdoor het grootste afbraakproduct van nicotine is (Yildiz, 2004). Cotinine heeft een halfwaardetijd van ongeveer 20 uur (Giusto & Eckhard, 1986) en kan gedetecteerd worden in speeksel, bloed en urine. Patrick Cheadle, Thompson, Diehr, Koepseli & Kinne (1994) noemen als nadeel aan de biochemische meetinstrumenten dat er vaak een korte halfwaardetijd aan verbonden is, zodat het alleen maar de roker als zodanig identificeert die kort voor de test gerookt heeft. Bij cotinine kan het roken van 3 tot 5 dagen terug gedetecteerd worden.

Er zijn veel studies gedaan naar het vergelijken van biochemisch valideren en zelfrapportage bij mensen die moeten stoppen met roken. Er zijn een aantal mogelijkheden waardoor er inconsistente gegevens kunnen ontstaan.

Allereerst kan het zijn dat het meetinstrument niet goed gemeten heeft. Jarvis, Tunstall-Pedoe, Feyerabend, Vesey & Saloojee (1987) vergeleken een aantal tests voor het meten van roken. Bij deze onderzoeken werd gekeken naar de sensitiviteit, waarbij een roker ook als roker geïdentificeerd wordt en de specificiteit, waarbij een niet roker ook als zodanig wordt geïdentificeerd. Hieruit bleek dat de meting van cotinine in speeksel voor 95% sensitief was en 82% specifiek. Bij een meta-analyse uitgevoerd door Patrick et al. (1994) kwam voor zelfrapportage een sensitiviteit van 87% en 89% specificiteit.

Ook kan het altijd zijn dat de gegevens beïnvloedt worden door interveniërende variabelen zoals nicotine kauwgum bij de cotinine meting in speeksel (Murray, Connert, Lauger & Voelker, 1993).

## § 1.3 Zelfrapportage

Een tweede manier om te controleren of iemand gerookt heeft is het gewoon vragen aan de persoon.

Als we er vanuit gaan dat het biochemisch valideren goed is gegaan zijn er twee mogelijkheden, of de persoon heeft bewust een onjuiste rapportage gedaan of de persoon

heeft dit onbewust gedaan. In dit onderzoek zal de term *liegen* gebruikt worden voor zowel bewuste als onbewuste onjuiste rapportages van de rookstatus. We kunnen niet met volledige zekerheid zeggen dat iemand echt gelogen heeft omdat de persoon misschien een andere definitie van roken heeft. Omdat de term *liegen* dus een negatieve en verkeerde lading heeft zal het woord schuingedrukt staan in tekst.

Onbewust *liegen* is terug te brengen naar één hoofdoorzaak; het heeft vooral te maken met het anders interpreteren van symptomen en het roken (Hatziaandreu, Pierce, Fiore, Grise, Novotny, & Davis, 1989; Jackson, Manen, Gani & Carter, 2004; Kawakami, Takai, Takatsuka, & Shimizu, 2000; Sandhu, Humphris, Whitley, Cardozo & Sandhu, 2003). Er werd geconcludeerd dat rokers hun rookgedrag soms onderrapporteren, het roken op speciale gelegenheden wordt dan bijvoorbeeld niet beschouwd als roken.

Daarnaast blijkt dat proefpersonen bij een ‘stoppen met roken programma’ eerder geneigd zijn hun rookstatus onjuist te rapporteren dan proefpersonen die niet de druk hebben om te stoppen, bijvoorbeeld door het geven van sociaal wenselijke antwoorden om de onderzoeker te helpen (Klesges, Klesges & Cigrang, 1992; Murray et al., 1993).

Wel vonden Klesges et al (1992) dat rokers die zelfrapportage deden hogere scores hebben op bedrog dan niet rokers die zelf rapportage deden. Dit duidt weer op bewust onjuiste rapportages.

Wanneer er bewust *gelogen* wordt, kunnen hier meerdere oorzaken aan ten grondslag liggen. Murray et al. (1993) geven in hun onderzoek een aantal kenmerken van iemand die liegt. Vaak zijn het mannen (Klesges et al, 1992), personen die aangeven weinig tot geen alcohol te drinken, personen die zijn getrouwd en niet gescheiden, personen zonder andere rokers in huis, personen met een partner die gestopt is of die nooit gerookt heeft. Tot slot speelt leeftijd ook nog een rol, oudere mensen *liegen* eerder (Murray et al., 1993; Bush, Miller, Golden & Hale, 1989).

Maar waarom *liegen* mensen? *Liegen* is eigenlijk iets van elke dag. Vaak *liegen* mensen over hun gevoel, hun voorkeuren, hun mening en attitude. Leugens voor materiële winst, persoonlijk gemak of het ontwijken van straf en schuld zijn veelvoorkomende motieven om te *liegen*. Er zijn drie hoofdcategorieën van motieven te onderscheiden: leugens om/voor anderen (zoals sociaal wenselijke antwoorden aan de onderzoeker), leugens voor eigen gewin en leugens die niet per se voor zelf of anderen verteld worden (DePaulo et al., 2003, 2004; Petress, 2004). Er wordt gelogen om zichzelf en anderen te beschermen tegen teleurstelling, afkeuring en om niet gekwetst te worden. In deze leugens wordt vaak geen kwaad gezien, het zijn immers maar ‘kleine’ leugens met weinig tot geen negatieve consequenties.

‘Grote’ leugens worden een ander verhaal. Deze leugens worden verteld om overtredingen te verhullen wat kan variëren van *liegen* over rookstatus tot *liegen* bij een criminele misdaad. Toch brengen deze ‘grote’ leugens problemen met zich mee zoals relatieproblemen, het beschadigen van een reputatie en soms onwettige praktijken. Waarom worden deze leugens dan toch verteld? De mensen denken dat de waarheid die verhuld moet worden ergere consequenties heeft dan de consequenties van de leugen (DePaulo et al., 2004).

Twee van deze consequenties die meer problemen veroorzaken zijn bijvoorbeeld de gevoelens van schuld en schaamte.

### § 1.3.1 Schuld en schaamte

Het gevoel schuld krijgt men zodra ze iets verkeerd hebben gedaan of denken dat anderen vinden dat ze iets verkeerd hebben gedaan. DePaulo et al. (2004) vonden dat het gevoel van schuld vaak sterker aanwezig was bij *liegen* dan andere emotionele reacties. Toch voelen

mensen die *liegen* zich niet altijd schuldig over hun leugen. Soms vinden ze dat ze iemand iets bespaard hebben door iets niet verteld te hebben. Dit komt overeen met wat Klesges et al. (1992) vonden in hun onderzoek. Bij de motieven om te *liegen* bij rookstatus kwam ook het willen plezieren van de onderzoeker naar voren. Ook waren het juist meedoen aan een experiment en de sociale druk tegen roken veelvoorkomende motieven om te *liegen* om meer schaamte- en schuldgevoelens te vermijden (Perkins & Grobe, 1992).

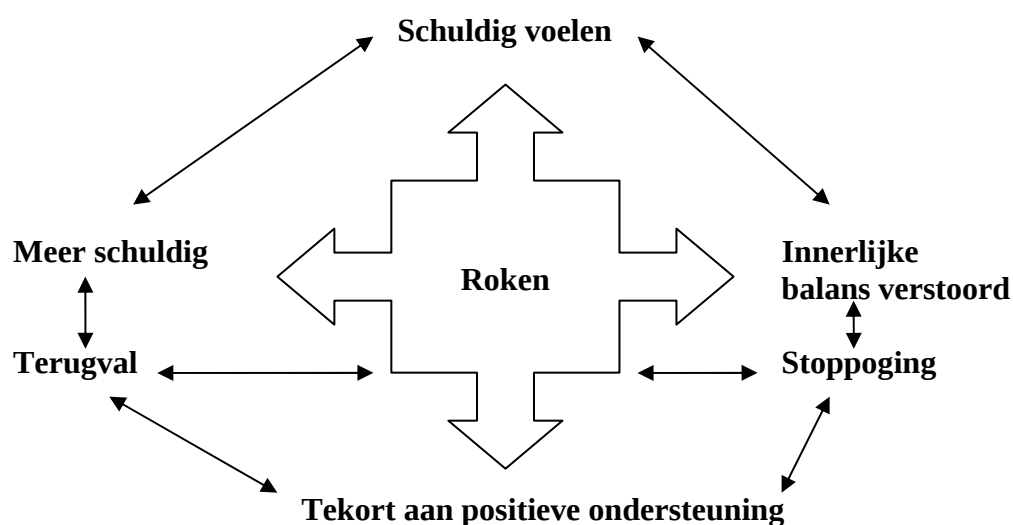
Nog erger is het gevoel schaamte dat iemand krijgt als hij vindt dat hij gefaald heeft in het halen van zijn opgestelde standaard en hierdoor denkt af te wijken van de norm. Schaamte leidt tot een behoefte tot verstoppen of verdwijnen, om in de grond weg te zakken en nooit meer terug te komen (Tangney & Dearing, 2002).

Het verschil tussen schaamte en schuld zit eigenlijk in de publieke factor. Bij schaamte denkt men aan een gevoel opgewekt door publieke blootstelling gericht op de persoon zelf, schuld wordt meer gezien als een persoonlijke gebeurtenis, een bepaalde gedraging (Tangney & Dearing, 2002). Het niet vertellen van de waarheid veroorzaakt minder gevoel van schuld en schaamte dan het vertellen van de waarheid.

Het schaamtegevoel bij een terugval wordt vaak ook geprobeerd te reduceren door juist redenen te zoeken in de omgeving waardoor men weer gaat roken, bijvoorbeeld bij een overlijdensgeval (Tangney & Dearing, 2002; Rämäki, Katajavuori, Järvinen, Hakuli, Terasalmi & Pietilä, 2002).

