

Minderen met roken

Een gedragsdeterminantenonderzoek naar het minderen met roken

Begeleidend docent: M.E. Pieterse

Noshik Zeko 0115436

Universiteit Twente
29 augustus 2008

Samenvatting

In het kader van een bachelor afstudeeropdracht aan de Universiteit Twente werd er een gedragsdeterminantenonderzoek uitgevoerd naar het minderen met roken. Het doel was om te onderzoeken welke gedragsdeterminanten ten grondslag liggen aan de intentie minderen met roken. Door het bepalen van de gedragsdeterminanten is het mogelijk aanbevelingen te doen bij de ontwikkeling van interventies op dit gebied. Daarnaast is er onderzocht welke gedragsdeterminanten een rol spelen bij daadwerkelijk geminderd rookgedrag.

De doelgroep van het onderzoek was rokende jongvolwassenen tussen de 18 en 34 jaar. Er hebben in totaal 2775 respondenten meegedaan aan het onderzoek door het invullen van een online- vragenlijst. De gebruikte vragenlijst was gebaseerd op een eigen onderzoeksmodel, bevindingen uit het literatuuronderzoek en een pretest van de vragenlijst. Het I- Change model diende als uitgangspunt bij het opstellen van een eigen onderzoeksmodel.

De resultaten van het onderzoek tonen aan dat de demografische variabelen geslacht, leeftijd en opleiding een rol spelen bij de intentie minderen met roken. Ook het huidige rookgedrag van de levert een bijdrage aan de intentie. Zo is onder andere gebleken dat hoe afhankelijker de roker nu is van nicotine, hoe minder hij/zij de intentie heeft te minderen met roken in de toekomst. Daarnaast blijken de determinanten attitude en zelfeffectiviteit een rol te spelen bij de reductie- intentie. Wat betreft de variabele sociale invloed spelen een aantal deelconstructen een rol, zoals sociale steun, modeling, het rookgedrag van studiegenoten, familie en de ouders van de roker. De variabelen “implementatieplannen”, “barrières” en “intentie- stoppen” blijken eveneens een rol te spelen bij de reductie-intentie. Op de gevonden significante verbanden is er een dieper analyse uitgevoerd waaruit is gebleken dat van de demografische variabelen de leeftijd en opleiding een causaal verband hebben met de reductie- intentie: rokers die jonger zijn en hoger opgeleid hebben een grotere intentie om te minderen met roken. Verder blijkt de attitude een belangrijke causale invloed te hebben op de intentie. Ook goede voorspellers van de intentie blijken onder andere het aantal minderpogingen in het verleden te zijn en de intentie te stoppen. Voor het laatste geldt dat hoe hoger de intentie is te stoppen met roken is, hoe hoger de intentie te gaan minderen. Goede significante voorspellers op geminderd rookgedrag blijken onder andere zelfeffectiviteit, sociale steun en modeling te zijn. Deze laatste variabelen blijken nagenoeg geen significante voorspellers te zijn van de reductie- intentie. Tot slot zijn er uit het onderzoek een aantal aanbevelingen naar voren gekomen. Eén daarvan is om in toekomstige interventies de attitude ten opzichte van minderen met roken positief te beïnvloeden aangezien is gebleken dat dit een belangrijke significante voorspeller is van zowel reductie- intentie als daadwerkelijk gereduceerd rookgedrag.

Inleiding

Tot op heden is er weinig bekend over minderen met roken en de redenen waarom mensen al dan niet overgaan tot minderen met roken. Een aantal studies hebben al wel laten zien dat minderen met roken de schade kan beperken bij ziektes die gerelateerd zijn aan roken. Een voorbeeld van zo'n ziekte is longkanker. Er is gebleken dat de gevolgen hiervan sterk dosisafhankelijk zijn (Doll & Peto, 1978). Geringe blootstelling maakt het risico om longkanker te krijgen lager doordat cellen minder frequent blootstaan aan carcinogenen. Daarnaast is er aangetoond dat het verminderen van het aantal sigaretten leidt tot een significante vermindering van ontstekingen van de bronchiën (Rennard et al., 1990). Ondanks dat er (nog) meer onderzoek moet worden gedaan wat betreft minderen met roken en de gezondheid van rokers is het toch noodzakelijk om inzicht te hebben in de determinanten van (de intentie tot) minderen met roken om in de toekomst de juiste interventies te ontwikkelen op dit gebied.

Een eerder uitgevoerd onderzoek naar de determinanten van minderen met roken is het onderzoek van Gosselt (2007) geweest. Helaas werden in dit onderzoek te weinig constructen en variabelen gevonden waarbij onomstotelijk is bewezen dat zij een bepaalde invloed op de intentie hebben. Slechts kleine significante resultaten werden gevonden die interessant zijn, zoals het causale verband tussen de demografische variabelen en het wel of niet hebben van de intentie te minderen met roken.

Het doel van het huidige onderzoek was om de factoren in kaart te brengen die (de intentie tot) minderen met roken kunnen verklaren. Hierbij werd minderen met roken als volgt gedefinieerd: het met tenminste de helft verminderen (dus een vermindering van minimaal 50%) van het aantal gerookte sigaretten per dag in vergelijking met wat de roker daarvoor rookte. Er is gekozen hiervoor aangezien veel studies op dit gebied ook van deze definitie uitgaan (Henningfield, 1997), (Godtfredsen et al., 2005), (Tverdal & Bjartveit, 2006). Daarnaast is zo gedurende het onderzoek voor alle rokers duidelijk wat er met "geminderd roken" bedoeld wordt. Het is belangrijk dat over dit begrip geen verwarring ontstaat aangezien het hele onderzoek hierop rust.

Voor het uitvoeren van het onderzoek is er een eigen onderzoeksmodel opgesteld en het meetinstrument, de vragenlijst, aangepast en uitgebreid zodat alle factoren gemeten konden worden die de intentie zouden kunnen verklaren. Vanuit het doel van het onderzoek is de volgende onderzoeksvraag geformuleerd:

Welke gedragsdeterminanten leiden bij jongvolwassenen tot de intentie te gaan minderen met roken?

2. Theoretisch kader

2.1 Theoretische modellen

Er zijn inmiddels verschillende sociaal- cognitieve modellen ontwikkeld om gezondheidsgedrag, zoals rookgedrag, te verklaren. De Theory of Planned Behaviour (TPB) (Ajzen, 1991) beschrijft dat de intentie om bepaald gedrag te vertonen beïnvloed wordt door de attitude, de subjectieve norm en de waargenomen controle over het gedrag. De TPB is een uitbreiding op de Theory of Reasoned Action (TRA) van Ajzen & Fishbein (1975, 1980). De TRA beschrijft de invloed van attitude en subjectieve norm op de gedragsintentie maar besteedt geen aandacht aan de waargenomen controle. Ajzen & Madden (1986) vonden dat de TPB een betere voorspelling van intenties gaf dan de TRA dankzij de derde determinant: waargenomen zelfeffectiviteit.

In het Health Belief Model ((Janz and Becker, 1984) staan risicoperceptie en evaluatie van de voor- en nadelen van het (aanbevolen) gedrag centraal. Risicoperceptie in dit model betekent de waargenomen ernst van en vatbaarheid voor de ziekte. Verder is volgens het Health Belief Model een bepaalde aanleiding nodig die prikkelt tot het daadwerkelijk overgaan tot een gezondheidsgedrag. Deze prikkels worden cues to action genoemd. Een cue kan bijvoorbeeld bestaan uit een symptoom of het krijgen van informatie.

In de Precaution Adoption Model (Weinstein, 1988) speelt bewustzijn van risicogedrag (weten dat bepaald gedrag risicogedrag is én weten dat men het gedrag vertoont) een belangrijke rol. Pas als iemand zich bewust is van risicovol gedrag kan men besluiten er iets aan te doen. Bij dit besluit worden de baten en kosten overwogen bij het nemen van actie. Zodra het besluit positief is, ontstaat er een intentie en wordt er actie ondernomen en behouden. Volgens de Precaution Adoption Model verloopt dit proces in zeven stappen.

De Transtheoretical model of Change (Prochaska & Diclemente, 1982) gaat ervan uit dat verandering van risicovol gedrag verloopt in zes stappen. Ook volgens dit model moet er eerst de intentie bestaan het gedrag te veranderen voordat er actie genomen kan worden. Tijdens het proces van verandering is onder andere de sociale omgeving belangrijk en de evaluatie van de baten en kosten van de gedragsverandering.

In de Social Cognitive theory (Bandura, 1986) verklaart Bandura menselijk gedrag in termen van continue interactie tussen cognitie en de sociale omgeving. Vooral modeling speelt een belangrijke rol in dit model: het drijft de mensen aan om actie te ondernemen.

2.2 Het I- Change Model

De Integrated Model for Behavioural Change (I- Change Model, De Vries et al., 2003) bevat elementen van verschillende sociaal-psychologische theorieën die hierboven zijn besproken. Het is een combinatie van elementen uit de Theory of Reasoned Action (Fishbein and Ajzen, 1975), Social Cognitive Theory (Bandura, 1986), de Trans Theoretical Model (Prochaska and DiClemente, 1983), het Precaution Adoption Model (Weinstein, 1988) en de Health Belief Model (Janz and Becker, 1984). De voorganger van het I- Change model is de ASE- model. (Mudde & De Vries, 1998). De ASE- model is al in verschillende Nederlandse studies als theoretische basis gebruikt bij het voorspellen van rookgedrag (Ausems et al., 2002 en Bolman & de Vries, 1998). Ook het I-Change model is succesvol gebleken bij het verklaren van verschillende gezondheidsgedragingen. (De Vries et al., 1995, 1998, 2003b, 2005a, b; De Vries and Mudde, 1998). Het stelt dat gedrag het resultaat is van de intenties, mogelijkheden en beperkingen van het individu.

De intentie om een bepaald gedrag uit te voeren wordt bepaald door drie belangrijke concepten die in het I- Change model motivationele factoren worden genoemd. De drie motivationele factoren zijn de attitude, sociale invloed en zelfeffectiviteit. Deze concepten zijn al door vele modellen en theorieën erkend als erg relevant bij het voorspellen van een bepaald gedrag . Attitude heeft betrekking op de waargenomen consequenties van het gedrag. Het bestaat volgens dit model uit twee subcomponenten: de beliefs over de consequenties van het gedrag die zowel positief als negatief kunnen zijn én de affectieve evaluatie van deze consequenties (Ajzen, 1991). Sociale invloed wordt in het model verdeeld in drie elementen: sociale norm, modeling en sociale druk of steun. Sociale norm heeft betrekking op de normen die men bij andere mensen (aan wiens mening de persoon waarde hecht) ten aanzien van het gedrag waarneemt. Bij modeling gaat het om leren door het observeren van andermans gedrag. Sociale druk of steun geeft de directe invloed van belangrijke anderen aan op het gedrag. De derde en laatste motivationele factor is zelfeffectiviteit. Met zelfeffectiviteit wordt bedoeld: de inschatting van de eigen mogelijkheden om het gedrag succesvol te kunnen vertonen en te handhaven.

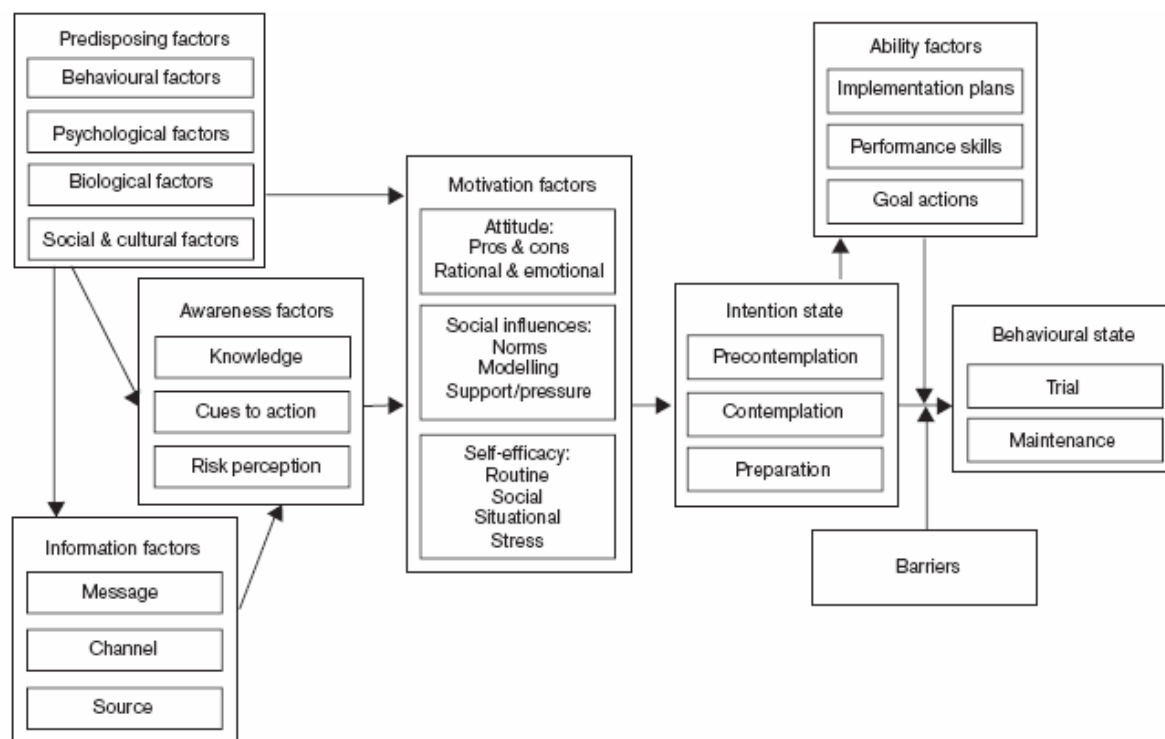
Zoals eerder vermeld oefenen de drie motivationele factoren direct invloed uit op de intentie en via de intentie beïnvloeden ze indirect het gedrag. Maar van deze factoren wordt verondersteld dat ze zelf ook beïnvloed worden door een aantal meer distale factoren. Onder deze distale factoren vallen predispositiefactoren en bewustzijnsfactoren.

Predispositiefactoren zijn factoren die te maken hebben met (genetische) aanleg. Denk hierbij aan gedragsfactoren (bijvoorbeeld leefstijl), psychologische factoren (bijvoorbeeld persoonlijkheid), biologische

factoren (bijvoorbeeld geslacht) en sociale en culturele factoren (bijvoorbeeld gezondheidszorgbeleid). Onder bewustzijnsfactoren vallen kennis en risico-perceptie over het doelgedrag én de cues to action die ook in het Health Belief Model voorkomen. De predispositiefactoren én factoren die informatie geven over een bepaalde gedragsverandering beïnvloeden deze bewustzijnsfactoren. Belangrijke informatiefactoren zijn volgens het I- Change Model de bron, zender en kwaliteit van informatie.

Naast gedragsintentie erkent het I- Change Model de invloed van individuele beperkingen/ barrières en vaardigheden op de realisatie van het specifieke gedrag. Onder vaardigheidsfactoren vallen implementatieplannen (of actieplannen), prestatievaardigheden en doelacties. Implementatieplannen zijn plannen gericht op het uitvoeren van bepaalde acties die bijdragen aan de overgang tot de gedragsverandering. Deze actieplannen zijn gerelateerd aan de implementatie intenties die Gollwitzer (Gollwitzer, 1999) voorstelde in zoverre dat ze beide het doel hebben om het gat tussen intentie en gedrag te overbruggen. Eerder onderzoek steunt de veronderstelling dat implementatie intenties gezondheidsgerelateerde doelen positief beïnvloeden (Verplanken & Faes, 1999 en Milne et al., 2002). Aangezien het I- Change model slechts recent is ontwikkeld, zijn er een beperkt aantal studies die de invloed van actieplannen hebben onderzocht op het gebied van rookgedrag (Hilberink, Jacobs, Schlösser Grol, & de Vries, nog in druk).