In figuur 3 is te zien hoe het schuldgevoel zich opbouwt en waardoor het erger wordt. Het begint met het roken, wat een aantal dingen veroorzaakt. Men gaat zich schuldig voelen, waardoor de innerlijke balans verstoord wordt. Er wordt dan een stoppoging gedaan, maar door onder andere weinig sociale steun mislukt deze poging en heeft men een terugval, waardoor ze zich weer meer schuldig gaan voelen. Met schaamte werkt dit eigenlijk hetzelfde. Men voelt schaamte, waardoor de innerlijke balans eigenlijk nog meer wordt verstoord dan door schuld. Men probeert te stoppen met roken, dit mislukt en er wordt meer schaamte ontwikkeld. Het gevoel van schaamte en schuld wordt door deze vicieuze cirkel alleen maar groter en groter.

Figuur 3:  
Ervaringen van rokers in het stopproces. De negatieve cirkel van stoppen (Rajamäki, Katajavuori, Järvinen, Hakuli, Terasalmi, & Pietilä, 2002)



Lutwak, Panish, Ferarri & Razzino (2001) vinden tot slot nog dat vrouwen meer neigen naar schaamte en schuldgevoelens dan mannen.

## § 1.4 Persoonlijkheid

Zijn er verschillen tussen rokers en niet rokers?

Vele onderzoeken geven hierop een bevestigend antwoord. Met behulp van de Eysenck Personality Questionnaire (EPQ) kwamen Spielberger & Jacobs (1982), Kawakami et al. (2000) en Spielberger, Reheiser, Foreyt, Poston & Volding (2003) tot de conclusie dat er qua persoonlijkheid genoeg verschillen zijn tussen rokers en niet rokers. Uit deze onderzoeken bleek dat rokers hogere scores haalden dan niet rokers op de extraversie, neuroticisme en psychoticisme schalen. Ze haalden lagere scores dan de niet rokers op de leugen schaal. Ook scoorden vrouwen hoger dan mannen op de domeinen neuroticisme en leugen, maar lager op het domein psychoticisme.

Bij Patton, Barnes & Murray (1997) volgt ook deze conclusie. Om de persoonlijkheid te bekijken gebruikten zij een aantal verschillende schalen, waaronder de EPQ, twee schalen van de Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) en de Rosenberg Self Esteem schaal. Hieruit concludeerden zij dat rokers hoger scoren op de neuroticisme en psychoticisme schalen.

Terracciano & Costa Jr. (2004) bekeken de persoonlijkheid met behulp van de vijf factor vragenlijst van de persoonlijkheid, de NEO Personality Inventory Revised (NEO PI R). Zij vonden dat rokers hoog scoorden bij het bekijken van de totale score van het domein neuroticisme, maar ook op alle facetten van deze schaal. Ook op het domein consciëntieusheid werden hoge scores behaald. Bij het domein extraversie werd alleen op het facet 'excitement seeking' door rokers een hogere score behaald dan niet rokers. Op het totale domein extraversie werd er geen verschil gevonden. Ook Spielberger et al. (2004) kregen deze uitkomst. Zowel Terracciano en Costa Jr. (2004) als Spielberger et al. (2004) hebben er wel een verklaring voor dat andere onderzoeken hier een verschil vinden. Zodra er impulsiviteit in het domein verwerkt is komen er hoge scores, want rokers halen hoge scores op impulsiviteit (Spielberger & Jacobs, 1982). Bij de NEO PI R zit het facet impulsiviteit onder het domein neuroticisme.

In een recent onderzoek van Harakeh, Scholte, de Vries & Engels (2005), waarin gebruikt werd gemaakt van de Quick Big Five, werd wel geconcludeerd dat rokers hoog scoren op extraversie en zoals verwacht hoog scoren op neuroticisme. Zij onderzochten adolescenten die in de pubertijd zaten dus dit kan de hogere scores op het domein extraversie verklaren. Mensen die hoog scoren op dit domein zijn vaak actiever en spraakzamer (Hoekstra, Ormel, & de Fruyt, 1996), iets wat pubers ook vaak zijn.

Uit het verslavingsonderzoek van Eysenck (1997) bleek psychoticisme sterk samen te hangen met verslaving, maar extraversie helemaal niet. Het onderzoek van Kawakami et al. (2000) bevestigt dit, roken hangt wel samen met extraversie, maar nicotine afhankelijkheid niet. Personen die hoog scoren op het domein extraversie zijn sociabele mensen. Er wordt vaak gezegd dat er voor de gezelligheid meegerookt word, dus dit zou kunnen verklaren dat rokers vaak hoog scoren op deze schaal.

Personen die hoog scoren op het domein neuroticisme zijn sterk geneigd angst te ervaren (Hoekstra et al., 1996; Patton et al, 1997), maar ook andere negatieve gevoelens zoals schaamte en schuld (Hoekstra et al, 1996). Ook hebben rokers vaak meer antisociale karakteristieken dan niet rokers (Patton et al, 1997; Spielberger & Jacobs, 1982; Spielberger et al, 2003).

Tot slot wijst het onderzoek van Spielberger & Jacobs (1982) erop dat vrouwen hoger scoren op de leugen schaal dan mannen. Toch ervaren vrouwen meer distress bij het vertellen van een leugen en zoeken ze sneller sociale hulp om hun gevoelens kwijt te kunnen (DePaulo et al., 2004).

## § 1.5 Vraagstelling

Omdat we er vanuit gaan dat het meetinstrument in de SMOKE studie goed gemeten heeft kan er geconcludeerd worden dat de patiënten met inconsistente waarden *gelogen* hebben, onbewust danwel bewust.

Dit onderzoek heeft als doel een bijdrage te leveren aan de kennis over de oorzaken van het onjuist rapporteren van de rookstatus bij COPD patiënten.

Om dit doel te bereiken zullen verschillende vragen moeten worden geformuleerd.

De centrale vraagstelling in dit onderzoek is:

*Welke verklaringen zijn er te vinden voor het onjuist rapporteren van rookstatus?*

Om deze onderzoeksvraag te beantwoorden zijn er een aantal deelvragen nodig:

1. *Op welke wijze hangt het hebben van schaamtegevoelens samen met het onjuist rapporteren van rookstatus?*
  - I. Mijn hypothese is dat een hoge score op 'de ervaringen met schaamte schaal' *liegen* voorspelt.
  - II. Verder verwacht ik een hoge correlatie tussen de schaamte schaal en de vragenlijst over actuele gevoelens.
2. *Op welke wijze hangt het hebben van schuldgevoelens samen met het onjuist rapporteren van rookstatus?*
  - I. Mijn hypothese is dat een hoge score op de 'vragenlijst over actuele gevoelens' *liegen* voorspelt.
  - II. Verder verwacht ik een hoge correlatie tussen de schaamte schaal en de vragenlijst over actuele gevoelens.
3. *Welke relatie bestaat er tussen de persoonlijkheidseigenschappen en het onjuist rapporteren van rookstatus?*
  - I. Mijn hypothese is dat hoge scores op het domein neuroticisme *liegen* zal voorspellen
  - II. Verder verwacht ik hoge scores op de extraversie en neuroticisme domeinen.
4. *Beïnvloeden de persoonlijkheidseigenschappen het hebben van schaamte- en schuldgevoelens?*
  - I. Mijn hypothese is dat de scores op het domein neuroticisme positief correleert met de scores op de schaamte en schuld lijsten.
5. *Is er een verschil tussen mannen en vrouwen? Zoja, welk verschil?*

- I. Mijn hypothese is dat vrouwen in het begin eerder geneigd zijn te *liegen*, vooral vanwege sociaal wenselijke antwoorden om de onderzoeker en anderen niet teleur te stellen.
- II. Achteraf zullen ze meer schuld- en schaamtegevoelens ontwikkelen.

6. *Zijn er aanbevelingen te doen ter voorkoming van onjuist rapporten?*

## **Deel II**

### **Hoofdstuk 2 Empirische studie**

## § 2.1 Inleiding

De SMOKE studie is in drie ziekenhuizen uitgevoerd, waarbij in totaal 233 patiënten geparticipeerd hebben; 113 in Enschede, 70 in Amsterdam en 50 in Eindhoven. Er is binnen dit onderzoek gekozen om alleen de mensen in Enschede te benaderen.

Binnen het onderzoek zijn op drie tijdstippen metingen gedaan, na drie maanden, zes maanden en twaalf maanden. De meting bestond uit een aantal onderdelen;

Allereerst een vragenlijst, de ‘Smoking Related Questionnaire’ (Mudde, Willemsen, Kremers & de Vries, 2000), waarin onder andere de vraag staat of men de afgelopen tijd gerookt heeft.

De tweede meting was het afnemen van speeksel waarin de waarde van een afbraakproduct van nicotine, cotinine, gemeten wordt. Zodra de waarde boven de 20 komt betekende het dat iemand een roker was.

Voor de patiënten waarbij geen speekseltest afgenomen is zijn we er van uitgegaan dat diegene dan een roker is. Omdat dit niet kon worden geobjectiveerd, definiëren we dit als ‘passief *liegen*’. Voor de patiënten die wel alle metingen gehad hebben en waarbij uit de speekseltest bleek dat ze gerookt hebben, definiëren we dit als ‘actief *liegen*’. Binnen medisch onderzoek worden beide type rokers gedefinieerd als ‘deceivers’. Tot slot is er ook nog de groep ‘niet *lieger*’. Deze patiënten gaven aan niet meer gerookt te hebben, dit werd door de cotinine meting bevestigd.

In totaal was 29% van alle patiënten een actieve of passieve *lieger*. Hiervan waren de gegevens van de cotinine meting dus inconsistent met de gegevens van de ‘Smoking Related Questionnaire’.