Figuur 1: The Integrated Model for Behavioural Change (I- Change Model) (De Vries et al, 2003).



2.3 Onderzoeksmodel

Na een kort literatuuronderzoek is er besloten om het I- Change model als uitgangspunt te nemen voor dit onderzoek. Het I- Change model is pas ontwikkeld en daarom erg in trek. De laatste jaren zijn al veel onderzoeken verricht op basis van het I- Change Model (De Vries, Kremers, Mudde, Pais-Clemente & Vitoria, 2006; De Vries, Bergström, Reddy, Ruiter & Panday, 2007; De Vries, Knops- Dullens, 2007). Toch bleek al snel dat voor dit type gedragsdeterminanten- onderzoek naar minderen met roken niet alle elementen van het I-Change model van toepassing zijn. Zo kunnen de bewustzijnsfactoren en informatiefactoren weggelaten worden uit het model. Er is namelijk wel enig bewijs dat minderen met roken (gecontroleerd gebruik) positieve effecten zal hebben op de gezondheid van de bevolking (Doll & Peto, 1978; Rennard et al., 1990), maar dit bewijs is nog in onvoldoende mate aanwezig (Stivoro, 2007) om de conclusie te trekken dat kennis en risicoperceptie over minderen met roken belangrijke factoren zouden kunnen zijn die de intentie van een individu beïnvloeden. Ook informatiefactoren kan men buiten beschouwing laten in dit onderzoek. Al eerder is gesteld dat de bron, zender en kwaliteit van informatie belangrijke invloed zou hebben op de bewustzijnsfactoren en dus indirect op de intentie. Maar dit is natuurlijk alleen zo als er veel informatie bekend is over het doelgerichte gedrag en in dit geval is dat dus niet. Er is besloten om in het onderzoeksmodel ook de cues to action weg te laten. Veel studies brengen dit concept in twijfel aangezien het moeilijk te identificeren en te meten is (Poss, 2001).

Het concept predispositiefactoren in het I- Change model is een combinatie van vijf factoren. Wegens het type onderzoek (een online- vragenlijst) en tijdgebrek is het niet mogelijk om uitgebreid in te gaan op de invloed van deze distale factoren die onder andere gaan over de leefstijl en persoonlijkheid van het individu. Wel is het zinvol om naar een aantal persoonlijke kenmerken te vragen in het onderzoek, zoals het geslacht, de leeftijd en het niveau van opleiding van de roker. Er wordt verondersteld dat deze een directe invloed zullen hebben op de motivationele factoren attitude, sociale invloed en zelfeffectiviteit. Naar aanleiding van het onderzoek van Gosselt (2007) wordt ook de woonsituatie opgenomen in de demografische gegevens. Dit was een aanbeveling in haar onderzoek. Hieruit bleek namelijk dat de sociale invloed van vrienden wel een significante invloed heeft op de intentie wel of niet te roken, maar de sociale invloed van familie toont geen significant verschil aan in beide groepen. Door deze vraag in de vragenlijst op te nemen kan er onderzocht worden of er interactie bestaat tussen de woonsituatie van studenten en de mate van sociale invloed van vrienden en familie op de jongvolwassenen.

Een nieuw opgenomen concept in het onderzoeksmodel is het huidige rookgedrag. Er wordt van uitgegaan dat deze eveneens een directe invloed zullen hebben op de motivationele factoren. De mate en de duur van het aantal gerookte sigaretten zal onder andere de zelfeffectiviteit ten opzichte van minderen met roken beïnvloeden. Hoe meer en langer er wordt gerookt, hoe kleiner de inschatting van de eigen mogelijkheden om het gedrag “minderen met roken” succesvol te kunnen vertonen. Nicotineafhankelijkheid valt ook onder het rookgedrag van de roker. Hoe meer de roker afhankelijk is van nicotine, hoe moeilijker het wordt om de consequenties van minderen met roken als positief te bestempelen. Daarnaast wordt er verondersteld dat de mate van sociale invloed een niet zo’n grote rol speelt bij rokers die erg afhankelijk zijn van nicotine.

De motivationele factoren attitude, sociale invloed en zelfeffectiviteit uit het I- Change model spelen een centrale rol in het onderzoeksmodel. Het I- Change model stelt dat deze factoren een directe invloed hebben op de intentie wel of niet te gaan minderen met roken. In het geval van het concept attitude moet men nagaan wat de roker gelooft over de consequenties die volgen na het gedrag “minderen met roken” en wat de roker van deze consequenties vindt. Worden de gevolgen positief of negatief geëvalueerd? Uit het I- Change model volgt logischerwijs dat wanneer men wil dat rokers gemotiveerd worden om te gaan minderen met roken, men de attitudes tegenover minderen met roken positief moet beïnvloeden. De attitude is dus een voorspeller van het gedrag.

De tweede belangrijke motivationele factor is sociale invloed. In hoeverre laten de rokers zich beïnvloeden door het rookgedrag van belangrijke anderen? Met belangrijke anderen wordt in dit onderzoek bedoeld de vrienden, studiegenoten, familieleden, ouders en broers/zussen van de roker. Een belangrijk subcomponent van sociale invloed is modeling. Hoe meer de directe sociale omgeving van de roker bezig is met minderen met roken, hoe sneller de roker zelf de intentie krijgt om te gaan minderen. Daarnaast is sociale steun om te gaan minderen een belangrijk construct. Er wordt verondersteld dat de intentie te gaan minderen met roken toeneemt wanneer de roker ondersteund wordt hierin door zijn/haar sociale omgeving.

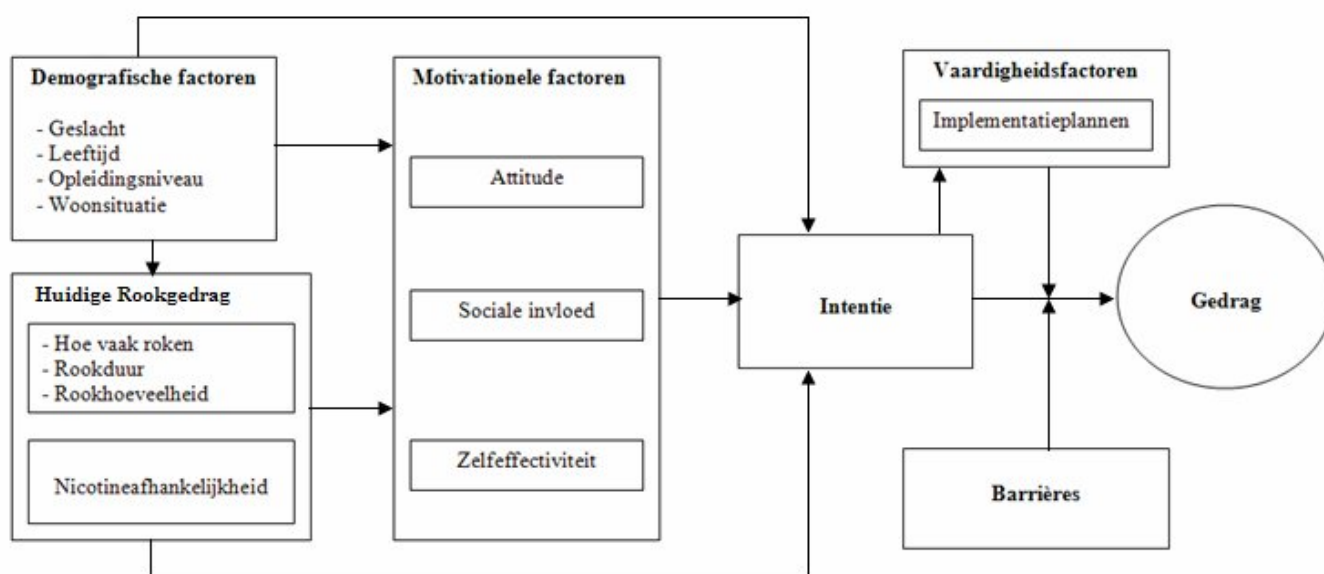
Een derde belangrijke motivationele factor is de zelfeffectiviteit. Het is de mate waarin men vertrouwen heeft in het eigen kunnen om acties uit te voeren die leiden tot de bedoelde uitkomsten (Brody & Erlichman, 1998). In dit onderzoek wordt de term zelfeffectiviteit opgevat als de mate waarin men zich in staat voelt om consistent te gaan minderen met roken. Volgens het I- Change model zijn er vier soorten zelfeffectiviteit te onderscheiden, namelijk routine zelfeffectiviteit, sociale zelfeffectiviteit, situationele zelfeffectiviteit en stress zelfeffectiviteit. De mate van zelfeffectiviteit over het algemeen maar ook in specifieke situaties speelt een

belangrijke rol bij het te uitvoeren gedrag. Hoe meer de roker vertrouwen heeft in zijn kunnen om te minderen met roken (dus hoe groter de zelfeffectiviteit), hoe groter de intentie om daadwerkelijk te gaan minderen.

Volgens het I- Change model gaat aan het daadwerkelijk minderen met roken de intentie daartoe vooraf. De intentieniveau bepaalt voor een groot deel of de roker het gedrag uit gaat voeren of niet. Toch stelt het I- Change Model dat er twee andere factoren zijn die de overgang van intentie tot gedrag beïnvloeden, namelijk de eerder genoemde vaardigheidsfactoren en barrières. Van de vaardigheidsfactoren blijken vooral implementatieplannen een belangrijke rol te spelen in gezondheidsgedragingen (Faes & Verplanken, 1999 en Milne et al., 2002). Vandaar dat er is besloten om uit de vaardigheidsfactoren alleen de implementatieplannen op te nemen in het onderzoeksmodel. Daarnaast is het moeilijk om via een eenmalige online- vragenlijst de prestatievaardigheden en doelacties van de roker objectief vast te stellen die ook behoren tot de vaardigheidsfactoren volgens het I- Change Model. Barrières behoren tot de tweede factor die een rol speelt bij de overgang van de intentie minder te gaan roken tot het daadwerkelijke gedrag minderen met roken. Barrières reflecteren de moeilijkheden die de roker zal tegenkomen op weg naar het gedragsdoel. Er wordt verondersteld dat het daadwerkelijke gedrag het snelst wordt bereikt en het langst wordt volgehouden als er zo min mogelijk barrières zijn voor de roker.

In figuur 2 wordt het onderzoeksmodel, die gedurende het hele onderzoek gehanteerd wordt, schematisch weergegeven.

Figuur 2. Onderzoeksmodel



2.4 Deelvragen

Zoals eerder vermeld is het doel van het onderzoek het in kaart brengen van de gedragsdeterminanten van de intentie minderen met roken. Vanuit het onderzoeksmodel en de eerder geformuleerde onderzoeksvraag zijn de volgende drie deelvragen afgeleid:

- a. In hoeverre liggen de attitudes ten grondslag aan de intentie van jongvolwassenen hun rookgedrag te reduceren?*
- b. In welke mate is de zelfeffectiviteit van invloed op de intentie van jongvolwassenen hun rookgedrag te reduceren?*
- c. In welke mate speelt sociale invloed een rol op de intentie van jongvolwassenen hun rookgedrag te reduceren?*

De invloed van de overige constructen in het onderzoeksmodel zullen aan de hand van de volgende vragen onderzocht worden:

- 2. In hoeverre zijn de demografische factoren (leeftijd, geslacht, opleiding, woonsituatie) van invloed op de motivationele factoren?*
- 3. In hoeverre is het huidige rookgedrag van de jongvolwassenen van invloed op de motivationele factoren?*
- 4. In welke mate spelen bij minderen met roken de implementatieplannen een rol om de intentie te realiseren in het specifieke gedrag?*
- 5. In welke mate spelen bij minderen met roken de barrières een rol om de intentie te realiseren in het specifieke gedrag?*

3. Methode

3.1 Vragenlijst

De vragenlijst is gebaseerd op de literatuurstudie en het onderzoeksmodel. Voor elk factor in het onderzoeksmodel zijn er vragen geformuleerd. Tijdens het opstellen van de vragenlijst is bewust gekozen voor informele woorden als “je” en “jouw” aangezien dit ook meer past bij de doelgroep van het onderzoek. Daarnaast zijn de vragen zo neutraal mogelijk geformuleerd. Dat houdt dat de vragen geen antwoord mogen suggereren en al helemaal geen antwoord in de mond mogen leggen.

3.1.1 Demografische factoren

Naast de demografische gegevens geslacht, leeftijd en opleiding is het item “woonsituatie” in de vragenlijst toegevoegd. Zoals eerder vermeld was dit een aanbeveling in het onderzoek van Gosselt (2007). Door te vragen naar de woonsituatie van de roker kan er onderzocht worden of er interactie bestaat tussen de woonsituatie van studenten en de mate van sociale invloed van het gezin en studiegenoten/vrienden op de jongvolwassenen. Naar aanleiding hiervan is in de antwoordcategorieën van deze vraag onderscheid gemaakt in “thuiswonend” en “wonend in een studentenhuus”. Aangezien er nog veel andere antwoordmogelijkheden zijn op deze vraag is er de optie “Anders, namelijk...” bij toegevoegd.

3.1.2 Huidige rookgedrag

Het rookgedrag van de respondent wordt gemeten met behulp van vijf vragen. De eerste vraag hierover geeft een indicatie over hoe vaak de respondent rookt (één keer per dag; één keer per week; één keer per maand; minder dan één keer per maand). De tweede vraag over het rookgedrag stelt vast hoe lang de respondent al rookt (minder dan een half jaar; tussen een half jaar en één jaar; tussen één jaar en twee jaar; langer dan twee jaar). Hier is een antwoordcategorie “Anders, namelijk...” bij toegevoegd. Deze optie bedoeld voor rokers die schommelingen kennen in hun rookgedrag. De laatste drie vragen over het rookgedrag meten hoeveel sigaretten de respondent de afgelopen vier weken gemiddeld per dag heeft gerookt, of dat minder/evenveel/meer is dan het halfjaar ervoor en in het geval van minder/meer moeten de respondenten aangeven hoeveel sigaretten ze dan gemiddeld in het halfjaar ervoor hebben gerookt.

Hierna volgen er vijf vragen die de mate van nicotineafhankelijkheid van de respondent meten. Deze vragen zijn afkomstig uit de Fagerstrom Test of Nicotine Dependence (FTND) en vormen samen een schaal

(Fagerström & Schneider, 1989). De eerste vraag die uit de FTND is gehaald, meet hoe lang nadat de roker wakker wordt hij/zij de eerste sigaret opsteekt (binnen 5 minuten; 6-30 minuten; 31-60 minuten; na 60 minuten). Hoe eerder de roker een sigaret opsteken, hoe afhankelijker hij/zij van nicotine is. Daarna wordt aan de rokers gevraagd of ze het moeilijk vinden om niet te roken op plaatsen waar het verboden is (ja; nee). De derde vraag over nicotineafhankelijkheid gaat over welke sigaret de rokers het moeilijkst op zouden kunnen geven (de eerste 's morgens; een andere). In de laatste twee vragen wordt aan de respondenten gevraagd of ze in de eerste uren na het opstaan meer per uur roken dan tijdens de rest van de dag én of ze roken als ze ziek zijn en het grootste gedeelte van de dag in bed liggen. Ook op deze twee vragen kunnen de rokers antwoorden met een ja of nee. De FTND is een zeer veel gebruikte meetinstrument van nicotineafhankelijkheid en blijkt intern consistent te zijn (Fagerstrom, Frecker, Heatherton & Kozlowski, 1991).

3.1.3 Stoppen met roken

Viertal vragen uit de vragenlijst gaan over stoppen met roken. Als eerste wordt aan de respondent gevraagd of hij/zij in het verleden een stoppoging heeft ondernomen waarbij hij/zij minimaal 24 uur niet heeft gerookt. Er is bewust gekozen voor de eis van minimaal 24 uur in de vraagstelling aangezien de internationale onderzoeksliteratuur bij de definitie van een stoppoging hier ook van uit gaat (De Vries, Kremer, Mudde, & Willemsen, 2006). Wanneer de respondent eerdere stoppogingen heeft ondernomen, worden in de volgende twee vragen gesteld hoeveel stoppogingen hij/zij heeft ondernomen en hoe lang hij/zij dat heeft volgehouden. De antwoordcategorieën van de laatste vraag lopen van “ongeveer een week geleden” tot en met “langer dan een jaar geleden”. Voor rokers die niet meer weten wanneer hun laatste stoppoging was, is er de optie “weet ik niet meer” beschikbaar. Daarnaast krijgt elke respondent de vraag of hij/zij van plan is om te gaan stoppen met roken. Dit is om de intentie ten aanzien van stoppen met roken te meten. Om de intentieniveau te bepalen, zijn er drie termijnen genoemd waarbinnen men zichzelf in staat acht te stoppen (in de toekomst; binnen een half jaar; binnen vier weken). De respondenten kunnen antwoorden op een vijfpunts Likertschaal die loopt van “zeker niet” tot “zeker wel”. Al deze vragen meten in hoeverre de respondenten bezig zijn met stoppen met roken. Er kan aan de hand van deze gegevens onderzocht worden of er interactie bestaat tussen poging tot stoppen met roken én minderen met roken.

3.1.4 Minderen met roken

De rest van de vragen uit de vragenlijst gaan over mindereren met roken. Er wordt in de vragenlijst als eerste duidelijk gemaakt wat men onder mindereren met roken moet verstaan. Zo ontstaat er over dit begrip geen verwarring tijdens het maken van de vragen en betekent mindereren met roken voor iedereen hetzelfde. Hierna wordt een vraag gesteld over een poging tot mindereren met roken in het verleden. Blijkt een respondent ooit een poging te hebben ondernomen, dan moet hij/zij in de volgende vraag aangeven hoe lang hij/zij dit heeft volgehouden. Aangezien respondenten meerdere pogingen ondernomen kunnen hebben, bestaat er in deze vraag de mogelijkheid om tot drie pogingen aan te geven hoe lang ze mindereren met roken hebben volgehouden. Hebben de rokers vaker als drie keer een poging gedaan, dan wordt ze gevraagd om de vraag in te vullen op basis van de drie langst volgehouden pogingen om te mindereren. Naast in het verleden genomen pogingen kan het zijn dat respondenten op dit moment bezig zijn met mindereren met roken. Met behulp van één vraag wordt dit gemeten in de vragenlijst. Zo ja, dan wordt de rokers gevraagd of ze denken dit te kunnen volhouden in de toekomst. Ook hier kunnen ze een antwoord geven op een vijfpunts Likertschaal die gaat van “zeer niet” tot “zeer wel”. De intentie wel of niet te gaan mindereren met roken wordt gemeten in de volgende vraag. Net als bij stoppen met roken zijn er drie termijnen waarbinnen de roker zichzelf in staat acht te mindereren met roken (in de toekomst; binnen een half jaar; binnen vier weken). Aan de hand van deze drie termijnen en antwoordcategorieën die lopen van “zeer niet” tot “zeer wel” kan men de intentieniveau van de roker om te gaan mindereren bepalen.

3.1.5 Motivationale factoren

De attitude van de respondenten ten opzichte van mindereren met roken wordt gemeten met behulp van één vraag. De vraag begint met de volgende stelling: “Minderen met roken, waarbij ik het aantal gerookte sigaretten per dag met de helft verminder, vind ik voor mezelf.... “. Na deze stelling te hebben gelezen moeten de rokers op 12 items aangeven in hoeverre ze met deze items eens zijn. Dit kan weer met de vijfpunts Likertschaal die nu gaat van “helemaal mee oneens” tot “helemaal mee eens”. Tien items zijn overgenomen uit het onderzoek van Gosselt (2007) (beter voor mijn conditie; goedkoop; slim; gezellig; goed; gezond; ongevaarlijk; onschadelijk; plezierig; normaal). De reden van overname is de betrouwbaarheidsanalyse over dit construct in het onderzoek van Gosselt (2007) waaruit bleek dat de α 0.78 is, een betrouwbaar construct dus. Toch worden er nog twee items bij toegevoegd die in onderzoeken over roken worden benoemd als saillante attitudes ten opzichte van stoppen met roken, namelijk ontspanning en tevredenheid. Deze worden ook wel emotionele (min)punten

genoemd van stoppen met roken (De Vries, Hoding & Mudde, 2006). Het is interessant om te onderzoeken in hoeverre deze attitudes ook een rol spelen bij minderen met roken.

Het meten van het construct zelfeffectiviteit is verdeeld over twee vragen. In de eerste vraag gaat het over zelfeffectiviteit in specifieke situaties waarbij ook stressvolle, routine en sociale situaties zich voordoen. Dit is naar aanleiding van in het I- Change Model gemaakte onderscheid in de soorten zelfeffectiviteit. Er zijn zeven specifieke situaties aangeboden in de vraag die gesteld zijn in de ikvorm (bijvoorbeeld een sigaret afslaan wanneer ik er een krijg aangeboden). De rokers moeten aangeven in hoeverre ze deze situaties moeilijk of makkelijk vinden. Dit gebeurt met een vijfpunts Likertschaal die gaat van “moeilijk” naar “makkelijk”. Aangezien het om zelfeffectiviteit ten opzichte van minderen met roken gaat, kunnen deze situaties zich ook voordoen wanneer de roker nog niet zijn toegestane hoeveelheid sigaretten heeft opgerookt. In dat geval is zelfeffectiviteit ten opzichte van minderen met roken niet van toepassing is. Om dit te voorkomen is er in de vraagstelling duidelijk gemaakt dat het gaat om situaties die zich voordoen op het moment dat de roker het aantal sigaretten die hij zich heeft voorgenomen te roken die dag, al heeft opgerookt. De tweede vraag over zelfeffectiviteit meet hoe moeilijk of makkelijk de roker minderen met roken over het algemeen vindt. Via een vijfpunts Likertschaal moeten de rokers aangeven hoe moeilijk/makkelijk het is om te blijven minderen met roken, bijhouden hoeveel ze per dag hebben gerookt en uitleggen waarom ze niet willen roken op het moment dat ze hun dagelijkse hoeveelheid sigaretten hebben opgerookt.

Om het construct sociale invloed te meten zijn er een aantal vragen in de vragenlijst opgenomen die vast kunnen stellen hoeveel rokers er zitten in de directe sociale omgeving van de respondent. De sociale omgeving van de roker is gesplitst in: vrienden; studiegenoten; familieleden (ooms/tantes, neven/nichten); vader; moeder; broers/zussen. Voor vrienden, studiegenoten en familieleden is er enkel gevraagd hoeveel ervan roken ((bijna) allemaal rokers; meer dan de helft rokers; ongeveer evenveel rokers als niet-rokers; minder dan de helft rokers; (bijna) geen rokers). Bij studiegenoten en familieleden is er in de vraag bewust neergezet dat het gaat om diegenen met wie ze omgaan aangezien je met studiegenoten/familieleden niet altijd regelmatig contact hoeft te hebben. Dit betekent dat ze dan ook geen invloed kunnen hebben op de roker. Heeft de roker geen regelmatig contact met studiegenoten en/of familieleden dan kunnen ze kiezen voor de optie “niet van toepassing”. Bij de vader, moeder en broers/zussen van de respondent is er wat dieper ingegaan op het rookgedrag. De roker moet dan voor zijn/haar ouders én broers/zussen kiezen uit zeven opties die gaan van “nee, (ze hebben) nog nooit gerookt” tot “ja, (ze roken) meer dan 15 sigaretten per dag”. Het dieper op ingaan is gedaan omdat deze mensen tot het gezin behoren waar ook de roker in is opgegroeid. Men kan hierbij onderzoeken of de samenstelling van

het gezin op het gebied van roken invloed kan hebben op het rookgedrag van de respondent. Daarnaast wordt er met behulp van één vraag een belangrijk element van sociale invloed gemeten, namelijk modeling. Er wordt aan de respondenten gevraagd of ze mensen in hun omgeving kennen die hun rookgedrag blijvend hebben verminderd. De respondenten kunnen hierbij kiezen uit zes opties (ja, heel veel mensen; ja, vrij veel mensen; ja, sommigen; ja, een enkele; nee, niemand). Nog een belangrijk element van sociale invloed is de sociale steun ten aanzien van minderen met roken. Deze wordt gemeten met de volgende stelling: “Als ik mijn rookgedrag verminder (of: sinds ik mijn rookgedrag heb verminderd), krijg ik steun van... “. De respondent moet dan met behulp van een vijfpunts Likertschaal (heel veel steun; veel steun; niet veel/niet weinig steun; weinig steun; geen steun) aangeven in hoeverre hij in dat geval steun zou krijgen van vrienden, studiegenoten; familieleden; moeder; vader; broers/zussen. Respondenten die bijvoorbeeld geen studiegenoten hebben met wie ze regelmatig omgaan en dus geen steun ontvangen van deze groep kunnen voor de optie “niet van toepassing” kiezen.

3.1.6 Implementatieplannen en barrières

Met de ene laatste vraag van de vragenlijst wordt getracht te meten in hoeverre de rokers implementatieplannen (zullen) maken en tegen barrières (zullen) aanlopen bij het omzetten van de intentie in het doelgerichte gedrag. De respondenten krijgen vijf implementatieplannen te zien, namelijk: langzaam afbouwen; mensen in de omgeving informeren; zichzelf belonen; hulp uit de omgeving vragen; minder sigaretten per week kopen. Deze vijf items zijn gehaald uit de vragenlijst van het onderzoek van De Vries et al. naar onder andere de invloed van actieplannen en weer beginnen met roken (De Vries, Hoding & Mudde, 2006). Er zijn weinig tot geen onderzoeken verricht op het gebied van implementatieplannen en minderen met roken vandaar dat het erg interessant is om het bij deze te onderzoeken. Via de vijfpunts Likertschaal die loopt van “helemaal mee oneens” tot “helemaal mee eens” kunnen de respondenten aangeven in hoeverre zij de implementatieplannen zouden uitvoeren wanneer ze minderen met roken. In dezelfde vraag zijn vijf items opgenomen die de barrières weergeven bij de omzetting van de intentie te minderen met roken tot de uiteindelijke gedraging. Uit verschillende studies blijken vooral ontweningsverschijnselen gezien te worden als barrières voor rokers (Kristeller, 1994; Macnee & Talsma, 1995). Toename in gewicht en uit gewoonte toch sigaretten opsteken blijken ook barrières te zijn (Sorensen et al, 1992; Kristeller, 1994; Asher et al, 2002). Er is daarom besloten om de volgende barrières als items in de vraag te zetten: nerveus, gespannen of geïrriteerd raken; blijven hunkeren naar meer sigaretten; zich rusteloos voelen, toenemen in gewicht; uit gewoonte toch meer sigaretten opsteken. Het is nog maar de vraag of deze barrières ook gelden bij minderen met roken aangezien in alle genoemde

onderzoeken het ging om barrières ten opzichte van stoppen met roken. De respondenten moeten aangeven in hoeverre zij denken hier last van te krijgen door de vijfpunts Likertschaal (helemaal mee oneens; beetje oneens; niet oneens/niet eens; beetje eens; helemaal mee eens). Aan het einde van de vragenlijst is er ruimte voor opmerkingen van de respondent.

3.2 Pretest

Na het opstellen van de vragenlijst heeft er een pretest plaatsgevonden. De vragenlijst is voorgelegd aan zes mensen uit de nabije omgeving die tot de doelgroep van het onderzoek behoren. Er is aan de zes respondenten gevraagd om te letten op onduidelijkheden in de vragen, lange zinnen, grammaticale fouten, spelfouten, etc. Tijdens het invullen van de vragenlijst moesten ze deze opmerkingen of suggesties tot veranderingen bij de desbetreffende vraag zetten zodat het zelfs later duidelijk zou zijn waar het precies omging.

De pretest heeft voor goede verbeterpunten gezorgd in de vragenlijst. Zo bleken drie van de zes mensen het woord “shagjes” een raar woord te vinden. Een suggestie uit de pretest was om aan het begin van de vragenlijst aan te geven dat onder het roken van sigaretten ook shag wordt bedoeld, zodat het woord shagjes niet elke keer hoeft te worden gebruikt in de vraagstellingen. Er is besloten om van deze suggestie gebruik te maken. In de nieuwe vragenlijst zijn bij alle vragen het woord “shagjes” weggehaald en is er in de inleiding van de vragenlijst duidelijk gemaakt dat onder het roken van sigaretten ook onder andere het roken van shag wordt verstaan.

Verder bleek uit de pretest dat de antwoordcategorieën bij vraag 4 in de vragenlijst niet concreet genoeg te zijn. In vraag 4 werd aan de respondent gesteld wat zijn/haar woonsituatie is. Na de pretest is besloten om de eerste antwoordcategorie “thuiswonend” te veranderen in “ik woon bij mijn ouders”. Dit is gedaan omdat uit de pretest bleek dat onder thuiswonend ook wordt verstaan het op jezelf wonen of samenwonen in je eigen huis terwijl het doel van deze antwoordcategorie is om te meten of de respondent bij zijn/haar ouders woont. Daarnaast zijn “Ik woon op mezelf” en “Samenwonend/gehuwd” als opties toegevoegd aangezien de pretest liet zien dat het veel voorkomt.

Daarnaast gaven drie respondenten uit de pretest aan dat bij vraag 25 een moeilijke situatie voor rokers om niet te gaan roken het moment is na het eten. Daarom is besloten om deze optie ook in de vraag toe te voegen.

Bij vraag 33 waarin wordt ingegaan op het verkrijgen van veel/ weinig steun van de omgeving bij het minderen met roken is de optie “Niet van toepassing” toegevoegd voor respondenten die bijvoorbeeld geen

broers of zussen hebben. Dit was een suggestie van een van de respondenten die bij deze vraag niets kon invullen bij “vader” aangezien het niet van toepassing was.

3.3 Procedure

Het onderzoek is verricht met behulp van een online- vragenlijst. Bij het digitaal verspreiden van de vragenlijst is er rekening gehouden met de doelgroep van het onderzoek, namelijk jongvolwassenen van 18 tot 34 jaar. Al snel is het idee ontstaan om gebruik te maken van het vriendennetwerk Hyves.nl wat in dezer dagen erg populair is onder de jongeren. Op Hyves zijn er twee profielen uitgezocht waar veel rokers bij waren aangemeld. De ene heette de “zwarte- van- nulle- hyves” bestaande uit ongeveer 300 leden en de andere heette de “lekker- blijven- roken- hyves” met maar liefst 55.000 leden. Aangezien je alleen als beheerder een persoonlijk bericht kan versturen naar de leden is er een bericht verstuurd naar beide beheerders met de vraag of het mogelijk is een groepsbericht te versturen naar de leden om ze op de hoogte te stellen van het onderzoek. Na toestemming van de beheerders hebben alle rokers die aangemeld waren op de twee profielen de link naar de vragenlijst ontvangen in hun postvakje. Deze wervingsmethode bleek een succes te zijn.

3.4 Statistische analyse

Alle vragen uit de vragenlijst zijn met behulp van het statistiek programma SPSS ingevoerd en geanalyseerd. Bij het analyseren is gebruik gemaakt van verschillende toets mogelijkheden, namelijk een frequentietoets, betrouwbaarheidsanalyse, ANOVA- analyse, correlatie analyse en de (lineaire/ logistische) regressie analyse. Via de frequentietoets zullen de gemiddelden per vraag berekend worden. De betrouwbaarheidsanalyse berekent de betrouwbaarheid van de constructen. Met behulp van Cronbach's Alpha is te zien hoe betrouwbaar de constructen in de vragenlijst zijn. Met de ANOVA- analyse is nagegaan of er significante verschillen bestaan tussen twee groepen op de afhankelijke variabele: “intentie minderen met roken”. Met behulp van de correlatie toets zijn de relaties tussen verschillende variabelen aangegaan. Zo is bijvoorbeeld de correlatie berekend tussen “leeftijd” en “ de mate van zelfeffectiviteit” . Tot slot is met de regressie analyses nagegaan welke onafhankelijke variabelen voorspellers zijn van de afhankelijke variabele. Alle gegevens zijn gelabeld in één totaal SPSS bestand. Met dit bestand zijn alle analyses verricht, zodat er uiteindelijk een duidelijke en heldere conclusie getrokken kan worden, met de hierbij behorende aanbevelingen en eventuele verbeteringen.