## § 2.2 Deelnemers

Alle deelnemers waren onder behandeling van een longarts voor COPD bij het Medisch Spectrum Twente. Alleen de patiënten waarbij de gegevens omtrent de rookstatus inconsistent waren werden benaderd om deel te nemen aan het onderzoek. Dit resulteerde in een groep van 33 patiënten die verdeeld konden worden in drie groepen (actieve *lieger*, passieve *lieger* en niet *lieger*). Elke groep kon weer worden verdeeld in twee groepen; een groep met deelnemers van de RookStopTherapie (RST) en een groep met deelnemers van de Minimale Interventie Strategie voor Long patiënten (LMIS). Van de actieve *liegers* deden er 4 mee aan de RST en 3 aan de LMIS. Bij de groep met de passieve *liegers* waren dit respectievelijk 11 en 13 patiënten en bij de niet rokers was dit voor beide programma’s 1 patiënt.

## § 2.3 Procedure

Alle patiënten werden telefonisch benaderd met het verzoek of ze mee wilden werken aan het onderzoek. Indien dit het geval was werd er een afspraak gemaakt om een diepte-interview en de vragenlijsten af te nemen. Bij het maken van de afspraak met de patiënt is er gevraagd of de patiënt naar het Medisch Spectrum Twente (MST) wil komen. Als dit niet mogelijk was werd de patiënt thuis geïnterviewd. In het begin was nog niet duidelijk hoeveel patiënten zouden participeren, dus is ervoor gekozen om in eerste instantie alle actief *liegende* patiënten te benaderen. Omdat er in totaal maar 7 actief *liegende* patiënten waren is ervoor gekozen om ook een aantal passief *liegende* patiënten te benaderen. Er is voor gekozen om patiënten te interviewen die pas na 12 maanden een passieve *lieger* waren. Dit is gedaan omdat juist bij

deze groep de kans op het gevoel van schuld en schaamte het grootst zou kunnen zijn omdat ze al lang met het programma bezig zijn.

Bij elke meting van de SMOKE studie hebben de COPD patiënten de Smoking Related Questionnaire ingevuld. De patiënten vullen na het interview de NEO FFI, de vragenlijst over actuele gevoelens en de ervaringen met schaamte schaal in.

Het interview neemt ongeveer 30 minuten in beslag, het invullen van de vragenlijsten duurt ongeveer 15 tot 30 minuten. Het geheel duurt dus ongeveer 60 minuten.

Er werd de patiënten bij het onderzoek verteld dat het de bedoeling was om de SMOKE studie te verbeteren en dat dit gedaan werd door te kijken naar de motivatie van patiënten om wel of niet te roken tijdens de studie. De patiënten wisten niet dat ze aan de hand van inconsistente gegevens benaderd waren.

In de volgende volgorde werden de tests afgenomen: interview, vragenlijst actuele gevoelens, ervaringen met schaamte schaal en tot slot de NEO FFI. De drie vragenlijsten werden gegeven met de standaardinstructies en bij het interview werd benadrukt dat ze zo uitgebreid mogelijk moesten antwoorden. Tot slot werden de randomisatienummers van het MST gebruikt om de anonimiteit te garanderen. De interviews werden met behulp van een taperecorder opgenomen. Nadat de interviews waren uitgewerkt werd de tape gewist. Deze uitwerking werd alleen gelezen door de onderzoeker en de begeleiders. De vertrouwelijkheid en anonimiteit bleven op deze manier gewaarborgd.

### *§ 2.3.1 Materiaal*

#### Interview (Bijlage I)

Vanwege het exploratieve karakter van dit onderzoek is ervoor gekozen om bij de patiënten een diepte-interview af te nemen. Het voordeel hiervan is namelijk dat er veel informatie verzameld kan worden uit mededelingen van de ondervraagden.

Vragen die in dit diepte-interview worden gesteld zijn bijvoorbeeld:

‘Welke gevoelens en gedachten krijgt u als u terugdenkt naar het moment van roken?’

‘Als u nu denkt aan het weer beginnen met roken, zoals u zelf net omschreven hebt; welke gevoelens en gedachten wekt dat bij u op?’

Het is de bedoeling dat de interviews inzicht geven in de motivatie van roken tijdens de SMOKE studie. Ook probeert het inzicht te geven in bepaalde gedachten en gevoelens die patiënten krijgen en hebben ten opzichte van roken.

Naast de diepte-interviews zullen er een aantal vragenlijsten afgenomen worden. Deze zullen nu besproken worden.

#### Smoking Related Questionnaire (Mudde et al., 2000)

De Smoking Related Questionnaire wordt gebruikt voor onderzoek naar de effectiviteit van stoppen met roken interventies. De in totaal 66 gesloten vragen betreffen rookgedrag, stoppogingen, verslaving en achtergrondvariabelen. Voorbeelden van vragen hieruit zijn:

‘Als ik blijvend niet rook, ben ik tevreden over mezelf’;

‘Heeft u de afgelopen 7 dagen een of meer sigaretten (shagjes, sigaren, pijp) gerookt?’.

De patiënten hadden deze vragenlijst bij alledrie de metingen al ingevuld, dus deze hoefden ze niet meer in te vullen. De vraag waar dit onderzoek zich vooral op richtte was de vraag of de patiënten de afgelopen tijd gerookt hadden. Dit was belangrijk om te bepalen in welke groep de patiënten ingedeeld konden worden voor het onderzoek.

#### Vragenlijst over actuele gevoelens (SGSS) (Baneke, 2003)

De vragenlijst over actuele gevoelens is de naar Nederlands bewerkte 'State Shame and Guilt Scale' (SSGS) van Tangney (Tangney & Dearing, 2002). Deze vragenlijst meet de gevoelens van de ondervraagde op het moment dat de vragenlijst wordt afgenomen. Hij bestaat uit 18 stellingen die onderverdeeld zijn in vragen over schaamte, schuld en trots. De ondervraagde dient deze te scoren op een vijf-punts Likert schaal van 1 (helemaal niet) tot 5 (heel erg).

Voorbeelden hiervan zijn:

'Ik heb spijt en berouw'

'Ik voel me heel ontevreden over iets wat ik gedaan heb'

#### Ervaringen met schaamte schaal (ESS)(Baneke, 2003)

De ervaringen met schaamte schaal is de naar Nederlands bewerkte 'Experience of Shame Scale' (ESS) van Andrews (Andrews, Qian & Valentine, 2002). Deze meet schaamte vanaf het moment van de afname tot een jaar terug. Hij bestaat uit 25 vragen die onderverdeeld zijn in drie categorieën, te weten: schaamte over eigen karakter, schaamte over eigen gedrag en schaamte over eigen lichaam. De ondervraagde dient deze te scoren op een vier-punts Likert schaal van 1 (helemaal niet) tot 4 (heel erg). Voorbeelden van vragen zijn:

'Voelt u schaamte als u iets verkeerd doet?'

'Heeft u geprobeerd dingen te verbergen waarover u zich schaamde dat u die gedaan heeft?'

#### NEO FFI (Costa & McCrae, 1992)

De NEO Five Factor Inventory (NEO FFI) is de verkorte NEO Personality Inventory Revised (NEO PI R). Deze vragenlijst wordt gebruikt om de vijf dimensies van de persoonlijkheid te meten. Elke dimensie bestaat weer uit een aantal facetten. De dimensies zijn, ook wel de 'big five' genoemd (Hoekstra et al, 1996):

- Neuroticisme, dit contrasteert emotionele stabiliteit met emotionele labiliteit.
- Extraversie, probeert oorspronkelijk de naar buiten en naar binnen gerichte energie, aandacht en oriëntatie aan te duiden.
- Met openheid (voor ervaringen) wordt vooral een bepaalde geesteshouding aangeduid.
- Altruïsme, vertegenwoordigt de oriëntatie van het individu op de ervaringen, belangen en doelen van anderen.
- Tot slot verwijst het domein consciëntieusheid direct naar het geweten als sturende en toetsende instantie voor het eigen gedrag.

De NEO PI R bestaat uit 240 stellingen, omdat dit tijdrovend is om in te vullen is er voor gekozen om de NEO FFI te gebruiken die 60 stellingen omvat die de ondervraagde dient te scoren op een vijf-punts Likert schaal van 1 (absoluut niet eens) tot 5 (absoluut eens).

Voorbeelden hieruit zijn:

'Ik lach gemakkelijk'

'Ik ben niet erg systematisch'

## **§ 2.4 Data analyse**

Statistische analyse is uitgevoerd met behulp van het analyseprogramma SPSS versie 11.01. Alle groepen hadden een normale verdeling.

Omdat we de verschillen willen ontdekken tussen een aantal groepen zoals geslacht en de variabele roker (wel of niet roken op dit moment) zijn er onafhankelijke t-testen uitgevoerd, waarbij er een alpha van 0.05 is aangehouden, mits anders aangegeven. Voor de verschillen

tussen meer dan twee groepen zoals de variabele groep (niet roker, passieve *lieger*, actieve *lieger*) is One-Way ANOVA gebruikt.

Middels het genereren van scatterplots is de samenhang tussen de scores op de vragenlijsten over schaamte en schuld en de scores op de NEO FFI onderzocht. Wanneer er een samenhang kon worden aangetoond is er gebruik gemaakt van het berekenen van de correlatie tussen de variabelen door middel van Pearson. Bij de correlatie krijgen we een indruk van de samenhang tussen twee variabelen zoals de scores op de ESS en de SGSS en de scores op de NEO FFI. Ook is de betrouwbaarheid van de ESS en de SGSS berekend omdat deze testen nog niet voldoende genormeerd zijn.