3.5 Respondenten

Tot de doelgroep van het onderzoek behoorden jongvolwassenen van 18 tot 34 jaar. Er is gekozen voor deze doelgroep aangezien deze groep mensen oud en bewust genoeg zijn om na te denken over hun rookgedrag en alles wat hiermee te maken heeft.

In totaal hebben 6325 mensen deelgenomen aan de vragenlijst. Na verwijdering van respondenten die niet behoren tot de leeftijdscategorie (of geen leeftijd hebben ingevuld) en respondenten die de vragenlijst niet geheel hebben afgemaakt zijn er 2775 respondenten overgebleven waar de analyses mee zijn gedaan.

Van deze respondenten waren er 1964 (71%) vrouwen en 807 (29%) mannen. De meerderheid van de ondervraagden was 20 jaar en jonger (36%) en 21- 25 jaar (32%). Slechts 5% van de respondenten had de WO- opleidingsniveau. Het percentage van respondenten met de HBO- opleidingsniveau was 25% en maar liefst 70% van de respondenten had de MBO- opleidingsniveau. De woonsituatie van de respondenten was als volgt: 43% woonde nog bij zijn/ haar ouders; 28% was samenwonend/ gehuwd; 22% woonde op zichzelf en slechts 3% woonde in een studentenhuus. De overige 4% van de respondenten had bij woonsituatie de optie “Anders, namelijk.. “ aangevinkt waarbij de antwoorden uiteenliepen van “vrouwenopvang” tot “inwonend bij oma”. Hieronder zijn de resultaten weergegeven in een tabelvorm.

Tabel 1: Achtergrondgegevens van de respondenten

		<i>N</i>	<i>%</i>
Geslacht	Man	807	29
	Vrouw	1964	71
Leeftijd	20 jaar en jonger	996	36
	21- 25 jaar	895	32
	26 – 30 jaar	553	20
	31 – 34 jaar	330	12
Opleidingsniveau	MBO	1920	70
	HBO	683	25
	WO	145	5
Woonsituatie	Wonend bij de ouders	1200	43
	Wonend in een studentenhuus	82	3
	Wonend op zichzelf	617	22
	Samenwonend/ gehuwd	762	28
	Anders	100	4

4. Resultaten

4.1 Betrouwbaarheid meetinstrument

De schaal die meet in hoeverre de respondenten de intentie te hebben te stoppen met roken is de eerste schaal die wordt onderworpen aan een betrouwbaarheidsanalyse. Hieruit blijkt dat de schaal een Cronbach's Alpha heeft van 0.74. Dit construct is dus betrouwbaar te noemen. Daarnaast is een betrouwbaarheidsanalyse uitgevoerd op de schaal die meet in hoeverre de respondenten de intentie hebben te minderen met roken. Hiervan blijkt de Cronbach's Alpha 0.81 te zijn wat wederom aangeeft dat het een zeer betrouwbaar construct is. Verder is over het construct attitude een betrouwbaarheidsanalyse uitgevoerd. De schaal is onderverdeeld in 12 items die allen de attitude ten opzichte van minderen met roken meten. De Alpha berekend over dit construct blijkt 0.79 te zijn. Het construct zelf- effectiviteit is in de vragenlijst verdeeld over twee vragen. Aangezien het toch één construct is en de verdeling van de twee schalen in overeenstemming is met elkaar, is er over deze twee schalen één betrouwbaarheidsanalyse uitgevoerd. Hiervan blijkt de Cronbach's Alpha 0.81 te zijn. De volgende schaal die een betrouwbaarheidsanalyse heeft ondergaan is die van de "sociale steun" wat een onderdeel is van het construct sociale invloed. De overige vragen die het construct Sociale invloed meten vormen geen schaal en daarvan zullen de items apart van elkaar behandeld worden. De Cronbach's Alpha van het deelconstruct sociale steun blijkt 0.87 te zijn. Daarnaast blijkt het construct implementatieplannen een Cronbach's Alpha te hebben van 0.69. De laatste construct waar een betrouwbaarheidsanalyse over is gedaan meet de barrières die de respondenten ervaren ten opzichte van minderen met roken. Hiervan blijkt de Cronbach's Alpha 0.84 te zijn.

De betrouwbaarheidsanalyses hebben laten zien dat elk schaal uit de vragenlijst een hoge betrouwbaarheid heeft. Verder kon de betrouwbaarheid niet significant hoger gemaakt worden door één van de items te verwijderen uit de schalen. De resultaten van de betrouwbaarheidsanalyses zijn te vinden in tabel 2.

Tabel 2: Cronbach's Alpha per construct

Construct	Aantal items	Cronbach's Alpha
Intentie Stoppen met roken	3	0.74
Intentie Minderen met roken	3	0.81
Attitude	12	0.79
Zelf- effectiviteit	11	0.81
Sociale steun	8	0.87
Implementatieplannen	5	0.69
Barrières	5	0.84

4.2 Relaties tussen de demografische factoren en de motivationele factoren

Tussen mannen en vrouwen bestaat er een significant verschil ($F(1, 2609) = 10.8; p < .05$) wat betreft de attitude: vrouwen ($M = 3.31$) hebben een positievere attitude ten opzichte van minderen met roken dan mannen ($M = 3.22$). Wat betreft zelfeffectiviteit bestaat er ook een significant verschil ($F(1, 2696) = 50.5; p < .05$) tussen beide groepen: de zelfeffectiviteit van mannen ($M = 2.03$) is hoger dan die van vrouwen ($M = 1.84$). Daarnaast blijkt ($F(1, 2769) = 39.0; p < .05$) dat vrouwen ($M = 3.35$) bij het minderen van het rookgedrag meer sociale steun (zullen) krijgen dan mannen ($M = 3.16$). In tabel 3 zie je de resultaten van de analyses tussen het geslacht en de motivationele factoren.

Er bestaat er een significante, negatieve correlatie ($r = -.05; p < .05$) tussen leeftijd en het verkrijgen van sociale steun: hoe ouder de rokers zijn, hoe minder sociale steun ze krijgen bij het minderen van het rookgedrag. Tenslotte heeft de opleiding van de jongvolwassenen een significante correlatie ($r = .11; p < .05$) met de zelfeffectiviteit: hoe hoger opgeleid de rokers zijn, hoe hoger de zelfeffectiviteit. De tabellen 4 en 5 laten de resultaten zien van de correlatieanalyses tussen leeftijd/ opleiding en de motivationele factoren.

Tabel 3: Resultaten ANOVA- analyses tussen geslacht en de motivationele factoren

	Mean		Std. Dev		p	F
	Man (N = 807)	Vrouw (N= 1964)	Man	Vrouw		
Motivationele factor						
Attitude	3.22	3.31	.68	.66	.001	10.8
Zelfeffectiviteit	2.03	1.84	.71	.62	.000	50.5
Sociale steun	3.16	3.35	.71	.72	.000	39.0

Tabel 4: Resultaten correlatie analyses tussen de demografische variabelen en zelfeffectiviteit

Construct	N	Pearson Correlation (r)	p
Leeftijd	2701	-.04	.051
Opleiding	2676	.11	.000

Tabel 5: Resultaten correlatie analyses tussen de demografische variabelen en sociale steun

Construct	N	Pearson Correlation (r)	p
Leeftijd	2774	-.05	.004
Opleiding	2748	-.01	.783

4.3 Relaties tussen het huidige rookgedrag en de motivationele factoren

Alle constructen die het huidige rookgedrag van de jongvolwassen meten, blijken een significante correlatie te hebben met de attitude en zelfeffectiviteit. Hoe vaak de respondent rookt (per dag/week/maand) blijkt een positieve correlatie ($r = .04$; $p < .05$) te hebben met de attitude: mensen die minder vaak roken, hebben een positievere attitude ten opzichte van de reductie- intentie. Dit geldt ook voor zelfeffectiviteit ($r = .21$; $p < .05$): mensen die minder vaak roken, hebben een hogere zelfeffectiviteit.

Hoe lang iemand al rookt, de rookduur, heeft een significante negatieve correlatie ($r = -.06$; $p < .05$) met de attitude. Dat wil zeggen dat hoe langer iemand rookt, hoe negatiever de attitude ten opzichte van minderen met roken is. Ditzelfde geldt voor zelfeffectiviteit: hoe langer iemand rookt, hoe lager de zelfeffectiviteit ($r = -.13$; $p < .05$) ten opzichte van minderen met roken.

De rookhoeveelheid heeft een negatieve correlatie ($r = -.09$; $p < .05$) met de attitude: hoe meer sigaretten gemiddeld per dag worden gerookt, hoe negatiever de attitude blijkt te zijn. Mensen die meer roken, hebben ook een lagere zelfeffectiviteit ten opzichte van gereduceerd gedrag ($r = -.28$; $p < .05$).

Als laatste blijkt ook een negatieve correlatie ($r = -.12$; $p < .05$) te bestaan tussen nicotineafhankelijkheid en de attitude. Mensen die afhankelijker zijn van nicotine hebben een negatievere attitude. Voor zelfeffectiviteit geldt hetzelfde: hoe afhankelijker iemand is van nicotine, hoe lager hij/zij scoort op zelfeffectiviteit ($r = -.39$; $p < .05$).

In tabel 6 vind je de relaties tussen het huidige rookgedrag en de attitude schematisch weergegeven. In tabel 7 zijn de relaties tussen het huidige rookgedrag en zelfeffectiviteit te zien.

Tabel 6 : Resultaten correlatie analyses tussen het huidige rookgedrag en de attitude

Construct	N	Pearson Correlation (r)	p
Hoe vaak roken (per maand)	2598	.04	.036
Rookduur	2611	-.06	.002
Rookhoeveelheid	2557	-.09	.000
Nicotineafhankelijkheid	2596	-.12	.000

Tabel 7 : Resultaten correlatie analyses tussen het huidige rookgedrag en zelfeffectiviteit

Construct	N	Pearson Correlation (r)	p
Hoe vaak roken (per maand)	2684	.21	.000
Rookduur	2699	-.13	.000
Rookhoeveelheid	2645	-.28	.000
Nicotineafhankelijkheid	2681	-.39	.000

4.4 Relaties tussen constructen én de intentie minderen met roken

Uit de resultaten bleek er een significant verschil te bestaan ($F(1, 2709) = 7.1$; $p < 0.05$) tussen vrouwen ($M = 3.32$) en mannen ($M = 3.19$): vrouwen hebben een hogere intentie te minderen met roken. Gezien de gemiddelden en de effectgrootte moet er gezegd worden dat het verschil tussen beide groepen niet groot is. Leeftijd blijkt een zwakke, negatieve correlatie ($r = .10$; $p < .05$) te vertonen met de reductie- intentie: hoe ouder, hoe lager de intentie tot minderen. Wat betreft opleiding geldt: hoe hoger de opleiding is van de respondenten, hoe meer ze de intentie hebben te minderen met roken ($r = .07$; $p < .05$).

Hoe lang iemand rookt blijkt significant te correleren met de reductie- intentie waarbij het wel gaat om een zeer kleine negatieve correlatie ($r = -.04$; $p < .05$). De correlatie tussen het aantal gerookte sigaretten in de afgelopen vier weken vergeleken met het halfjaar ervoor (meer/ evenveel/ minder), wat een indicatie geeft voor actueel gereduceerd gedrag, en de intentie tot minderen blijkt negatief te zijn met $p < .05$. Dat wil zeggen dat de respondenten die de afgelopen vier weken minder zijn gaan roken, een lagere reductie- intentie hebben. Verder heeft nicotineafhankelijkheid een negatieve significante correlatie ($r = -.15$; $p < 0.05$) met de intentie minderen met roken: hoe meer de roker afhankelijk is van nicotine, hoe minder hij/zij de intentie heeft te gaan minderen met roken.

Voor de correlatie tussen intentie stoppen en intentie minderen geldt het volgende: hoe meer de intentie om te stoppen bestaat, des te meer de intentie te gaan reduceren ($r = .38$; $p < .05$). Dit is het eerste signaal dat afgeeft dat het overgaan tot minderen met roken heel sterk te maken kan hebben met het uiteindelijke doel stoppen met roken. Uit de resultaten blijkt verder een significant verschil te bestaan ($F(1, 2704) = 71.5$; $p < 0.05$) wat betreft intentie tussen mensen die in het verleden pogingen hebben ondernomen te minderen met roken ($M = 3.43$) en mensen die dat niet hebben gedaan ($M = 3.08$): rokers die in het verleden pogingen tot minderen hebben gedaan, hebben een hogere reductie- intentie. Aan de gemiddelden en de effectgrootte te zien, is er niet

alleen sprake van een significant verschil maar is het verschil ook best groot te noemen. Ook bleek er een significant verschil te bestaan ($F(1, 2712) = 15.3; p < .05$) tussen rokers die op dit moment geminderd zijn ($M = 3.04$) en rokers die niet geminderd zijn ($M = 3.31$): rokers die niet geminderd zijn hebben een hogere reductie-intentie.

De correlatie tussen de attitude en de intentie te minderen blijkt groot en significant te zijn ($r = .31; p < .05$): hoe positiever de attitude ten opzichte van minderen, hoe meer de intentie te gaan minderen met roken. Zelfeffectiviteit heeft ook een positieve significante correlatie met de intentie te minderen ($r = .14; p < 0.05$): rokers met een hogere zelfeffectiviteit hebben meer de intentie te minderen met roken. Het rookgedrag van studiegenoten en familieleden van de respondenten blijkt een significante correlatie te hebben met de intentie van de respondent te minderen met roken ($p < .05$). Bij beide is er sprake van een positieve correlatie: hoe meer niet-rokers de respondent in de studentengroep en familie heeft, hoe meer de respondent de intentie heeft te gaan minderen met roken. Er moet hierbij gezegd worden dat familieleden een hogere correlatie hebben met de intentie ($r = .14$) dan studiegenoten ($r = .09$). Voor het rookgedrag van de vader geldt het volgende: hoe meer sigaretten de vader per dag rookt, hoe minder de intentie van de respondent te minderen met roken ($r = -.06; p < .05$). Het rookgedrag van de moeder heeft eveneens een negatieve significante correlatie met de intentie van de respondent ($r = -.10; p < .05$). Hoewel beide een zwakke correlatie kennen, blijkt de moeder ($r = -.10$) toch een iets sterker verband te hebben met de intentie van de respondent dan de vader ($r = -.06$). Verder bleek dat rokers die laag scoren op de vraag of ze mensen uit de omgeving kennen die hun rookgedrag blijvend hebben verminderd, en in feite hiermee dus aangeven veel mensen te kennen die dat hebben gedaan, scoren hoog op de intentieschaal ($r = -.08; p < .05$). Dat wil het volgende zeggen: hoe meer mensen de respondent kent in de omgeving die zijn geminderd met roken, des te hoger de intentie van de respondent zelf te gaan minderen. Wat sociale steun betreft geldt dat hoe meer steun de roker krijgt bij het minderen, hoe meer hij/zij de intentie heeft te gaan minderen met roken ($r = .10; p < .05$).

Een positieve significante correlatie ($r = .14; p < .05$) bestaat tussen het maken van implementatieplannen enerzijds en de intentie te minderen anderzijds: rokers die meer implementatieplannen hebben, hebben ook meer de intentie te minderen met roken. Tenslotte blijkt barrières een negatieve correlatie te hebben met de intentie ($r = -.10; p < .05$): hoe meer barrières de roker heeft wat betreft minderen met roken, hoe minder hij/zij de intentie heeft daadwerkelijk te gaan minderen.

In tabel 8 zijn de resultaten van de ANOVA- analyses weergegeven tussen enerzijds de constructen en anderzijds de intentie te minderen met roken. Hierbij heeft de variabele “intentie te minderen” een schaalverdeling die loopt van 1 tot en met 5 (1= “*zeker niet* minderen in de toekomst” t/m 5= “*zeker wel* minderen in de toekomst”). Tabel 9 geeft de correlaties aan tussen de constructen en de reductie- intentie.

Tabel 8 : Resultaten ANOVA- analyses tussen de constructen en de intentie te minderen

Construct	N	Mean	Std. Deviation	p	F
Geslacht				.008	7.1
Man	787	3.19	1.12		
Vrouw	1924	3.32	1.06		
Stoppogingen verleden				.095	
Ja	1808	3.31	1.08		
Nee	901	3.23	1.08		
Minderpogingen verleden				.000	71.5
Ja	1564	3.43	1.06		
Nee	1142	3.08	1.06		
Geminderd op dit moment				.000	15.3
Ja	274	3.04	1.19		
Nee	2440	3.31	1.06		

Tabel 9 : Resultaten correlatie analyses tussen de constructen en de intentie te minderen

Construct	N	Pearson Correlation (r)	p
Leeftijd	2774	-.10	.000
Opleiding	2690	.07	.000
Hoe vaak roken (per maand)	2697	-.03	.081
Rookduur	2711	-.04	.030
Meer/ evenveel/ minder gerookt afgelopen 4 weken	2695	-.07	.000
Nicotineafhankelijkheid	2694	-.15	.000
Intentie stoppen	2681	.38	.000
Attitude	2558	.31	.000
Zelfeffectiviteit	2645	.14	.000
Rookgedrag vrienden	2702	.02	.357
Rookgedrag studiegenoten	1675	.09	.000
Rookgedrag familie	2660	.14	.000
Rookgedrag Vader	2697	-.06	.003

Rookgedrag Moeder	2693	-.10	.000
Rookgedrag Broer/zus1	2686	-.01	.470
Rookgedrag Broer/zus2	1602	-.03	.227
Geminderd Rookgedrag omgeving	2689	-.08	.000
Sociale Steun	2714	.10	.000
Implementatieplannen	2659	.14	.000
Barrières	2656	-.07	.000

4.5 Lineaire regressie analyse met de eindvariabelen en de intentie minderen met roken

Het is zeer interessant om te weten welke onafhankelijke variabelen goede voorspellers zijn van de afhankelijke variabele intentie- minderen. In tabel 10 staan de resultaten van de lineaire regressie analyse die is uitgevoerd om na te gaan welke variabelen een causaal verband hebben met de reductie- intentie.

In model 1 blijkt de variantie van de afhankelijke variabele intentie slechts 9% verklaard te worden door de onafhankelijke variabelen opgenomen in het model, in dit geval de demografische variabelen en variabelen die het rookgedrag van de respondent meten (tabel 10: model 1). In model 2 stijgt de verklaarde variantie naar 20% nadat de motivationele factoren in het model zijn toegevoegd (tabel 10: model 2). Als in het derde model de variabelen implementatieplannen, barrières en intentie stoppen worden opgenomen blijkt de variantie van de reductie- intentie zelfs 29% verklaard te worden door de onafhankelijke variabelen in het model (tabel 10: model 3). Verder is de F-waarde van dit laatste model significant ($p < .05$) en hoger ($F = 33.2$) dan model 1 ($F = 19.6$) en model 2 ($F = 25.0$). Binnen het model blijkt leeftijd een significante bijdrage te leveren aan de afhankelijke variabele intentie ($p < .05$). Daarnaast blijkt opleidingsniveau ($p < .05$); geminderd op dit moment ($p < .05$); minder pogingen in het verleden ($p < .05$); attitude ($p < .05$); rookgedrag vader ($p < .05$); rookgedrag moeder ($p < .05$) en intentie stoppen ($p < .05$) een lineair verband te hebben met de intentie minderen met roken. Van deze verschillende variabelen zijn vooral de intentie stoppen ($\beta = .33$), attitude ($\beta = .23$) en geminderd op dit moment ($\beta = .23$) de belangrijkste voorspellers voor de intentie te minderen met roken.

Tabel 10: Resultaten Lineaire Regressie analyse van de intentie minderen met roken

	<i>Model 1</i>		<i>Model 2</i>		<i>Model 3</i>	
	<i>Bèta</i>	<i>p</i>	<i>Bèta</i>	<i>p</i>	<i>Bèta</i>	<i>p</i>
Geslacht	.03	.187	.03	.193	.02	.520
Leeftijd	-.06	.028	-.07	.004	-.07	.002
Opleidingsniveau	.08	.002	.06	.017	.05	.032
Rookduur	-.04	.169	-.01	.743	.02	.473
Nicotineafhankelijkheid	-.16	.000	-.06	.020	-.02	.438
Geminderd op dit moment	.16	.000	.20	.000	.23	.000
Minderpogingen verleden	-.21	.000	-.17	.000	-.14	.000
Attitude			.31	.000	.23	.000
Zelfeffectiviteit			.08	.002	.04	.180
Rookgedrag studiegenoten			.04	.129	.02	.391
Rookgedrag familie			.06	.049	.03	.280
Rookgedrag Vader			-.06	.036	-.06	.024
Rookgedrag Moeder			-.05	.056	-.06	.020
Geminderd Rookgedrag omgeving			-.01	.792	-.003	.905
Sociale Steun			.06	.027	.03	.189
Implementatieplannen					.03	.212
Barrières					-.04	.176
Intentie stoppen					.33	.000
R	.30		.46		.55	
Adjusted R ²	.09		.20		.29	
F	19.6(df=7)	.000	25.0(df=15)	.000	33.2(df=18)	.000

4.6 Relaties tussen constructen en geminderd rookgedrag

Er bestaat een significant verschil ($F(1, 2740) = 57.3$; $p < .05$) tussen de groep die is geminderd met roken ($M = 1.17$) en de groep die niet is geminderd met roken ($M = 1.04$) wat betreft het aantal keer roken per maand/week/dag: de groep die is geminderd met roken rookt minder vaak dan de groep die niet is geminderd. Daarnaast blijkt de groep geminderde rokers ($M = 2.23$) minder afhankelijk te zijn van nicotine ($F(1, 2736) = 60.6$; $p < .05$) dan de groep die niet is gaan reduceren ($M = 3.16$).

In tabel 11 is de relatie te zien tussen “in het verleden gestopt met roken” en “nu geminderd met roken”. Er is te zien dat de groep die is geminderd met roken relatief vaker een stoppoging in het verleden heeft gedaan dan de groep die niet is geminderd ($\chi^2 = 16.8$; $p < .05$). Verder blijkt een significant verschil ($F(1, 2721) = 118.62$; $p < .05$) te bestaan tussen beide groepen wat betreft de intentie te gaan stoppen: de groep geminderde rokers ($M = 2.88$) heeft een hogere intentie te stoppen dan de niet-gereduceerde groep ($M = 2.36$). Tabel 12 laat de relatie zien tussen de “in het verleden genomen minderpogingen” en “nu geminderd met roken”: de geminderde groep rokers heeft in het verleden relatief vaker een minderpoging gedaan dan de groep die niet is gereduceerd ($\chi^2 = 95.2$; $p < .05$).

Wat betreft de attitude verschillen de beide groepen ook significant van elkaar ($F(1, 2598) = 44.9$; $p < .05$): de geminderde groep rokers ($M = 3.55$) heeft een positievere attitude ten opzichte van minderen met roken dan de groep die niet is gereduceerd ($M = 3.26$). Verder zit er tussen beide groepen een significant verschil wat betreft zelfeffectiviteit ($F(1, 2685) = 133.4$; $p < .05$). De groep geminderde rokers ($M = 2.32$) blijkt een hogere zelfeffectiviteit te hebben dan de niet-geminderde groep rokers ($M = 1.85$). Daarnaast is gebleken dat de geminderde rokers ($M = 2.17$) meer niet-rokers in de vriendengroep kennen ($F(1, 2745) = 5.5$; $p < .05$) dan de niet-geminderde groep rokers ($M = 2.01$). Tussen de beide groepen blijkt verder een significant verschil te bestaan wat betreft het rookgedrag van broer/zus 1 ($F(1, 2729) = 6.1$; $p < .05$): de broer/zus van de geminderde rokers ($M = 1.94$) rookt minder sigaretten per dag dan de broer/zus van de niet-geminderde rokers ($M = 2.32$). De resultaten laten verder zien dat de geminderde rokers ($M = 3.62$) meer mensen in de omgeving kennen die hun rookgedrag blijvend hebben gereduceerd ($F(1, 2731) = 29.4$; $p < .05$) dan de niet-geminderde rokers ($M = 3.92$). Een niet verwacht resultaat uit de analyses is het volgende: de groep geminderde rokers ($M = 3.16$) krijgt minder sociale steun bij het minderen van roken ($F(1, 2757) = 10.7$; $p < .05$) dan de groep die niet is gereduceerd ($M = 3.31$).

Als laatste lijkt er een significant verschil te bestaan tussen de beide groepen wat betreft “barrières” ($F(1, 2696) = 145.6; p < .05$): de groep geminderde rokers ($M = 2.72$) loopt in mindere mate tegen barrières aan dan de groep die niet is geminderd ($M = 3.46$). In tabel 13 zijn de resultaten te vinden van de uitgevoerde ANOVA-analyses wat betreft geminderd met roken en niet- geminderd met roken.

Tabel 11: Relatie tussen stoppogingen in het verleden en nu geminderd met roken

Nu geminderd roken	Verleden gestopt met roken		
	Ja	Nee	Totaal
Ja	7.8%	2.3%	10.1% (N = 278)
Nee	58.9%	31.0%	89.8% (N= 2476)
Totaal	66.7% (N = 1837)	33.3% (N = 917)	N = 2754 (100%)

Pearson $\chi^2 = 16.8; p < .05$

Tabel 12: Relatie tussen minderpogingen in het verleden en nu geminderd met roken

Nu geminderd roken	Verleden geminderd met roken		
	Ja	Nee	Totaal
Ja	8.6%	1.5%	10.1% (N = 278)
Nee	49.2%	40.7%	89.9% (N= 2472)
Totaal	57.9% (N = 1591)	42.1% (N = 1159)	N = 2750 (100%)

Pearson $\chi^2 = 95.2; p < .05$

Tabel 13 : Resultaten ANOVA- analyses wat betreft geminderde rokers en niet geminderde rokers

Construct	Mean (Std. Dev)		p	F
	Geminderd roken (N = 278)	Niet geminderd roken (N= 2476)		
Leeftijd	2.03 (.99)	2.09 (1.02)	.378	
Opleiding	1.34 (.57)	1.35 (.58)	.725	
Hoe vaak roken (per maand)	1.17 (.50)	1.04 (.23)	.000	57.3
Rookduur	3.89 (.41)	3.93 (.35)	.092	

Nicotineafhankelijkheid	2.23 (1.91)	3.16 (1.88)	.000	60.6
Intentie stoppen	2.88 (.91)	2.36 (.73)	.000	118.6
Attitude	3.55 (.63)	3.26 (.67)	.000	44.9
Zelfeffectiviteit	2.32 (.77)	1.85 (.62)	.000	133.4
Rookgedrag vrienden	2.17 (1.16)	2.01 (1.09)	.020	5.5
Rookgedrag studiegenoten	2.55 (1.31)	2.62 (1.35)	.552	
Rookgedrag familie	3.22 (1.41)	3.12 (1.42)	.299	
Rookgedrag vader	2.47 (2.92)	2.57 (2.39)	.503	
Rookgedrag moeder	2.43 (2.30)	2.64 (2.40)	.163	
Rookgedrag broer/zus1	1.94 (2.28)	2.32 (2.44)	.014	6.1
Rookgedragbroer/zus2	1.98 (2.29)	2.01 (2.47)	.854	
Geminderd rookgedrag omgeving	3.62 (.93)	3.92 (.89)	.000	29.4
Sociale Steun	3.16 (.82)	3.31 (.71)	.001	10.7
Implementatieplannen	3.07 (.85)	3.14 (.89)	.245	
Barrières	2.72 (.98)	3.46 (.95)	.000	145.6

4.7 Logistische regressie analyse met de eindvariabelen en geminderd rookgedrag

Om te voorspellen welke van de onafhankelijke variabelen nu goede voorspellers zijn van de afhankelijke categorische variabele geminderd roken (vs niet- geminderd roken) is er een logistische regressie analyse uitgevoerd. De resultaten van de analyse staan in tabel 14.

In model 1 wordt de variantie van geminderd rookgedrag 14% verklaard door de vier onafhankelijke variabelen opgenomen in het model: stoppogingen en minderpogingen in het verleden, hoe vaak roken (per maand) en nicotineafhankelijkheid. In model 2 blijkt de afhankelijke variabele nog beter verklaard te worden (Nagelkerke $R^2 = .22$) nadat de motivationele factoren attitude, zelfeffectiviteit en (deelconstructen van) sociale invloed in het model zijn toegevoegd. Wanneer de variabelen “barrières” en “intentie stoppen” in het model worden toegevoegd, blijkt de variantie van geminderd rookgedrag 26% te worden verklaard door de onafhankelijke variabelen in het model. Verder heeft het derde model een hoge chi- kwadraat ($\chi^2 = 307.76$) en is significant ($p < .05$). Binnen het model blijkt “minderpogingen in het verleden” ($p < .05$) en “hoe vaak roken (per maand)” ($p < .05$) een significante bijdrage te leveren aan de afhankelijke variabele “geminderd rookgedrag”. Daarnaast

blijken de attitude ($p < .05$); zelfeffectiviteit ($p < .05$); geminderd rookgedrag in de omgeving (modeling) ($p < .05$); sociale steun ($p < .05$), barrières ($p < .05$) en intentie stoppen ($p < .05$) significante voorspellers te zijn van geminderd rookgedrag. Vooral de minderpogingen in het verleden hebben een grote invloed ($\text{Exp}(B) = 5.44$) op de afhankelijke variabele: de kans op geminderd rookgedrag is 5.44 x zo groter bij mensen die in het verleden zijn geminderd dan mensen die niet zijn geminderd in het verleden.

Tabel 14: Resultaten Logistische regressie analyse van geminderd rookgedrag

	Model 1			Model 2			Model 3		
	Exp(B)	95%BI	p	Exp(B)	95%BI	p	Exp(B)	95%BI	p
Verleden gestopt met roken	1.17	.82 - 1.68	.384	1.21	.83 – 1.76	.327	1.16	.79 – 1.70	.464
Verleden geminderd met roken	5.35	3.55 - 8.05	.000	5.79	3.75 – 8.96	.000	5.44	3.51 – 8.42	.000
Hoe vaak roken (per maand)	.38	.26 - .54	.000	.54	.36 - .82	.004	.55	.36 - .85	.006
Nicotineafhankelijkheid	1.27	1.17 - 1.37	.000	1.10	1.01 – 1.20	.035	1.02	.93 – 1.12	.669
Attitude				.67	.52 - .86	.001	.75	.58 - .96	.024
Zelfeffectiviteit				.42	.33 - .53	.000	.62	.48 - .80	.000
Rookgedrag vrienden				.97	.85 – 1.11	.629	.99	.86 – 1.13	.869
Rookgedrag broer/zus1				1.04	.98 – 1.11	.220	1.03	.97 – 1.10	.314
Geminderd rookgedrag omgeving (modeling)				1.27	1.08 – 1.50	.005	1.24	1.04 – 1.46	.014
Sociale steun				1.26	1.04 – 1.53	.021	1.25	1.02 – 1.53	.032
Barrières							1.69	1.41 – 2.04	.000
Intentie stoppen							.62	.51 - .76	.000
Nagelkerke R ²	.14			.22			.26		
χ^2	162.63(df=4)	.000		254.92(df=10)	.000		307.76(df=12)	.000	

5. Conclusie en discussie

In dit hoofdstuk zal er antwoord worden gegeven op de verschillende deelvragen en de hoofdvraag. Aan de hand hiervan wordt het duidelijk welke gedragsdeterminanten leiden tot de intentie minderen met roken bij jongvolwassenen. Daarnaast zullen de gedragsdeterminanten besproken worden wat betreft geminderd rookgedrag. Tevens zullen de resultaten worden bediscussieerd gedurende de conclusies. Het zal duidelijk worden welke uitkomsten in lijn zijn met de verwachting en welke hiervan afwijkt en wat de verklaring hiervoor is. Als afsluiting van dit hoofdstuk zullen er een aantal aanbevelingen worden gegeven.