Tot slot zijn er regressie analyses uitgevoerd om te kijken of sommige variabelen andere variabelen konden voorspellen. Dit is gebeurd bij het voorspellen van liegen door de vragenlijsten over schaamte en schuld en de NEO FFI en het subdomein neuroticisme van de NEO FFI.

## **Hoofdstuk 3 Resultaten**

### § 3.1 Karakteristieken

In totaal waren er 31 van alle 113 patiënten waarbij bleek dat de rapportage op de vragenlijst niet overeenstemde met de speekseltest of dat er helemaal geen speekseltest had plaatsgevonden. Bij een zevental patiënten is dit twee keer voorgekomen en bij één patiënt alledrie de metingen. Voor de patiënten bij wie geen speekseltest afgenomen is zijn we er van uitgegaan dat diegene een roker is. Omdat dit niet kon worden geobjectiveerd definiëren we het *liegen* als passief. Voor de patiënten die wel alle metingen gehad hebben en waarbij uit de speekseltest bleek dat ze gerookt hadden, definiëren we het *liegen* als actief. In tabel 1 is de verdeling van *liegers* te zien.

Tabel 1:  
Verdeling van *liegers*

|                                | Na 3 maanden | Na 6 maanden | Na 12 maanden |
|--------------------------------|--------------|--------------|---------------|
| <b>Passieve <i>liegers</i></b> | 9            | 8            | 16            |
| <b>Actieve <i>liegers</i></b>  | 4            | 3            | 2             |

Uiteindelijk zijn er 33 patiënten benaderd, waarvan er 16 mee wilden werken en 10 weigerden om mee te werken. Twee patiënten waren overleden en de overige patiënten waren onbereikbaar. Een aantal patiënten had op meer dan één meettijdstip *gelogen*, bijvoorbeeld na 6 maanden en na 12 maanden.

De gemiddelde leeftijd van alle 16 patiënten was 61 jaar (SD = 7.9, range 46-73).

In totaal participeerden 8 mannen en 8 vrouwen van de in totaal 20 mannen en 13 vrouwen die benaderd zijn. De gemiddelde leeftijd van de vrouwen (57 jaar met een standaarddeviatie van 7.6) lag een stuk lager dan de mannen (65 jaar met een standaarddeviatie van 6.3). 11 Patiënten gaven aan getrouwd te zijn, 2 gescheiden en 3 alleenstaand.

Een groot percentage van de patiënten (40%) gaf bij de vraag wanneer ze iemand als een roker beschouwden, aan dat één sigaret al roken is. Vaak vonden ze een gelegenhedsroker geen roker, maar op de vraag of ze zichzelf als roker zouden beschouwen als ze een gelegenhedsroker zouden zijn antwoordden ze allemaal van wel.

Voordat ze met de SMOKE studie begonnen waren de meeste patiënten forse rokers. Dit varieerde van ongeveer één pakje tot ruim twee pakjes sigaretten per dag. Er waren twee patiënten die minder rookten dan een pakje sigaretten per dag.

De meeste patiënten (11) hebben al eerder een stoppoging gedaan. Eigenlijk is deze stoppoging bij iedereen mislukt om een reden die niet aan hen zelf lag maar aan een gebeurtenis in de omgeving, bijvoorbeeld een overlijden.

De verdeling over de twee programma's was redelijk. Van de patiënten die mee wilden werken waren er 6 toegewezen aan de RookStopTherapie (RST) voor COPD patiënten en waren er 10 toegewezen aan de kortdurende Minimale Interventie Strategie voor Long patiënten (LMIS).

Op het moment van het interview gaven 9 patiënten aan dat ze weer waren begonnen met roken, waarvan er 7 in de groep van passieve '*liegers*' zaten en 2 in de groep van actieve *liegers*.

In tabel 2 is de huidige verdeling te zien tussen de groep waaraan we de patiënten hebben toegewezen in verhouding tot het programma, geslacht en of ze nog roken of niet (naar eigen zeggen).

Tabel 2:  
Groep tov geslacht, programma, roker

|                 | Man       |      |                 |      | Vrouw     |      |                 |      | Totaal |
|-----------------|-----------|------|-----------------|------|-----------|------|-----------------|------|--------|
|                 | Abstinent |      | Niet abstinente |      | Abstinent |      | Niet abstinente |      |        |
|                 | RST       | LMIS | RST             | LMIS | RST       | LMIS | RST             | LMIS |        |
| Niet roker      |           |      |                 |      | 1         | 1    |                 |      | 2      |
| Passieve lieger | 1         | 2    | 1               | 3    | 1         | 1    | 1               | 2    | 12     |
| Actieve lieger  |           |      |                 | 1    |           |      | 1               |      | 2      |

### § 3.2 De ESS en de SGSS

In tabel 3 staan de scores van de patiënten op de vragenlijsten over schaamte en schuld. De betrouwbaarheid van de SGSS was goed (Cronbach's  $\alpha = 0.75$ ). Vergeleken met de norm zijn de scores hetzelfde (schuld) of minder dan normaal (schaamte). Op de schaal trots scoren alle deelnemers gemiddeld hoger dan normaal.

De betrouwbaarheid van de ESS is hoog (Cronbach's  $\alpha = 0.84$ ).

De scores op de ESS worden vergeleken met de gegevens van Andrews bij 163 studenten (Andrews et al, 2002) omdat er nog geen andere norm beschikbaar is. De gemiddelde score bij deze studenten was 55.58 (SD = 13.95, range 29-95). De patiënten scoren gemiddeld lager op de totaalscore en op alle subschalen.

Tabel 3:  
Gegevens ESS en SGSS

|                 | Totaal |      | Mannen |      | Vrouwen |      |
|-----------------|--------|------|--------|------|---------|------|
|                 | M      | SD   | M      | SD   | M       | SD   |
| <b>Karakter</b> | 15.13  | 2.47 | 14.88  | 2.23 | 15.38   | 2.83 |
| <b>Gedrag</b>   | 12.69  | 2.55 | 12.00  | 1.93 | 13.38   | 3.02 |
| <b>Lichaam</b>  | 4.69   | 1.99 | 4.25   | 0.46 | 5.13    | 2.80 |
| <b>Totaal</b>   | 32.19  | 6.35 | 30.63  | 3.34 | 33.75   | 8.33 |
| <b>Schaamte</b> | 5.31   | 5.52 | 3.38   | 4.93 | 7.25    | 5.7  |
| <b>Schuld</b>   | 8.31   | 6.34 | 6.25   | 5.23 | 10.38   | 7.01 |
| <b>Trots</b>    | 18.70  | 4.16 | 16.75  | 4.64 | 20.63   | 2.93 |

#### § 3.2.1 Verschil geslacht vragenlijsten SGSS en ESS

Zo op het oog zijn er geen grote verschillen tussen mannen en vrouwen bij de vragenlijsten. Om dit beter te bekijken is er een onafhankelijke t-test gebruikt. Op de subschalen van de SGSS zijn er geen significante verschillen, op de scores van schaamte, schuld en trots [respectievelijk  $p=0.17$ , 95%CI (-9.59 – 1.84);  $p=0.20$ , 95%CI (-10.78 – 2.51);  $p=0.59$ , 95%CI (-7.92 – 0.17 )].

Ook op de totale score van de ESS zijn er geen verschillen, [ $p=0.34$ , range -9.94 – 3.69]. De subschalen karakter, gedrag en lichaam van de ESS geven ook geen verschil [respectievelijk  $p=0.7$ , 95%CI (-3.23 – 2.23);  $p=0.29$ , 95%CI (-4.09 – 1.34);  $p=0.39$ , 95%CI (-3.03 – 1.28)].

### § 3.2.2 Verschillen gestopte en begonnen rokers

Om te toetsen of een patiënt die nog gestopt is met roken (volgens eigen zeggen) verschilt van een patiënt die weer begonnen is met roken is er een onafhankelijke t-test gebruikt. Op de subschalen van de SGSS zijn er geen significante verschillen te vinden. Bij de subschalen gedrag en lichaam en totaalscore van de ESS zijn wel significante verschillen; gedrag:  $p=0.049$ , 95%CI (-3.05 – 2.64)]; lichaam:  $p=0.045$ , CI (-1.71 – 3.21) ], totaalscore; [ $p=0.005$ , 95%CI (-6.15 – 8.02)].

Met behulp van variantie analyse, One-Way ANOVA wordt getoetst of binnen de groepen waarin ze toegewezen zijn (niet roker, passieve lieger, actieve *lieger*) ook verschillen bestaan op de subschalen van de ESS en de SGSS en totaalscore van de ESS.

Op alle subschalen en de totaalscore zijn geen significante verschillen gevonden.

### § 3.2.3 Correlatie en regressie

Om te zien in welke mate de vragenlijsten ESS en SGSS met elkaar correleren, is een correlatietabel gemaakt. Uit tabel 4 is te zien dat alle subschalen van de ESS hoog correleren met de totaalscore van de ESS (karakter 0.86; gedrag 0.87 en lichaam 0.85) en onderling iets minder hoog (karakter-gedrag 0.64; karakter-lichaam 0.62; gedrag-lichaam 0.62). Subschaal lichaam van de ESS, de totale score van de ESS en subschaal schaamte van de SGSS correleren hoog met de subschaal schuld van de SGSS (lichaam 0.73; totaalscore ESS 0.65; schaamte 0.72). Tot slot zijn er nog redelijke correlaties tussen de subschalen karakter en gedrag van ESS met de subschaal schuld van de SGSS (karakter 0.53; gedrag 0.55).