5.1 Demografische factoren en motivationele factoren

In deze paragraaf wordt de volgende deelvraag beantwoord: “In hoeverre zijn de demografische factoren (leeftijd, geslacht, opleiding, woonsituatie) van invloed op de motivationele factoren?”.

Uit het onderzoek is gebleken dat vooral het geslacht een belangrijke rol speelt bij de motivationele factoren attitude en zelfeffectiviteit. Vrouwen zijn veel positiever over minderen met roken dan mannen. Maar op het gebied van zelfeffectiviteit blijken mannen hoger te scoren dan vrouwen. Dat laatste betekent dat mannen zich meer staat voelen om consistent te gaan minderen met roken dan vrouwen. Ook bestaat er een significant verschil tussen mannen en vrouwen wat betreft het krijgen van sociale steun. Vrouwen krijgen vanuit de omgeving meer sociale steun van onder andere vrienden en familie bij het verminderen van het rookgedrag dan mannen. Naast geslacht blijkt leeftijd een rol te spelen bij het verkrijgen van sociale steun. Rokers die ouder zijn, krijgen minder sociale steun vanuit de omgeving dan rokers die jong zijn. De demografische variabele “opleidingsniveau” blijkt alleen invloed te hebben op de zelfeffectiviteit van de roker. Rokers die hoger opgeleid zijn, hebben ook een hogere zelfeffectiviteit wat betreft minderen met roken.

Zoals eerder vermeld is op aanbeveling van het onderzoek van Gosselt (2007) het construct woonsituatie toegevoegd in het onderzoeksmodel en de vragenlijst. Het doel was om te onderzoeken of er een relatie bestond tussen de woonsituatie van de jongvolwassenen en de mate van sociale invloed van het gezin en studiegenoten/vrienden. Uit het onderzoek is gebleken dat er geen interactie bestaat tussen de beide variabelen. Of de rokers nog thuis wonen of in een studentenhuis maakt voor het krijgen van sociale steun van vader/moeder en studiegenoten/vrienden niks uit (zie bijlage 3).

5.2 Huidige rookgedrag en motivationele factoren

In deze paragraaf zal er antwoord worden gegeven op de deelvraag: “In hoeverre is het huidige rookgedrag van de jongvolwassenen van invloed op de motivationele factoren?”.

Hoe het rookgedrag van de jongvolwassenen op dit moment is, blijkt invloed te hebben op de attitude en zelfeffectiviteit van de rokers ten opzichte van minderen met roken. Jongvolwassenen die minder vaak roken per dag/week/maand hebben een positievere attitude en een hogere zelfeffectiviteit ten aanzien van geminderd rookgedrag. Hoe lang iemand rookt, speelt ook een rol bij de attitude en zelfeffectiviteit. Mensen die langer roken, hebben een negatievere attitude en een lagere zelfeffectiviteit ten opzichte van minderen met roken. Daarnaast heeft de rookhoeveelheid en de mate van nicotineafhankelijkheid een invloed op de attitude en zelfeffectiviteit van de jongvolwassenen. Hoe meer sigaretten de roker gemiddeld per dag rookt, hoe negatiever de attitude en lager de zelfeffectiviteit. Voor het construct nicotineafhankelijkheid geldt hetzelfde: hoe afhankelijker de rokers zijn van nicotine, hoe lager de zelfeffectiviteit en negatiever de attitude wat betreft minderen met roken.

Al deze uitkomsten zijn in overeenstemming met de veronderstellingen uit het onderzoeksmodel. Zo is onder andere bewezen dat hoe meer en langer iemand rookt, hoe kleiner de inschatting van de eigen mogelijkheden om het gedrag “minderen met roken” succesvol te kunnen vertonen. Nog een veronderstelling dat is bewezen uit het onderzoek is dat hoe meer de roker afhankelijk is van nicotine, hoe moeilijker het wordt om de consequenties van minderen met roken als positief te bestempelen.

5.3 Implementatieplannen, barrières en intentie

In deze paragraaf zullen de volgende deelvragen worden beantwoord: “In welke mate spelen bij minderen met roken de implementatieplannen een rol om de intentie te realiseren in het specifieke gedrag?” en “In welke mate spelen bij minderen met roken de barrières een rol om de intentie te realiseren in het specifieke gedrag?”.

Uit het onderzoek is gebleken dat het maken van implementatieplannen een belangrijke rol speelt bij de intentie te gaan minderen met roken. Er kan geconcludeerd worden dat rokers met meer implementatieplannen meer de intentie hebben te minderen met roken. Op het gebied van “barrières” is gebleken dat hoe meer de roker situaties toekent als “moeilijk”, een barrière, hoe minder hij/zij de intentie heeft daadwerkelijk te gaan minderen. Hieruit kan geconcludeerd worden dat barrières eveneens een rol spelen bij de intentie van jongvolwassenen om te gaan minderen met roken.

Bij deze uitkomsten moet er een kritische noot geplaatst worden. Deze conclusies zijn namelijk gebaseerd op de analyses tussen enerzijds implementatieplannen/ barrières en anderzijds de intentie. De conclusies zeggen dus iets over de invloed van de twee factoren op de intentie. Dit terwijl de literatuur en het onderzoeksmodel veronderstellen dat de twee factoren de *overgang* van intentie tot gedrag beïnvloeden. Dit laatste was helaas niet mogelijk gezien het type onderzoek, een eenmalige online- vragenlijst. Nu is het de vraag in hoeverre de resultaten en conclusies wat betreft de twee factoren zouden gelden bij de overgang van de intentie tot het gedrag.

5.4 Attitude, zelfeffectiviteit, sociale invloed en intentie

Achtereenvolgens zullen in deze paragraaf de antwoorden worden gegeven op de volgende deelvragen:

“In hoeverre liggen de attitudes ten grondslag aan de intentie van jongvolwassenen hun rookgedrag te reduceren”; “In welke mate is de zelfeffectiviteit van invloed op de intentie van jongvolwassenen hun rookgedrag te reduceren?” en “In welke mate speelt sociale invloed een rol op de intentie van jongvolwassenen hun rookgedrag te reduceren?”.

De attitude ten opzichte van minderen met roken blijkt een grote rol te spelen bij de intentie. Uit het onderzoek is gebleken dat hoe positiever de attitude, hoe hoger de intentie van de roker om te minderen met roken. Dit is in overeenstemming met de theorie en het onderzoeksmodel die stelde dat wanneer men wil dat rokers gemotiveerd worden om te gaan minderen met roken, men de attitudes tegenover minderen met roken positief moet beïnvloeden.

Zelfeffectiviteit speelt eveneens een rol bij de reductie- intentie. De resultaten hebben laten zien dat rokers die een hogere zelfeffectiviteit hebben tevens een hogere intentie hebben te minderen met roken. De resultaten zijn in overeenstemming met de literatuur en het onderzoeksmodel die stelt dat de intentie tot gedrag groter is als de roker meer vertrouwen heeft in zijn kunnen.

De variabele sociale invloed is in het onderzoek verdeeld over een aantal constructen. Niet alle constructen blijken een invloed te hebben op de intentie. Wel blijkt het rookgedrag van studiegenoten en familieleden een rol te spelen. Jongvolwassenen die meer niet-rokers in de studentengroep en/of familie hebben, blijken ook meer de intentie te hebben tot het reduceren van het rookgedrag. Wel speelt hierbij het rookgedrag van de familie een grotere invloed op de intentie dan het rookgedrag van de studiegenoten. Daarnaast leveren het rookgedrag van vader en moeder een bijdrage aan de intentie van de jongvolwassen te minderen met roken. Hoe meer sigaretten de vader rookt per dag, hoe lager de intentie van de jongvolwassene om te minderen. Ditzelfde

geldt ook voor de moeder: hoe meer moeder rookt, hoe lager de intentie te gaan minderen. Het rookgedrag van de moeder blijkt hier een iets sterkere invloed te hebben op de intentie dan het rookgedrag van de vader. Verder blijkt dat modeling een belangrijke rol speelt bij de reductie- intentie. Jongvolwassenen die veel mensen uit de omgeving kennen die blijvend zijn geminderd, hebben meer de intentie zelf te gaan minderen . Het laatste deelconstruct van sociale invloed, sociale steun, blijkt eveneens invloed te hebben op de intentie: hoe meer steun de roker krijgt bij het verminderen van het rookgedrag, hoe meer hij/zij de intentie heeft dit daadwerkelijk te doen. Ook deze laatste uitkomsten van het onderzoek bevestigen de theorie over de rol van modeling en sociale steun bij de intentie te minderen met roken.

5.5 De rol van gedragsdeterminanten bij de intentie te minderen

In deze paragraaf wordt er antwoord gegeven op de hoofdvraag van het onderzoek. De hoofdvraag is als volgt: “Welke gedragsdeterminanten leiden bij jongvolwassenen tot de intentie te gaan minderen met roken?”.

Zoals uit de antwoorden van de deelvragen is gebleken spelen de attitude, zelfeffectiviteit, implementatieplannen en barrières een belangrijke rol bij de intentie van de jongvolwassenen hun rookgedrag te reduceren. Ook een aantal deelconstructen van de variabele sociale invloed spelen een rol, zoals sociale steun, modeling, het rookgedrag van studiegenoten, familie en de ouders van de roker. Naast deze variabelen spelen ook de demografische variabelen een rol bij de intentie. Wat betreft het geslacht geldt dat vrouwen een hogere intentie hebben te minderen met roken dan mannen. Ook leeftijd speelt een rol: hoe ouder de roker is, hoe lager de intentie te minderen. Tenslotte speelt de demografische variabele opleiding een rol bij de intentie. Uit het onderzoek is gebleken dat rokers die hoger opgeleid zijn een hogere intentie hebben te minderen met roken. Het huidige rookgedrag van de respondent, verdeelt over een aantal constructen, blijkt eveneens een rol te hebben bij de reductie- intentie. Zo heeft de rookduur en nicotineafhankelijkheid een negatieve correlatie met de intentie. Het eerste betekent dat hoe langer iemand rookt, hoe lager de intentie te minderen. Het tweede betekent dat hoe afhankelijker de roker is van nicotine, hoe minder hij/zij de intentie heeft te minderen met roken. Een opvallend resultaat wat betreft het rookgedrag is het volgende: respondenten die de afgelopen vier weken minder zijn gaan roken, blijken een lagere reductie- intentie te hebben in de toekomst dan respondenten die evenveel zijn blijven roken of juist meer zijn gaan roken. Dit laatste wordt bevestigd door het gevonden significante verschil wat betreft reductie- intentie tussen rokers die op dit geminderd zijn en rokers die niet geminderd zijn: rokers die niet geminderd zijn, hebben een hogere reductie-intentie. Een verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat rokers die al geminderd zijn, niet verder willen (blijven) minderen in te toekomst maar willen stoppen met roken vandaar ook

dat ze een lagere reductie-intentie tonen. Minderen met roken wordt hier dus gezien als een stap naar stoppen met roken en geen doel op zich. Dit laatste verklaart ook waarom niet-geminderde rokers een hogere reductie-intentie hebben dan geminderde rokers. Verder blijkt uit het onderzoek dat rokers die in het verleden pogingen gedaan hebben tot minderen een hogere reductie-intentie hebben. Een hele belangrijke rol bij de reductie-intentie blijkt de intentie tot stoppen te zijn. De resultaten hebben laten zien dat hoe groter de intentie om te stoppen met roken is, hoe groter de intentie te gaan reduceren. Ook dit laatste is geeft een signaal af dat het overgaan tot minderen met roken heel sterk te maken kan hebben met het uiteindelijke doel stoppen met roken.

Verder is in het onderzoek onderzocht welke van deze eindvariabelen, die een significant verband tonen met de intentie, goede voorspellers zijn van de reductie- intentie. Er blijkt een causaal verband te bestaan tussen leeftijd en de intentie. De tweede demografische variabele die een causaal verband toont, is de opleiding. Er kan dus gezegd worden dat leeftijd en opleiding een significante invloed hebben op de intentie waarbij geldt dat rokers die jonger zijn en hoger opgeleid, een grotere intentie hebben tot minderen met roken. Daarnaast heeft de motivationele factor attitude een belangrijke invloed op de intentie. Wat sociale invloed betreft, blijkt er slechts een lineair verband te bestaan tussen enerzijds het rookgedrag van vader en moeder en anderzijds de reductie-intentie. Rokers waarvan de ouders meer roken, hebben een lagere reductie- intentie. Verder is het aantal minderpogingen in het verleden een goede significante voorspeller van de intentie. Tenslotte hebben de constructen “geminderd op dit moment” en “intentie stoppen” beiden een sterk causaal verband met de intentie minderen met roken.

5.6 De rol van gedragsdeterminanten bij geminderd rookgedrag

Nadat de gedragsdeterminanten ten aanzien van reductie- intentie in kaart zijn gebracht en hiermee ook de hoofdvraag is beantwoord, was het toch interessant om te onderzoeken in hoeverre de gedragsdeterminanten een rol spelen bij daadwerkelijk geminderd rookgedrag. De resultaten hebben aangetoond dat er een significant verschil bestaat tussen de geminderde groep rokers en de niet- geminderde groep wat betreft nicotineafhankelijkheid en het aantal keer roken per maand/week/dag. De geminderde groep is minder afhankelijk van nicotine en rookt minder keren per maand/week/dag. Verder blijkt de geminderde groep rokers vaker in het verleden minderpogingen én stoppogingen te hebben gedaan. Ook heeft de geminderde groep een hogere intentie te gaan stoppen met roken dan de niet- geminderde groep. De motivationele factoren attitude en zelfeffectiviteit spelen eveneens een belangrijke rol bij geminderd rookgedrag. Uit het onderzoek blijkt dat de groep geminderde rokers een positievere attitude en hogere zelfeffectiviteit heeft ten aanzien van minderen met

roken. Sociale steun en modeling, deelconstructen van de motivationele factor sociale invloed, spelen ook een rol bij geminderd rookgedrag. Opvallend hierbij is dat de geminderde rokers minder sociale steun krijgen dan de niet- geminderde rokers. Een verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat de omgeving van de roker gericht is op stoppen met roken waardoor de geminderde rokers niet meer sociale steun krijgen wat betreft het minderen maar sociale steun wat betreft het stoppen met roken. Verder blijkt er een significant verschil te bestaan tussen de groep geminderde rokers en niet- geminderde rokers wat betreft het rookgedrag van vrienden en broer/zus 1. De geminderde rokers hebben meer niet-rokers in de vriendengroep zitten én de broer/zus van de geminderde roker rookt minder sigaretten per dag. Tenslotte speelt de variabele “barrières” een erg belangrijke rol bij verminderd rookgedrag: niet- geminderde rokers lopen veel meer tegen barrières aan dan de geminderde rokers.

Op deze eindvariabelen waarvan is gebleken dat ze een rol spelen bij verminderd rookgedrag is een diepere analyse uitgevoerd om na te gaan in hoeverre deze variabelen significante voorspellers zijn van geminderd rookgedrag. Er is gebleken dat “minderpogingen in het verleden” een belangrijke voorspeller is van de afhankelijke variabele: hoe vaker een minderpoging in het verleden, hoe groter de kans op daadwerkelijk geminderd rookgedrag. Daarnaast is het van belang “hoe vaak (per maand/ week/ dag)” iemand rookt. De motivationele factoren attitude en zelfeffectiviteit zijn eveneens significante voorspellers van geminderd rookgedrag. Wat betreft de motivationele factor sociale invloed, blijken slechts de deelconstructen sociale steun en modeling significante voorspellers te zijn. Tenslotte is gebleken dat geminderd rookgedrag significant te voorspellen is door barrières en de intentie stoppen: geminderde rokers lopen minder tegen barrières aan en hebben een hogere intentie te stoppen met roken dan niet- geminderde rokers.

5.7 Aanbevelingen voor toekomstige interventies

Uit het onderzoek is naar voren gekomen dat de demografische variabelen leeftijd en opleiding significante voorspellers zijn van de intentie minderen met roken. Daarom is het aan de ene kant goed om bij het ontwerpen van interventies op dit gebied aandacht te besteden aan deze variabelen. Maar aan de andere kant moet er niet te veel gefocust worden op deze variabelen aangezien is gebleken dat er slechts sprake is van kleine significante invloeden. Beter is om wat te doen aan de attitude van rokers ten opzichte van gereduceerd roken. Via interventies zouden deze attitudes tegenover minderen met roken positief beïnvloedt moeten worden aangezien is gebleken dat positievere attitudes leiden tot een hogere reductie-intentie. Verder blijkt dat de jongvolwassenen zich laten beïnvloeden door het rookgedrag van hun vader en moeder. Maar ook hier kan men spreken van

zwakke significante voorspellers op de intentie. Wederom wordt het advies gegeven om bij interventies hier eventueel aandacht aan te besteden maar niet te veel.

Opvallend is dat een aantal gedragsdeterminanten die niet- significant bleken bij de reductie- intentie wel als significante voorspellers naar voren kwamen bij daadwerkelijk geminderd rookgedrag. Zo bleken zelfeffectiviteit, modeling, sociale steun en “barrières” significante voorspellers te zijn van geminderd rookgedrag. Aangezien tussen de reductie- intentie en geminderd rookgedrag een groot gat kan zitten en het doel toch is om het rookgedrag te verminderen, wordt er aanbevolen om deze determinanten mee te nemen in interventies ondanks dat ze bij de intentie niet naar voren komen als significant. Zo is het goed om in een interventie aandacht te besteden aan de moeilijkheden, barrières, die de roker zal tegenkomen op weg naar het gedragsdoel: geminderd roken.

Een sterke significante voorspeller op zowel de reductie-intentie als daadwerkelijk geminderd rookgedrag bleek de intentie te zijn om te gaan stoppen met roken. Er is gebleken dat een hogere “stop- intentie” leidt tot een hogere reductie- intentie. Daarnaast heeft de groep geminderde rokers een hogere intentie te stoppen dan de niet- gereduceerde groep. Er kan niet ontkend worden dat deze twee variabelen met elkaar verbonden zijn. Sterker nog: het overgaan tot minderen met roken kan een stap zijn tot stoppen met roken en geen enkele doel op zich. Een aanbeveling die alvast gegeven kan worden is om bij het ontwikkelen van interventies ook rekening te houden met de stopintentie en hier aandacht aan te besteden bij het stimuleren van geminderd roken.

5.8 Algemene conclusies onderzoek en aanbevelingen voor vervolgonderzoek

De betrouwbaarheid van het onderzoek is goed te noemen. Er is gebruik gemaakt van een online- vragenlijst die is verspreid over het internet. Dit is een groot voordeel aangezien de verschillende respondenten zo geen kans hebben om te overleggen met als gevolg dat de verkregen resultaten betrouwbaarder zijn. Het grote aantal respondenten in het onderzoek vergroot ook de betrouwbaarheid. De invloed van niet serieus/ niet eerlijk ingevulde vragenlijsten op de resultaten wordt hiermee zo klein mogelijk. Verder bleek de Cronbach's alpha van de verschillende constructen is in de vragenlijst erg hoog te zijn wat een goede betrouwbaarheid van de constructen aangeeft.

Wat betreft de vragenlijst is het jammer dat er geen aandacht is besteed aan het derde element van sociale invloed: de sociale norm. Sociale norm heeft betrekking op de normen die men bij andere mensen ten aanzien van geminderd rookgedrag waarneemt. Het zou zeer interessant zijn om ook de invloed van dit element te onderzoeken op de reductie- intentie van de jongvolwassenen. Daarnaast is het jammer dat in de vragenlijst

niet meer aandacht is besteed aan stoppen met roken. Nu is er slechts gevraagd naar het aantal stoppogingen van de roker en de intentie te gaan stoppen in de toekomst. Aangezien reductie-intentie en “stopintentie” een significant verband met elkaar blijken te hebben, zou het interessant zijn te onderzoeken wat de attitude en/of zelfeffectiviteit van de jongvolwassenen is ten opzichte van stoppen met roken en deze te vergelijken met die van minderen met roken. Ook zouden hierdoor opvallende resultaten uit het onderzoek verklaard kunnen worden, zoals waarom geminderde rokers minder sociale steun krijgen bij reducerend rookgedrag dan niet-geminderde rokers. Een hypothese die helaas niet bevestigd kan worden in dit onderzoek is dat geminderde rokers meer sociale steun krijgen wat betreft stoppen met roken: het “sociale steun minderen” wordt dus vervangen door het “sociale steun stoppen”

Voor een vervolgonderzoek zou het verstandig zijn om de vragenlijst op verschillende punten aan te passen. Ten eerste zouden meerkeuze vragen zoveel mogelijk vermeden moeten worden, vooral op het gebied van een belangrijk construct als sociale invloed. Hierdoor is het makkelijker om een algemene conclusie trekken wat betreft de invloed hiervan op de intentie. Daarnaast is aan te raden om in de vragenlijst een vraag op te nemen die het derde element van sociale invloed meet, namelijk de sociale norm. Zo kan ook hiervan de invloed worden gemeten op de reductie- intentie. Aangezien uit het onderzoek is gebleken dat er een sterk verband bestaat tussen aan de ene kant “intentie- stoppen” en aan de andere kant de reductie-intentie én geminderd rookgedrag, is het interessant om in eventueel vervolgonderzoek deze variabelen nader te onderzoeken. Zo zouden de verschillende gedragsdeterminanten wat betreft “minderen” en “stoppen” vergeleken kunnen worden met elkaar en met zekerheid vastgesteld kunnen worden in hoeverre minderen met roken een stap is naar stoppen met roken. Verder zou in een vervolgonderzoek het onderzoeksmodel uitgebreid moeten worden met de variabele “intentie- stoppen”. De resultaten van het onderzoek laten zien dat dit een belangrijke significante voorspeller is van de reductie- intentie.

Literatuurlijst

- Ajzen, I. & Fishbein M. (1980). *Understanding Attitudes and Predicting Social Behaviour*. Englewood Clifss. NJ: Prentice-Hall.
- Ajzen, I. (1988). *Attitudes, Personality, and Behaviour*. Chicago: Dorsey Press.
- Ajzen, I (1991). "The Theory of Planned Behaviour." *Journal Organisational Behaviour and Human Decision Processes*, 50: 179-211.
- Ajzen, I. & Madden, T.J. (1986). Prediction of goal-directed behavior: Attitudes, intentions, and perceived behavioral control. *Journal of Experimental Social Psychology*, 22, 453-474.
- Asher, M.K., Martin, R.A., Rohsenow, D.J., MacKinnon, S.V., Traficante, R., Monti, P.M. (2003). Perceived barriers to quitting smoking among alcohol dependent patients in treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 24, 169– 174
- Ausems, M., Mesters, I., van Breukelen, G., & de Vries, H. (2002). Short-term effects of a randomized computer-based out-ofschool smoking prevention trial aimed at elementary schoolchildren. *Preventive Medicine*, 34, 581–589.
- Bandura A. 1986. *Social foundations of thought and action*. Englewood Cliffs, N.J: Prentice Hall.
- Becker & Janz (1984). "Health Belief Model". *Health Education Quarterly*, 11: 1-47.
- Bolman, C., & de Vries, H. (1998). Psycho-social determinants and motivational phases in smoking behavior of cardiac inpatients. *Preventive Medicine*, 27, 738–747.

- Brody, N., Ehrlichman, H. (1998). *Personality Psychology: The Science of Individuality*. New Jersey: Prentice Hall.
- De Vries H, Backbier E, Kok G, Dijkstra M (1995). The impact of social influences in the context of attitude, self-efficacy, intention, and previous behavior as predictors of smoking onset. *J Appl Soc Psychol* 25, 237–257.
- De Vries H, Mudde AN (1998). Predicting stage transitions for smoking cessation applying the attitude–social influence–efficacy model. *Psychol Health* 13, 369–385.
- De Vries, H., Mudde, A., Leijds, I., Charlton, A., Vartiainen, E., Buijs, G., et al. (2003b) The European Smoking Prevention Framework Approach (EFSA): an example of integral prevention. *Health Education Research*, 18, 611–626.
- De Vries H, Lezwijn J, Hol M, Van der Steeg M (2005a). Skin cancer prevention: behaviour and motives of dutch adolescents. *Eur J Cancer Prev* 14, 39–50.
- De Vries H, Mesters I, Van der Steeg H, Honing C (2005b). The general public's information needs and perceptions regarding hereditary cancer: an application of the integrated change model. *Patient Educ Counsell* 56, 154–165.
- Doll, R., & Peto, P. (1978). Cigarette smoking and bronchial carcinoma: dose and time relationships among regular smokers and lifelong nonsmokers. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 32, 303–313.
- Fagerström, K.O. & Schneider, N. (1989). Measuring nicotine dependence: A review of the Fragerström Tolerance Questionnaire. *Journal of Behavioral Medicine*, 12, 82 – 159
- Godtfredsen, N.S., Holst, C., Prescott, E. et al. (2005). Smoking reduction, smoking cessation, and mortality : a 16-year follow-up of 19,732 men and women from the Copenhagen Centre for Prospective Population Studies. *American Journal of Epidemiology*, 156, 994-1001.

Gollwitzer, P. M. (1999). Implementation intentions. Strong effects of simple plans. *American Psychologist*, 54, 493–503.

Gosselt, D. (2007). *Minder jij? Een onderzoek naar de gedragsdeterminanten van minderen met roken bij jongvolwassenen 2007*.

Henningfield, J.E. (1997). Alternative strategies for reducing tobacco-related death and disease; reducing exposure to cigarette smoke. Selected highlights from the Third Annual Meeting of the Society for Research on Nicotine and Tobacco, Nashville. *Inpharma Weekly*, 2.

Hilberink, S. R., Jacobs, J. E., Schloesser, M., Grol, R. P. T. M., & de Vries, H. (in press). Characteristics of patients with COPD in three motivational stages related to smoking cessation. *Patient Education and Counseling*.

Kristeller, J. L. (1994). Treatment of hard-core, high-risk smokers using FDA approved pharmaceutical agents: An oral health team perspective. *Health Values*, 18, 25– 32.

Macnee, C. L., & Talsma, A. (1995). Development and testing of the barriers to cessation scale. *Nursing Research*, 44, 214– 219.

Milne, S., Orbell, S., & Sheeran, P. (2002). Combining motivational and volitional interventions to promote exercise participation: Protection motivation theory and implementation intentions. *British Journal of Health Psychology*, 7, 163–184.

Mudde, A.N., De Vries, H. (1998). Het ASE- model en het voorspellen van motivatie-randering bij stoppen met roken. *Gedrag & Gezondheid*, 26, 121- 134.

Poss, J.E. (2001). Developing a New Model for Cross-Cultural Research: Synthesizing the Health Belief Model and the Theory of Reasoned Action. *Volume 23, 4*, 1-15

- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 19, 275–288.
- Rennard, S.I., Daughton, D., Fujita, L., et al. (1990). Short-term smoking reduction is associated with reduction in measures of lower respiratory tract inflammation in heavy smokers. *European Respiratory Journal*, 3, 752-759.
- Sorensen, G., Goldberg, R., Ockene, J., Klar, J., Tannenbaum, T., & Lemeshow, S. (1992). Heavy smoking among a sample of employed women. *American Journal of Preventive Medicine*, 8, 207– 214.
- Stivoro. (2007). Minderen: alternatief voor stoppen met roken 2007.
- Tverdal, A., & Bjartveit, K. (2006). Health consequences of reduced daily cigarette consumption. *Tobacco Control*, 15, 472-480.
- Verplanken, B., & Faes, S. (1999). Good intentions, bad habits, and effects of forming implementation intentions on healthy eating. *European Journal of Social Psychology*, 29, 591–604.
- Weinstein, N. D. (1988). The precaution adoption process. *Health Psychology*, 7, 355–386.

Bijlage 1 Logboek

<i>Datum</i>	<i>Wat gedaan?</i>	<i>Hoe lang?</i>	<i>Waar ga ik de volgende keer mee bezig?</i>
05-02-2008	Het bespreken van de opdracht met de eerste begeleider Marcel Pieterse	+/- 1 uur	Het onderzoek doorlezen van Diana Gosselt; lezen van literatuur; verdiepen in theoretische invalshoeken; bepalen van doelgroep
06-02-2008	Onderzoek van Gosselt doorgelezen; doelgroep bepaald (rokende jonkvrouwen)	+/- 1 ½ uur	
08-02-2008	Literatuur opgezocht en gelezen	+/- 2 uur	
14-02-2008	Literatuur opgezocht en gelezen	+/- 2 uur	
16-02-2008	Literatuur opgezocht en gelezen	+/- 2 uur	Het kiezen van een theoretisch model als uitgangspunt van het onderzoek en dit uitwerken
20-02-2008	Het I-Change model is uitgezocht als basismodel van het onderzoek; begin gemaakt aan het bespreken ervan in verslagvorm	+/- 1 uur	Afmaken de bespreking van het I-Change model in verslagvorm
27-02-2008	Afspraak Marcel Pieterse; het bespreken van het voorafgaande	+/- 1 uur	Bepalen van het aantal respondenten; wervingsmethoden bepalen; eigen onderzoeksmodel opstellen; onderzoeksvraag/deelvragen opstellen; verdiepen in de vragenlijst
29-02-2008	Het aantal respondenten nodig voor het onderzoek is bepaald; de wervingsmethode is bepaald (Hyves) en verder uitgewerkt	+/- 1 uur	
03-03-2008	Het onderzoeksmodel is opgesteld aan de hand van literatuur en het basismodel	+/- 1 uur	De bespreking en verdere uitwerking van het onderzoeksmodel in verslagvorm
06-03-2008	Het onderzoeksmodel volledig uitgewerkt en besproken in verslagvorm	+/- 2.5 uur	
10-03-2008	De onderzoeksvraag en deelvragen zijn opgesteld	+/- ½ uur	
13-03-2008	De vragenlijst van het onderzoek van Gosselt bekeken qua gemeten constructen; verbeterpunten bepaald	+/- 1 uur	De overige constructen uit het onderzoeksmodel operationaliseren op basis van literatuur
14-03-2008	Literatuur gezocht; constructen geoperationaliseerd	+/- 2 uur	
17-03-2008	Afspraak Marcel Pieterse; het bespreken van het voorafgaande	+/- 1 uur	Verbeteren van de onderzoeksvraag/deelvragen; mail opstellen voor beheerder van Hyves; verdere ontwikkeling van de vragenlijst;
18-03-2008	Mail opgesteld voor de beheerder van Hyves; Mail opgestuurd naar Marcel Pieterse voor	+/- ½ uur	Mail opsturen naar de beheerder van Hyves