Tabel 4:  
Correlatie subschalen SGSS en ESS

| Schaal                 |          | karakter | gedrag | lichaam | Totaal ESS | schaamte | schuld | trots |
|------------------------|----------|----------|--------|---------|------------|----------|--------|-------|
| <b>karakter</b>        | Pearson  | 1        |        |         |            |          |        |       |
|                        | p-waarde | -        |        |         |            |          |        |       |
| <b>gedrag</b>          | Pearson  | .64*     | 1      |         |            |          |        |       |
|                        | p-waarde | .01      | -      |         |            |          |        |       |
| <b>lichaam</b>         | Pearson  | .62*     | .62*   | 1       |            |          |        |       |
|                        | p-waarde | .01      | 0.10   | -       |            |          |        |       |
| <b>totaalscore ESS</b> | Pearson  | .86**    | .87**  | .85**   | 1          |          |        |       |
|                        | p-waarde | .00      | .00    | .00     | -          |          |        |       |
| <b>schaamte SGSS</b>   | Pearson  | .30      | .37    | .25     | .31        | 1        |        |       |
|                        | p-waarde | .25      | .16    | .36     | .25        | -        |        |       |
| <b>schuld SGSS</b>     | Pearson  | .53*     | .55*   | .73**   | .65**      | .72**    | 1      |       |
|                        | p-waarde | .03      | .03    | .00     | .00        | .00      | -      |       |
| <b>trots SGSS</b>      | Pearson  | -.02     | -.02   | -.15    | -.06       | .41      | .34    | 1     |
|                        | p-waarde | .94      | .95    | .58     | .82        | .12      | .20    | -     |

Note. \* =  $p < 0.05$ ; \*\* =  $p < 0.01$

Om te toetsen of scores op de ESS en SGSS *liegen* voorspellen is er een regressie analyse uitgevoerd. Dit wordt gedaan door de groep waaraan de patiënt is toegewezen (niet roker, passieve *lieger*, actieve *lieger*) als afhankelijke variabele in te vullen tegenover de onafhankelijke variabelen, de subschalen van de ESS en de subschalen schamte en schuld van de SGSS. De vragenlijsten verklaren een groot gedeelte van de variantie *liegen*, 45% ( $R^2=0.45$ ). Door de subschalen van de ESS te vervangen met de totaalscore van de ESS wordt de verklaarde variantie kleiner ( $R^2=0.301$ ). Dan wordt 31% van het *liegen* verklaard.

### § 3.3 NEO FFI

Voor de scores van de NEO FFI zijn er twee normen gebruikt. De eerste norm is de leeftijdscategorie en de tweede norm is het geslacht. In tabel 6 zijn de gemiddelde scores op de domeinen en de gemiddelde normscores te zien. De onafhankelijke t-test is uitgevoerd om te toetsen of er verschillen zijn tussen mannen en vrouwen. Deze gegevens zijn ook verwerkt in tabel 5. Uit deze tabel is af te leiden dat mannen en vrouw significant verschillen op het domein en de normen van openheid. Normscores tussen de 4 en 6 zijn gemiddeld. De mannen scoren nergens hoger op dan de norm. Vrouwen hebben alleen een wat hogere score bij het domein openheid, op de leeftijdsnorm, maar verder ook alleen gemiddelde normscores.

Tabel 5:  
Persoonlijkheidseigenschappen vrouwen en mannen

| Persoonlijkheidseigenschap | Vrouw |       | Man   |      | p    | 95%<br>Betrouwbaarheids-<br>interval |
|----------------------------|-------|-------|-------|------|------|--------------------------------------|
|                            | M     | SD    | M     | SD   |      |                                      |
| Neuroticisme               | 32.5  | 6.05  | 29.50 | 6.37 | 0.35 | (-9.66 - 3.66)                       |
| Norm 1 leeftijdscategorie  | 5.50  | 1.60  | 4.50  | 1.60 | 0.23 | (-2.72 - 0.72)                       |
| Norm 2 geslacht            | 5.13  | 1.25  | 5.13  | 1.55 | 1.00 | (-1.51 - 1.51)                       |
| Extraversie                | 42.8  | 5.26  | 37.8  | 5.92 | 0.10 | (-11.01 - 1.01)                      |
| Norm 1 leeftijdscategorie  | 6.38  | 1.85  | 5.00  | 1.85 | 0.16 | (-3.36 - 0.61)                       |
| Norm 2 geslacht            | 5.63  | 1.69  | 4.25  | 1.98 | 0.16 | (-3.35 - 0.60)                       |
| Openheid                   | 41.38 | 3.16  | 33.50 | 7.31 | 0.01 | (-13.91 - -1.84)                     |
| Norm 1 leeftijdscategorie  | 7.38  | 1.061 | 5.00  | 2.73 | 0.04 | (-4.60 - -0.16)                      |
| Norm 2 geslacht            | 6.63  | 0.744 | 4.63  | 2.26 | 0.03 | (-3.81 - -0.19)                      |
| Altruïsme                  | 43.25 | 8.03  | 41.38 | 6.23 | 0.61 | (-9.58 - 5.83)                       |
| Norm 1 leeftijdscategorie  | 5.00  | 2.45  | 4.00  | 2.67 | 0.45 | (-3.75 - 1.75)                       |
| Norm 2 geslacht            | 4.63  | 2.33  | 4.20  | 2.56 | 0.92 | (-2.75 - 2.50)                       |
| Consciëntieusheid          | 47.88 | 5.69  | 46.38 | 6.16 | 0.62 | (-7.86 - 4.86)                       |
| Norm 1 leeftijdscategorie  | 5.75  | 2.19  | 5.25  | 2.12 | 0.65 | (-2.81 - 1.81)                       |
| Norm 2 geslacht            | 5.88  | 2.30  | 5.25  | 2.12 | 0.58 | (-3.00 - 1.75)                       |

### § 3.3.1 Regressie

Om te toetsen of de persoonlijkheidseigenschappen *liegen* voorspellen en of de persoonlijkheidseigenschappen schaamte- en schuldgevoelens beïnvloeden zijn er vier regressie analyses uitgevoerd. Als onafhankelijke variabelen worden alle scores op de NEO FFI gebruikt en als afhankelijke variabelen worden de scores op de SGSS en de ESS gebruikt. Daarbij wordt het weer beginnen met roken als afhankelijke variabele gebruikt als voorspeller voor *liegen*.

Uit tabel 6 kunnen we afleiden dat de persoonlijkheidseigenschappen redelijk wat kunnen voorspellen. Het voorspelt 40% van de totaalscore van de ESS en 47% op de subschalen schaamte en schuld van de SGSS. Het weer beginnen met roken wordt voor 37% voorspelt door de persoonlijkheidseigenschappen.

In tabel 7 zijn dezelfde afhankelijke variabelen gebruikt maar als onafhankelijke variabele zijn alle persoonlijkheidseigenschappen apart bekeken. Hier is te zien dat extraversie, openheid en consciëntieusheid redelijke voorspellers zijn voor de vragenlijsten. Neuroticisme verklaart van alle persoonlijkheidseigenschappen het liegen het meest. Altruïsme is niet echt een verklarende variabele.

Tabel 6:  
Verklaarde variantie alle persoonlijkheidseigenschappen totaal

| Afhankelijke variabele    | R <sup>2</sup> |
|---------------------------|----------------|
| Weer begonnen met roken?  | 0.37           |
| Totaalscore Andrews (ESS) | 0.40           |
| Score SGSS Schaamte       | 0.47           |
| Score SGSS Schuld         | 0.47           |

Tabel 7:  
 Verklaarde variantie alle persoonlijkheidseigenschappen

| Afhangelijke<br>variabele | R <sup>2</sup> |             |          |           |                   |
|---------------------------|----------------|-------------|----------|-----------|-------------------|
|                           | Neuroticisme   | Extraversie | Openheid | Altruïsme | Consciëntieusheid |
| Weer begonnen met roken?  | 0.10           | 0.02        | 0.07     | 0.02      | 0.01              |
| Totaalscore Andrews       | 0.00           | 0.29        | 0.17     | 0.04      | 0.11              |
| Score SGSS Schaamte       | 0.10           | 0.15        | 0.21     | 0.05      | 0.16              |
| Score SGSS Schuld         | 0.08           | 0.20        | 0.11     | 0.01      | 0.15              |

Om te toetsen of de persoonlijkheidseigenschappen correleren met de scores op de vragenlijsten is er een correlatie analyse uitgevoerd. In tabel 8 staan de correlaties. Alleen het domein extraversie correleerde positief met de subschalen karakter (0.55,  $p = 0.03$ ), gedrag (0.50,  $p = 0.05$ ), de totaalscore van de ESS (0.54,  $p = 0.03$ ) en met de subschaal trots van de SGSS (0.57,  $p = 0.02$ ). Er was één negatieve correlatie tussen de domeinen neuroticisme en altruïsme (-0.56,  $p = 0.03$ ).

Tabel 8:  
Correlatie persoonlijkheidseigenschappen, ESS en SGSS

|                          |          | Neurotisme | Extraversie | Openheid | Altruïsme | Consciëntieusheid |
|--------------------------|----------|------------|-------------|----------|-----------|-------------------|
| <b>Neurotisme</b>        | Pearson  | 1          |             |          |           |                   |
|                          | p-waarde | -          |             |          |           |                   |
| <b>Extraversie</b>       | Pearson  | -.25       | 1           |          |           |                   |
|                          | p-waarde | .34        | -           |          |           |                   |
| <b>Openheid</b>          | Pearson  | .04        | .36         | 1        |           |                   |
|                          | p-waarde | .89        | .17         | -        |           |                   |
| <b>Altruïsme</b>         | Pearson  | -.56*      | .35         | -.04     | 1         |                   |
|                          | p-waarde | .03        | .18         | .88      | -         |                   |
| <b>Consciëntieusheid</b> | Pearson  | -.14       | .34         | .34      | -.19      | 1                 |
|                          | p-waarde | .60        | .20         | .20      | .47       | -                 |
| <b>Karakter</b>          | Pearson  | .12        | .55*        | .41      | .10       | .20               |
|                          | p-waarde | .65        | .03         | .12      | .71       | .46               |
| <b>Gedrag</b>            | Pearson  | -.11       | .50*        | .35      | .39       | .30               |
|                          | p-waarde | .67        | .05         | .19      | .14       | .26               |
| <b>Lichaam</b>           | Pearson  | .01        | .35         | .35      | .03       | .27               |
|                          | p-waarde | .97        | .19         | .19      | .92       | .31               |
| <b>Totaalscore ESS</b>   | Pearson  | -.01       | .54*        | .41      | .20       | .33               |
|                          | p-waarde | .97        | .03         | .11      | .47       | .22               |
| <b>Trots SGSS</b>        | Pearson  | .11        | .57*        | .12      | .05       | .31               |
|                          | p-waarde | .68        | .02         | .65      | .86       | .24               |
| <b>Schaamte SGSS</b>     | Pearson  | .32        | .38         | .46      | -.22      | .39               |
|                          | p-waarde | .23        | .15         | .07      | .41       | .13               |
| <b>Schuld SGSS</b>       | Pearson  | .29        | .45         | .34      | -.08      | .39               |
|                          | p-waarde | .28        | .08         | .20      | .78       | .13               |

Note. \* =  $p < 0.05$

### § 3.4 Interviews

Bij het interviewen leek het dat er misschien een aantal mensen aan de groep passieve *liegers* waren toegewezen die dat helemaal niet waren. Deze patiënten waren hieraan toegewezen omdat ze bij één van de drie metingen een keer geen speekselmeting gehad hadden. Bij deze patiënten wees de speekselmeting bij de andere twee metingen ook uit dat ze gerookt hadden, alleen hadden ze dit dan ook aangegeven bij de zelfrapportage.

De patiënten die weer begonnen zijn met roken, roken nu allemaal iets minder dan voor de SMOKE studie. Al deze patiënten zeggen weer begonnen te zijn door een gebeurtenis in de omgeving. Ook zijn al deze patiënten begonnen met de SMOKE studie vanwege een externe motivatie, namelijk de verbetering van de gezondheid en niet een interne motivatie. Met andere woorden, als ze de COPD klachten niet hadden gehad waren ze nooit aan een stoppoging begonnen. Bij de mensen die (naar eigen zeggen) nog gestopt zijn, is meer dan de helft gestopt door eigen wil en niet per se alleen voor de gezondheid.

Het grootste deel van de patiënten merkt(en) weinig verschil van de gezondheid van voor de SMOKE studie en erna. Toch vertellen de begonnen rokers dat dit niet een bijkomende reden is geweest om weer te beginnen.

Twee patiënten gaven aan wel waarde te hechten aan de mening van anderen, de anderen maakten het niet veel uit wat de omgeving zei. Toch gaf de helft van deze patiënten aan dat de omgeving wel invloed heeft op hun rookgedrag.

Bijna alle patiënten kregen wel steun van hun omgeving. Een aantal van deze patiënten hadden mensen in de omgeving die niet geloofden dat ze wel konden stoppen. Deze reactie kwam meestal vooral van rokers. De meeste patiënten vonden deze reactie terecht, maar vaak niet leuk om te horen. Mensen die niet rookten vonden het eigenlijk niet meer dan normaal dat de patiënt ging stoppen omdat de gezondheid zo slecht was. Tot slot zeiden de patiënten de meest fanatieke reacties te krijgen van gestopte rokers.

3 Patiënten gaven aan dat de medicijnen een negatief effect hadden en dat ze ermee gestopt waren, 2 van deze patiënten zijn ook weer begonnen met roken.

Van alle 16 patiënten beweerden er 5 dat ze tijdens de studie ook hadden aangegeven dat ze weer begonnen waren. Van de drie metingen, die alle patiënten gehad hebben, is inderdaad bij deze 5 personen terug te zien dat ze bij één meting hebben aangegeven dat ze weer begonnen waren. Deze patiënten zijn in de groep van passieve *liegers* terecht gekomen omdat ze de andere twee metingen niet gehad hebben.

3 Patiënten vertelden nog steeds dat ze tijdens de studie niet gerookt hebben, terwijl deze in de groep van actieve *liegers* zitten. Ze hadden dus op de vragenlijst ingevuld dat ze niet gerookt hadden, maar uit de cotinine meting bleek dat ze wel gerookt hadden. Deze 3 patiënten waren weer begonnen met roken na de studie.

## **Hoofdstuk 4 Discussie**

## § 4.1 Discussie

‘De vragenlijst over actuele gevoelens’ en ‘de ervaringen met schaamte schaal’ verklaren 41% van de variantie *liegen*, dit is best hoog. Een score op de totale vragenlijst kan dus het wel of niet *liegen* voor een deel verklaren. Hieruit kan geconcludeerd worden dat er dus een zekere samenhang is tussen schaamte en schuld en de onjuiste rapportages. Hoe hoger het gevoel van schaamte en/of schuld is hoe groter de kans dat iemand *liegt*. De hypothese dat de vragenlijsten *liegen* voorspellen wordt hier bevestigd.

Dit komt ook overeen met de gevonden literatuur waarin gevonden wordt dat het hebben van schaamte- en schuldgevoelens *liegen* kan veroorzaken om die gevoelens niet erger te laten worden dan ze al zijn.

Verder verklaren de persoonlijkheidseigenschappen 40% van de totaalscore van ‘de ervaringen met schaamte schaal’ en 47% op de subschalen schaamte en schuld van ‘de vragenlijst over actuele gevoelens’. Er zou dus gezegd kunnen worden dat de persoonlijkheid het hebben van schuld- en schaamtegevoelens beïnvloedt. Vooral de persoonlijkheidseigenschappen extraversie, openheid en consciëntieusheid leveren een grote bijdrage bij het voorspellen van schaamte en schuld. Hoe hoger de score op deze eigenschappen, hoe groter de kans dat iemand schaamte en schuld rapporteert en/of voelt. Juist hele lage scores op schaamte en schuld kunnen een teken zijn dat deze gevoelens er wel zijn. Vandaar dat er nu ook gesproken wordt over rapporteren en niet alleen voelen. De gevoelens kunnen best aanwezig zijn, maar niet gerapporteerd of ondergerapporteerd worden. De hypothese dat neurotische schaamte- en schuldgevoelens voorspeld wordt dus niet bevestigd, maar dit kan dus komen omdat de gevoelens niet gerapporteerd worden. Er is geen literatuur die dit direct ondersteunt, maar er moet hier wel bij aangetekend worden dat het hier al om *liegende* patiënten gaat. Dus het niet rapporteren of onderrapporteren op een vragenlijst zou hier best aan de orde kunnen zijn, want dit is immers al eerder gebeurd.

Neurotische verklaart schaamte en schuld dan niet, in zoverre dat het niet gerapporteerd wordt, maar levert wel de grootste bijdrage bij het voorspellen van *liegen*. Dus hier wordt de hypothese, dat neurotische *liegen* voorspeld, bevestigd. *Liegen* wordt dus direct door neurotische verklaard en niet indirect via schaamte. In de literatuur is dit niet echt terug te vinden. Personen die hoog scoren op het domein neuroticisme zijn wel sterk geneigd angst te ervaren, misschien dat de angst hier een indicator van het *liegen* is.

Tot slot waren de scores op de NEO FFI niet erg hoog, alle scores lagen rond het gemiddelde. De hypothese dat rokers hogere scores hebben op de persoonlijkheidseigenschappen neurotische en extraversie dan normaal wordt dus verworpen. Er is geen literatuur die dit ondersteunt, maar er moet hier wederom bij aangetekend worden dat het hier al om *liegende* patiënten gaat. Dus het niet rapporteren of onderrapporteren op een vragenlijst zou hier best aan de orde kunnen zijn.

Er waren geen significante verschillen tussen mannen en vrouwen op de vragenlijsten over schaamte en schuld. De hypothese dat vrouwen meer schaamte- en schuldgevoelens ontwikkelen wordt hier verworpen. De verschillen zijn waarschijnlijk te klein omdat er gebruik gemaakt is van een kleine groep personen. Bij een grote groep proefpersonen waren de scores waarschijnlijk verschillend geweest. Mannen en vrouwen verschillen alleen significant op het domein openheid van de NEO FFI in dit onderzoek.

De hypothese dat vrouwen eerder *liegen* dan mannen is niet echt te bevestigen. In de interviews gaf eigenlijk niemand toe dat ze *gelogen* hadden tijdens de studie, dus hier zijn geen conclusies over te doen.

De scores op de SGSS en ESS zijn lager dan gemiddeld. Uitgesplitst naar geslacht blijken vrouwen op de schalen van de SGSS wel hogere scores te halen dan het gemiddelde, maar mannen niet. Wat betreft de ESS blijven zowel vrouwen als mannen ver onder het gemiddelde. De hypothesen worden door deze gegevens slechts gedeeltelijk bevestigd. Dit kan worden verklaard doordat:

1. De normeringsgroepen vooral waren gebaseerd op vrouwen. In het onderzoek van Lutwak et al. (2001) wordt geconcludeerd dat vrouwen meer neigen naar schaamte en schuldgevoelens dan mannen. Het zou beter zijn als de normering van mannen in deze vragenlijsten anders is dan die voor vrouwen.
2. Ook kan een lage score op de ESS en de SGSS juist wijzen op verstoorde gevoelens. Het gevoel schuld krijgt iemand zodra hij/zij iets verkeerd heeft gedaan of denkt dat anderen vinden dat hij/zij iets verkeerd heeft gedaan. Het gevoel schaamte krijgt iemand als hij/zij vindt dat hij/zij gefaald heeft in het halen van zijn opgestelde standaard. Mensen met antisociale trekken, meestal mannen, hebben vaak lagere scores op schuld- en schaamtelijsten, misschien juist doordat ze niet vinden dat ze iets verkeerd hebben gedaan of gefaald hebben of om dat gevoel te maskeren.

In het literatuuronderzoek komt naar voren dat mensen vaak onbewust *liegen* omdat ze het roken anders interpreteren. Nagenoeg alle patiënten geven aan dat één trekje van een sigaret wel roken is en dat ze dit ook zouden rapporteren als roken. Dus er lijkt hier geen sprake van een andere interpretatie te zijn. Toch hoeft de definitie die de mensen geven aan het roken er niet toe te leiden dat het ook leidt tot gedrag conform deze definitie. De mensen kunnen wel het een vinden, maar juist het andere doen.

In de interviews kwamen drie punten naar boven die inconsistent waren met elkaar:

1. De patiënten zeiden bijna allemaal dat de omgeving geen invloed had op hun rookgedrag, maar bij de reden van het weer beginnen met roken werden er alleen maar factoren uit de omgeving genoemd. Hier zijn twee verklaringen voor: allereerst komen deze gegevens overeen met de literatuur, waarbij wordt aangegeven dat het schaamtegevoel wordt geprobeerd te reduceren door redenen te zoeken in de omgeving waardoor men weer gaat roken. Het juist meedoen aan een experiment en de sociale druk tegen roken zijn veelvoorkomende motieven om te *liegen* om meer schaamte- en schuldgevoelens te vermijden. Dit komt precies overeen met wat veel patiënten ervaren. Veel patiënten hadden mensen in de omgeving die fel tegen roken waren. De patiënten gaven aan dat ze dit wel vervelend vonden, dus het verborgen houden van een mislukte stoppoging kan gedaan worden om commentaar en dus de schaamte- en schuldgevoelens te vermijden. Daarbij kan het zijn dat de patiënten dit soort factoren niet zien als omgevingsfactoren waardoor ze weer beginnen met roken.
2. Ook gaven bijna alle patiënten aan dat de gezondheid de grootste reden was om te stoppen met roken. Het grootste deel van de patiënten merkt(e) weinig verschil van de gezondheid van voor de SMOKE studie en erna. Toch geven de begonnen rokers niet aan dat dit een bijkomende reden is geweest om weer te beginnen hoewel ze gestopt zijn juist om de klachten te verminderen.

3. Tot slot bleek dat 9 patiënten weer waren begonnen met roken, waarvan er 7 in de groep van passieve *liegers* zaten. Dit is een opvallend hoog aantal, met name omdat deze mensen ontkenen gedurende de studie te hebben gerookt, dit lijkt op het verhullen van het rookgedrag waarbij er sociaal wenselijke antwoorden op de vraag of iemand nog rookte werden gegeven.

Als de variabele rookstatus (niet roken vs roken) bekeken wordt valt op dat er significante verschillen zijn, vooral bij de totaalscore van de ESS. De patiënt die zegt dat hij/zij nog gestopt is met roken is juist trots dat hij/zij op het moment van het interview niet meer rookt. Misschien heeft deze patiënt wel echt gelogen tijdens de meting, maar als hij/zij nu echt gestopt is zal hij/zij zich er niet echt meer voor schamen. De patiënt die wel weer begonnen is, geeft het toe en zal zich hiervoor wel wat schamen, immers het interview gaat over de SMOKE studie. Het is altijd lastig om toe te geven dat men ergens lang mee bezig is geweest en het dat men het doel uiteindelijk niet behaald heeft.

Ondanks het feit dat de vragenlijsten nog niet volledig genormeerd zijn kan er gezegd worden dat beide vragenlijsten zeker het gebruiken waard zijn. Ze hebben een hoge betrouwbaarheid en ook zijn er nog redelijke correlaties tussen de subschalen karakter en gedrag van ESS met de subschaal schuld van de SGSS. Subschaal lichaam van de ESS correleert minder met de SGSS. Dit kan te verklaren zijn doordat men vaak niet een schuldgevoel heeft over het lichaam, maar juist een schaamtegevoel.

Ongewild, maar dankbaar gebruik van gemaakt, kwam er bij dit onderzoek een vergelijking tussen twee groepen, namelijk tussen actieve en passieve *liegers*. Helaas was de groep met actieve *liegers* klein waardoor de vergelijking minder goed werd. Voor verder onderzoek is het verstandig om een grotere groep mensen de vragenlijsten in te laten vullen zodat je een betere vergelijking kan maken. Ook kunnen er dan verschillende groepen gemaakt worden zoals rokers vs niet-rokers, *liegers* vs niet *liegers* en eventueel nog passief vs actief.

Waarom de patiënten *liegen* is niet helemaal duidelijk, mede door het feit dat er in de interviews nog steeds niet aangegeven werd dat er *gelogen* was. Wel kan er gezegd worden dat dit onderzoek een bijdrage levert aan het onderzoek naar de relatie tussen liegen, schaamte en rookverslaving. Er kan geconcludeerd worden dat de persoonlijkheid en het gevoel van schaamte en schuld een grote rol spelen bij het liegen over de rookstatus.

Voor vervolgonderzoek kan het belangrijk, maar zeker ook interessant, zijn om de groepen van passieve en actieve *liegers* te behouden. Bij het niet komen opdagen bij een meting wordt de patiënt meteen 'bestempeld' als passieve *lieger*. Zo'n patiënt is een heel andere patiënt dan de actieve *lieger* die beide metingen wel heeft gehad, maar waaruit inconsistente gegevens komen.

Van de 16 mensen kunnen we niet met zekerheid zeggen wie er nu wel/niet gestopt waren met roken omdat zelfrapportage onbetrouwbaar is gebleken uit eerder onderzoek. Hierdoor is het niet helemaal duidelijk waarom de patiënten *liegen*. Wanneer men het onderscheid tussen *liegers* en niet *liegers* in kaart wil brengen omtrent het onderwerp 'roken', dan is het aan te raden om na het interview nogmaals een cotininebepaling uit speeksel uit te voeren. Er waren redelijk wat patiënten die aangaven dat ze nog steeds gestopt waren, maar misschien geeft een speekselmeting wel andere resultaten en dus andere vergelijkingen voor de analyses.

De patiënten zaten in een studie waarbij de kans op *liegers* groot is. Het was een intensieve studie om te stoppen met roken, waarbij er veel druk was om te stoppen met roken omdat deze patiënten allemaal kans hebben op een langere levensduur als ze stoppen met roken. In deze context kan het liegen worden gezien als het geven van sociaal wenselijke antwoorden. Dit kan altijd een veelvoorkomende reden blijven om te liegen over de rookstatus. Bij verder onderzoek moet hier altijd rekening mee gehouden worden.

## Referenties

- Andrews, B., Qian, M. & Valentine, J.D. (2002). Predicting depressive symptoms with a new measure of shame: The Experience of Shame Scale. *British Journal of Clinical Psychology*, 41, 29-42
- Astmafonds, 2005  
<http://www.astmafonds.nl/astmafonds/content.jsp?objectid=2621>
- Bush, T.L., Miller, S.R., Golden, A.L. & Hale, W.E. (1989). Self-report and medical report agreement of selected medical conditions in the elderly. *American Journal of Public Health*, 79(11), 1554-1556
- DePaulo, B.M., Malone, B.E., Lindsay, J.J., Muhlenbruck, L., Charlton, K. & Cooper, H. (2003). Cues to deception. *Psychological Bulletin*, 129(1), 74-118
- DePaulo, B.M., Ansfield, M.E., Kirkendol, S.E. & Boden, J.M. (2004). Serious lies. *Basis and applied social psychology*, 26(2&3), 147-167
- Eysenck, H.J. (1999). Addiction, personality and motivation. *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental*, 12(2), 79-87
- Giusto, E.D. & Eckhard, I. (1986). Some properties of saliva cotinine measurements in indicating exposure to tobacco smoking. *American Journal of Public Health*, 76(10), 1245-1246
- Harakeh, Z., Scholte, R.H.J., de Vries, H. & Engels, R.C.M.E. (2005). Association between personality and adolescent smoking. *Addictive behaviors*, 14
- Hatziandreu, E.J., Pierce, J.P., Fiore, M.C., Grise, V., Novotny, T.E. & Davis, R.M. (1989). The reliability of self-reported cigarette consumption in the United States. *American Journal of Public Health*, 79(8), 1020-1023
- Hoekstra, H.A., Ormel, F. & de Fruyt, F. (1996). Handleiding Big Five persoonlijkheidsvragenlijsten, Groningen, Swets Test Services
- Huisartsenkliniek, 2005  
[http://www.huisartsenkliniek.nl/copd\\_in\\_beeld.htm](http://www.huisartsenkliniek.nl/copd_in_beeld.htm)
- Jackson, A.A., Manan, W.A., Gani, A.S., Eldrigde, S. & Carter, Y.H. (2004). Beliefs and behavior of deceivers in a randomized, controlled trial of anti-smoking advice at a primary care clinic in Kelantan, Malaysia. *Southeast Asian Journal of Trop Med Public*, 35(3), 748-755
- Kawakami, N., Takai, A., Takatsuka, N. & Shimizu, H. (2000). Eysenck's personality and tobacco/nicotine dependence in male ever-smokers in Japan. *Addictive Behaviors*, 25(4), 585-91

Klesges, L.M., Klesges, R.C. & Cigrang, J.A. (1992). Discrepancies between self-reported smoking and carboxyhemoglobin: an analysis of the Second National Health and Nutrition Survey. *American Journal of Public Health*, 82, 1026-1029

Lezak M.D. (1995). *Neuropsychological Assessment*, 3 editie. New York/ Oxford: Oxford University Press

Lutwak, N., Panish, J.B., Ferrari, J.R. & Razzino, B.E. (2001). Shame and guilt and their relationship to positive expectations and anger expressiveness. *Adolescence*, 36(144), 641-53

Marx, P. (2002). Alleen stoppen met roken werkt echt. *Medisch vandaag*, 19

Mudde, A.N., Willemsen, M.C., Kremers, S. & de Vries, H. (2000). Meetinstrumenten voor onderzoek naar roken en stoppen met roken. Stivoro & Universiteit Maastricht

Murray, R.P., Connett, J.E., Lauger, G.G. & Voelker, H.T. (1993). Error in smoking measures: effects on intervention on relations of cotinine and carbon monoxide to self-reported smoking. *American Journal of Public Health*, 83, 1251-1257

Patrick, D.L., Cheadle, A., Thompson, D.C., Diehr, P., Koepseli, T. & Kinne, S. (1994). The validity of self-reported smoking: a review and meta-analysis. *American journal of Public Health*, 84(7), 1086-1093

Perkins, K.A. & Grobe, J.E. (1992). Increased desire to smoke during acute stress. *British Journal of Addiction*, 87, 1037-1040

Petress, K. (2004). Some thoughts about deception. *Journal of instructional psychology*, 31(4), 334-337

Rajamäki, H., Katajavuori, N., Järvinen, P., Hakuli, T., Terasälmä, E. & Pietilä, K. (2002). A qualitative study of the difficulties of smoking cessation; health care professionals' and smokers' points of view. *Pharmacy world & Science*, 26(6), 240-246

Reidenberg, M.M. (1994). Some smokers lie. *Clinical Pharmacological Therapy*, 56(4), 355

Saxe, L. (1991). Lying. *American Psychologist*, 46(4), 409-415

Schaffer, M. (2002). More cover-ups, more shame. *US News World Rep*, 132(19), 46-48

Sillett, R.W., Wilson, M.B., Malcolm, R.E. & Ball, K.P. (1978). Deception among smokers. *British Medical Journal*, 2(6146), 1185-1186

Spielberger, C.D. & Jacobs, G.A. (1982). Personality and smoking behavior. *Journal of Personality Assessment*, 46(4), 396-403

Spielberger, C.D., Reheiser, E.C., Foreyt, J.P., Poston, W.S.C. & Volding, D.C. (2003). Personality determinants of the use of tobacco products. *Personality and Individual Differences*, 36(2004), 1073-1082

Tangney, J.P. & Dearing R.L., (2002). Shame and Guilt. *The Guilford Press, New York, USA*.

Terracciano, A. & Costa Jr., P.T. (2004). Smoking and the Five-Factor model of personality. *Addiction*, 99, 472-481

Webb, D.A, Boyd, N.R., Messina, D. & Windsor, R.A. (2003). The discrepancy between self-reported smoking status and urine cotinine levels among women enrolled in prenatal care at four publicly funded clinical sites. *Journal of Public Health Management & Practice* 9(4), 322-325

Yildiz, D. (2004). Nicotine, its metabolism and an overview of its biological effects. *Toxicon*, 43(2004) 619-632

Velicer, W.F., Prochaska, J.O., Rossi, J.S. & Snow, M.G. (1992). Assessing Outcome in Smoking Cessation Studies. *Psychological Bulletin*, 111(1), 23-41

## Bijlage I Interview

---

### Onderzoek verbeteren van de SMOKE studie voor COPD patiënten

---

**Respondentnummer:**

---

#### Inleiding

Ik wil, voordat we gaan beginnen, het doel van dit onderzoek nogmaals uitleggen.

Het onderzoek wordt uitgevoerd in opdracht van de Universiteit Twente. De uitkomsten van dit onderzoek zijn bedoeld om de SMOKE studie te verbeteren.

Het is de bedoeling dat deze interviews inzicht geven in de motivatie van wel of niet roken tijdens het programma.

Ik zal u zometeen daarom allemaal vragen stellen met betrekking tot uw rookgedrag en het programma.

In totaal zal ik 10 interviews afnemen. Bij toeval bent u geselecteerd voor deze interviews.

De resultaten van dit onderzoek zullen eind juni bekend zijn en worden verwerkt in een verslag.

Voordat ik u de vragen ga stellen nog een paar dingen van praktische aard wat betreft het interview en de uitwerking ervan.

De schriftelijke uitwerking zullen door mij en mijn twee begeleiders gelezen worden. De gegevens zullen echter op zo'n manier verwerkt worden dat niemand zal kunnen achterhalen dat ze van u zijn. Het is dus volledig anoniem.

Verder zal uw arts geen inzicht krijgen in de interviews. Het is dus allemaal volstrekt vertrouwelijk.

Ik zal deze recorder gebruiken zodat ik achteraf het interview goed kan uitwerken. Nadat ik het interview uitgewerkt heb zal ik de tape wissen, ik ben dus de enige die hoort wat er op de tape staat.

Ik heb hier de vragenlijst waarop alle vragen staan die ik u ga stellen. U hoeft dus niets anders te doen dan daarop zo goed, accuraat en volledig mogelijk te antwoorden. Alles bij elkaar zullen we ongeveer 60 minuten nodig hebben.

Tot slot heb ik hier verder nog drie vragenlijsten die u na het interview zelf nog moet invullen.

Dat was het laatste wat ik wilde zeggen: heeft u nog vragen voordat we gaan beginnen?

Zet recorder aan!

Tijdstip begin interview:

## Rookgedrag

Vraag 1:

Bent u op dit moment gestopt met roken?

- ☐ Ja
- ☐ Nee (ga door bij vraag 3)

Vraag 2:

Bent u gestopt met behulp van de SMOKE studie van het Medisch Spectrum Twente?

- ☐ Ja
  - ☐ Nee
- (ga door bij vraag 4)

Vraag 3:

Bent u van plan om te stoppen in de toekomst?

- ☐ Ja, binnen 1 maand
- ☐ Ja, binnen 6 maanden
- ☐ Ja, binnen een jaar
- ☐ Ja, binnen vijf jaar
- ☐ Ja, maar niet binnen 5 jaar
- ☐ Nee (ga door bij vraag 17)

Vraag 4:

Wat is voor u de hoofdrede om te stoppen met roken?

.....

.....

Vraag 5:

Heeft u nog andere redenen om te stoppen met roken?

.....

.....

(voor mensen die nog niet gestopt zijn, ga door bij vraag 12)

Vraag 6:

Heeft u sinds u uw stoppoging gerookt, al was het maar één trekje? Zoja, hoelang is dat geleden?

- ☐ Ja, korter dan 6 maanden geleden
- ☐ Ja, langer dan 6 maanden geleden
- ☐ Nee (ga door bij vraag 10)

Vraag 7:

Ongeveer hoe vaak heeft u sinds u uw stoppoging gerookt, al was het maar één trekje?

.....

Vraag 8:

In welke (risico)situaties zat u op dat moment?

.....  
.....

Vraag 9:

Welke gevoelens en gedachten krijgt u als u terugdenkt naar het moment van roken?

.....  
.....

Vraag 10:

Verwacht u ooit weer te gaan roken, al is het maar één trekje?

☐ Ja

☐ Nee (ga door bij vraag 12)

Vraag 11:

Wat zou voor u een reden zijn om weer te gaan roken, al is het maar één trekje?

.....  
.....

Vraag 12:

In welke situaties kost het u in het algemeen moeite om niet te roken?

.....  
.....

Vraag 13:

Wat is uw definitie van 'weer beginnen met roken'? Hoe vaak, hoeveel en op welke manier moet daarvoor gerookt worden?

.....  
.....

Vraag 14:

Als u nu denkt aan het weer beginnen met roken, zoals u zelf net omschreven hebt; welke gevoelens en gedachten wekt dat bij u op?

.....  
.....

Vraag 15:  
Wat zijn de gevolgen voor u als u weer zou beginnen met roken?

.....  
.....

Vraag 16:  
Welke gevoelens en gedachten wekt dat bij u op?

.....  
.....

Vraag 17:  
Heeft u ooit (eerder) een stoppoging ondernomen?

- ☐ Ja  
☐ Nee (ga door bij vraag 21)

Vraag 18:  
Wat is de reden dat deze stoppoging niet gelukt is?

.....  
.....

Vraag 19:  
Als u nu terugdenkt aan het niet lukken van deze stoppoging, welke gevoelens en gedachten krijgt u dan?

.....  
.....

## OMGEVING

Vraag 20:  
Heeft u uw omgeving verteld van uw stoppoging? Zoja, wat vinden ze hiervan?

.....  
.....

Vraag 21:  
Ervaat u steun van uw omgeving? Zoja, op welke manier?

.....  
.....

Vraag 22:

Hecht u waarde aan de mening van uw omgeving? Zoja, op welke manier?

.....  
.....

Vraag 23:

Heeft uw omgeving invloed op uw rookgedrag? Zoja, op welke manier?

.....  
.....

Dit was dan de laatste vraag, we zijn er doorheen.

Heeft u zelf nog toevoegingen of wilt u nog wat kwijt?

.....  
.....  
.....

Oke, prima. Dan heb ik hier de drie vragenlijsten. Deze mag u nu invullen.

Zet recorder uit!

Tijdstip eind interview:

Dan wil ik u hartelijk danken voor uw uitgebreide antwoorden en uw medewerking. De gegevens uit dit interview zullen worden samengevoegd met die van andere patiënten die mee hebben gedaan aan het programma. De resultaten van alle antwoorden zullen worden samengevoegd in een verslag, waarna ik hopelijk aanbevelingen kan doen voor verbetering van het programma.