	eventuele veranderingen		
19-03-2008	Onderzoeksvraag en deelvragen verbeterd	+/- ½ uur	
21-03-2008	Begin gemaakt aan de 1 ^e versie van de vragenlijst	+/- 1 uurt	Afmaken van de 1 ^e versie van de vragenlijst
25-03-2008	Mail opgestuurd naar beheerder van Hyves	+/- ¼ uur	
28-03-2008	Verder gegaan met de 1 ^e versie van de vragenlijst	+/- 1 uur	Afmaken van de 1 ^e versie van de vragenlijst
03-04- 2008	Afgemaakt 1 ^e versie van de vragenlijst	+/- 1 ½ uur	
04-04-2008	Afspraak Marcel Pieterse; bespreking van de 1 ^e versie van de vragenlijst	+/- 1 uur	Verbeteren van de vragenlijst
07-04-2008	Aan de verbeterpunten gewerkt; afgemaakt 2 ^e versie van de vragenlijst	+/- 1 uur	Opsturen van de 2 ^e versie van de vragenlijst naar Marcel Pieterse
08-04-2008	2 ^e versie van de vragenlijst opgestuurd naar Marcel Pieterse	+/- ¼ uur	Verbeteren van de 2 ^e versie van de vragenlijst
13-04-2008	Vragenlijst is verbeterd	+/- ½ uur	Vragenlijst beschrijven in verslagvorm
14-04 - 2008	Vragenlijst is in verslagvorm beschreven en uitgewerkt	2 ½ uur	Uitvoeren van de pretest
17-04- 2008	Pretest deel 1 is uitgevoerd	1 ½ uur	
19-04-2008	Pretest deel 2 is uitgevoerd	1 ½ uur	Verbeteren vragenlijst op basis van de resultaten van de pretest
24- 04- 2008	Vragenlijst is verbeterd op basis van de pretest	1 uur	Laatste versie vragenlijst opsturen naar Marcel Pieterse
25-04-2008	Laatste versie vragenlijst is opgestuurd naar Marcel Pieterse	¼ uur	Kleine verbeterpunten vragenlijst
28-04-2008	Verbeterpunten vragenlijst gedaan; definitieve vragenlijst af	½ uur	Het digitaal opstellen van de vragenlijst via surveymonkey.com
30 – 04- 2008	Eerste deel van de vragenlijst is digitaal opgesteld	1 ½ uur	Het afmaken van digitale vragenlijst
02 – 05 - 2008	Digitale vragenlijst is afgemaakt	1 ½ uur	Het versturen van de vragenlijst via Hyves
04 – 05- 2008 t/m 25-05- 2008	Vragenlijst verstuurd naar verschillende profielen van Hyves; gezet op forums; beheerders gemaild; groepsberichten verstuurd	-	
26-05-2008	Enquête is stopgezet	-	
28-05-2008	Afspraak met Marcel Pieterse; wervingsmethode besproken	1 uur	Resultaten van de vragenlijst in SPSS zetten; ruwe data en verslag tot zover opsturen naar Marcel Pieterse
29-05-2008	Resultaten gezet in SPSS- bestand en opgestuurd; verslag opgestuurd	¾ uur	
5-06-2008	Cadeaubonnen besteld	-	
16-06-2008	20 respondenten	¾ uur	Versturen van de mails naar 20 respondenten;

	uitgeloot; mails opgesteld		vragen naar postadres voor het versturen van de cadeaubonnen
18-06 - 2008	mails verstuurd	½ uur	Opsturen van de cadeaubonnen
25-06- 2008	Cadeaubonnen opgestuurd	1 uur	
26-06-2008	Deel data opgeschoond	2 uur	
27-06-2008	Deel data is hercodeerd	1 uur	
25-07-2008	Rest van data opgeschoond	3 uur	
27-08-2008	Laatste deel data opgeschoond; open-antwoordcategorieën gecodeerd; missing-values hercodeerd	-	
01-08-2008	Frequentieanalyse	4 uur	Afmaken frequentie- analyses
04-08-2008	Rest van frequentieanalyse	5 uur	
05-08-2008	Betrouwbaarheidsanalyse	2 ½ uur	
06-08-2008	Afspraak Marcel Pieterse; analyses besproken; variabelen hercodeerd; nieuwe variabelen aangemaakt in SPSS	6 uur	Afmaken nieuwe variabelen in SPSS
07-08-2008	Nieuwe variabelen afgemaakt; analyses besproken	3 uur	
08-08-2008	Bivariate analyses uitgevoerd op de intentie	3 uur	Beschrijven resultaten bivariate analyses; tabellen maken
11-08-2008	Resultaten bivariate analyses beschreven; tabellen gemaakt	3 uur	
12-08-2008	Lineaire regressieanalyse uitgevoerd op de intentie; beschreven resultaten; tabel gemaakt	4 uur	
13-08-2008	Bivariate analyses uitgevoerd op geminderd gedrag; beschreven, tabellen gemaakt	5 uur	
14-08-2008	Overige analyses uitgevoerd, beschreven, tabellen gemaakt	5 uur	
15-08-2008	Conclusie geschreven; deelvragen beantwoord; uitgevoerd logistische regressieanalyse	5 uur	Conclusie afmaken
18-08-2008	Tabel gemaakt logistische regressie analyse; conclusie geschreven; hoofdvraag beantwoord; samenvatting gemaakt	7 uur	Conclusie afmaken
19-08-2008	Conclusie afgemaakt; aanbevelingen en discussie geschreven; inhoudsopgave en literatuurlijst gemaakt	8 uur	
21-08-2008	Conceptverslag gemaakt en opgestuurd naar	2 uur	

22 – 08- 2008	begeleiders Samenvatting bachelorthese gemaakt in engels	2 uur
24– 08 - 2008	Aan de hand van feedback Rilana Prenger verslag verbeterd	2 ½ uur
25– 08 - 2008	Eindverslag verstuurd naar begeleiders; voorbereiden presentatie	5 uur
26-08 - 2008	Voorbereiden presentatie	5 uur
27- 08 - 2008	Voorbereiden presentatie	4 uur
28 - 08- 2008	Voorbereiden presentatie	3 uur
29- 08 - 2008	Presentatie bachelorthese: 11.40 – 12.10 uur	½ uur

Bijlage 2 Vragenlijst

Onderzoek rookgedrag jongvolwassenen

Welkom.

GELIEVE DE VRAGENLIJST ALLEEN INVULLEN ALS JE OP DIT MOMENT ROOKT!

Dit is een vragenlijst die gaat over het rookgedrag van jongvolwassenen. In alle vragen wordt met roken bedoeld het roken van sigaretten. Hieronder wordt ook verstaan: het roken van shag, sigaren en tabak.

Alle resultaten zullen vertrouwelijk behandeld worden. Alvast bedankt voor je medewerking!

PS. Onder alle inzenders die de gehele vragenlijst hebben ingevuld worden cadeaubonnen ter waarde van 20 euro verloot. Wil je hier ook kans op maken? Vul dan aan het einde van de vragenlijst je e-mailadres in!

1. Wat is je geslacht?

- | | |
|--------------------------|-------|
| ☐ | Man |
| ☐ | Vrouw |

2. Wat is je leeftijd?

--

3. Wat is je opleidingsniveau?

- | | |
|--------------------------|-----|
| ☐ | MBO |
| ☐ | HBO |
| ☐ | WO |

4. Wat is je woonsituatie?

- | | |
|--------------------------|------------------------------|
| ☐ | Ik woon bij mijn ouders |
| ☐ | Ik woon in een studentenhuus |
| ☐ | Ik woon op mezelf |
| ☐ | Samenwonend/ gehuwd |
| ☐ | Anders, namelijk |

5. Welke van de volgende uitspraken wat betreft roken past het beste bij jou?

- ☐ Ik rook één keer per dag
- ☐ Ik rook tenminste één keer per week
- ☐ Ik rook tenminste één keer per maand
- ☐ Ik rook minder dan één keer per maand

6. Hoe lang rook je al?

- ☐ Minder dan een half jaar
- ☐ Tussen een half jaar en één jaar
- ☐ Tussen één jaar en twee jaar
- ☐ Langer dan twee jaar
- ☐ Anders, namelijk

7. Hoeveel sigaretten heb je de afgelopen vier weken gemiddeld per dag gerookt?

8. Rookte je de afgelopen vier weken meer, evenveel of minder dan in het half jaar daarvoor?

- ☐ Meer
- ☐ Evenveel (ga door naar vraag 10)
- ☐ Minder

9. Hoeveel sigaretten rookte je in het halfjaar daarvoor gemiddeld per dag?

10. Hoe lang nadat je 's morgens wakker wordt steek je je eerste sigaret op?

- ☐ Binnen 5 minuten
- ☐ 6-30 minuten
- ☐ 31-60 minuten
- ☐ Na 60 minuten

11. Vind je het moeilijk om niet te kunnen roken op plaatsen waar het verboden is? (bijv. bioscoop, bibliotheek, school, ziekenhuis)

- ☐ Ja
- ☐ Nee

12. Welke sigaret zou je het moeilijkst op kunnen geven?

- ☐ De eerste 's morgens
- ☐ Een andere

13. Rook je in de eerste uren na het opstaan meer per uur dan tijdens de rest van de dag?

- ☐ Ja
- ☐ Nee

14. Rook je als je ziek bent en het grootste gedeelte van de dag in bed ligt?

- ☐ Ja
- ☐ Nee

15. Heb je in het verleden wel eens geprobeerd te stoppen met roken waarbij je minimaal 24 uur hebt volgehouden niet te roken?

- ☐ Ja
- ☐ Nee (ga door naar vraag 18)

16. Hoeveel stoppogingen heb je gedaan die je 24 uur of langer hebt volgehouden?

--

17. Hoe lang geleden was de laatste stoppoging die je 24 uur of langer hebt volgehouden?

- ☐ Ongeveer een week geleden
- ☐ Ongeveer een maand geleden
- ☐ Ongeveer een half jaar geleden
- ☐ Ongeveer een jaar geleden
- ☐ Langer dan een jaar geleden
- ☐ Weet ik niet meer

18. Denk je dat je...

	Zeker niet	Waar- schijnlijk niet	Misschien wel/ misschien niet	Waar- schijnlijk wel	Zeker wel
... in de toekomst zult gaan stoppen met roken?	☐	☐	☐	☐	☐
... binnen een half jaar zult gaan stoppen met roken?	☐	☐	☐	☐	☐
... binnen 4 weken zult gaan stoppen met roken?	☐	☐	☐	☐	☐

De onderstaande vragen gaan over minderen met roken. Hiermee bedoelen we dat een roker het aantal gerookte sigaretten per dag met *tenminste de helft* (dus een vermindering van minimaal 50%) zou verminderen in vergelijking met wat hij of zij daarvoor rookte.

19. Heb je in het verleden wel eens een poging gedaan te minderen met roken?

- ☐ Ja
- ☐ Nee (ga door naar vraag 21)

20. Hoe lang heb je je poging(en) om te minderen met roken volgehouden? (Heb je vaker als drie keer een poging gedaan om te minderen, vul dan de onderstaande vraag in op basis van de drie langst volgehouden pogingen om te minderen met roken)

	Poging 1	Poging 2	Poging 3
Minder dan een week	☐	☐	☐
1 tot 2 weken	☐	☐	☐
2 tot 4 weken	☐	☐	☐
1 tot 3 maanden	☐	☐	☐
4 tot 6 maanden	☐	☐	☐
7 tot 12 maanden	☐	☐	☐
Langer dan 12 maanden	☐	☐	☐

21. Ben je op dit moment aan het minderen met roken waarbij je het aantal gerookte sigaretten per dag met tenminste de helft hebt verminderd vergeleken met wat je vroeger rookte?

- ☐ Ja
- ☐ Nee (ga door naar vraag 23)

22. Denk je dat je...

	Zeker niet	Waar-schijnlijk niet	Misschien wel/ misschien niet	Waar-schijnlijk wel	Zeker wel
... in de toekomst zult blijven op het huidige gereduceerde niveau van roken? (ga door naar vraag 24)	☐	☐	☐	☐	☐

23. Denk je dat je...

	Zeker niet	Waar- schijnlijk niet	Misschien wel/ misschien niet	Waar- schijnlijk wel	Zeker wel
... in de toekomst zult gaan minderen met roken?	☐	☐	☐	☐	☐
... binnen een half jaar zult gaan minderen met roken?	☐	☐	☐	☐	☐
... binnen 4 weken zult gaan minderen met roken?	☐	☐	☐	☐	☐

24. Vul de volgende stelling in: “Minderen met roken, waarbij ik het aantal gerookte sigaretten per dag tenminste met de helft verminder, vind ik voor mezelf..... “

	Helemaal mee oneens	Beetje Oneens	Niet eens/ niet oneens	Beetje eens	Helemaal mee eens
Normaal	☐	☐	☐	☐	☐
Plezierig	☐	☐	☐	☐	☐
Onschadelijk	☐	☐	☐	☐	☐
Ongevaarlijk	☐	☐	☐	☐	☐
Gezond	☐	☐	☐	☐	☐
Goed	☐	☐	☐	☐	☐
Gezellig	☐	☐	☐	☐	☐
Slim	☐	☐	☐	☐	☐
Goedkoop	☐	☐	☐	☐	☐
Beter voor mijn conditie	☐	☐	☐	☐	☐
Ontspannend	☐	☐	☐	☐	☐
Bevredigend	☐	☐	☐	☐	☐

25. In de volgende situaties moet je je voorstellen dat je bent geminderd met roken (minimaal 50%) én dat je op dat moment het aantal sigaretten dat je je hebt voorgenomen te roken die dag, al hebt opgerookt. Vul op basis hiervan in hoe moeilijk of makkelijk de volgende situaties voor je zijn om niet te gaan roken.

	Moeilijk	Beetje moeilijk	Niet moeilijk, niet makkelijk	Beetje makkelijk	Makkelijk
Een sigaret afslaan wanneer ik er een krijg aangeboden	☐	☐	☐	☐	☐
Als ik anderen zie genieten van een sigaret	☐	☐	☐	☐	☐
Als ik alcohol gedronken heb	☐	☐	☐	☐	☐
Als ik uitga	☐	☐	☐	☐	☐
Als ik verdrietig ben	☐	☐	☐	☐	☐
Als ik kwaad ben	☐	☐	☐	☐	☐
Als ik gestresst ben	☐	☐	☐	☐	☐
Als ik net gegeten heb	☐	☐	☐	☐	☐

26. De volgende stellingen gaan over hoe moeilijk of makkelijk jij het in het algemeen vindt (of zou vinden), om je rookgedrag te verminderen.

	Moeilijk	Beetje moeilijk	Niet moeilijk, niet makkelijk	Beetje makkelijk	Makkelijk
Het blijvend minderen met roken	☐	☐	☐	☐	☐
Het bijhouden van hoeveel ik per dag gerookt heb	☐	☐	☐	☐	☐
Uitleggen waarom ik niet wil roken op het moment dat ik mijn dagelijkse hoeveelheid sigaretten al heb opgerookt	☐	☐	☐	☐	☐

27. Hoeveel van je vrienden roken?

☐	(bijna) allemaal rokers
☐	meer dan de helft rokers
☐	ongeveer evenveel rokers als niet-rokers
☐	minder dan de helft rokers
☐	(bijna) geen rokers
☐	niet van toepassing

28. Hoeveel van je studiegenoten waarmee je omgaat roken?

☐	(bijna) allemaal rokers
☐	meer dan de helft rokers
☐	ongeveer evenveel rokers als niet-rokers
☐	minder dan de helft rokers
☐	(bijna) geen rokers
☐	niet van toepassing

29. Hoeveel van je familieleden (ooms/tantes; neven/nichten) waarmee je regelmatig contact hebt roken?

☐	(bijna) allemaal rokers
☐	meer dan de helft rokers
☐	ongeveer evenveel rokers als niet-rokers
☐	minder dan de helft rokers
☐	(bijna) geen rokers
☐	niet van toepassing

30. Roken je vader en/of moeder?

	Vader	Moeder
Nee, nooit gerookt	☐	☐
Nee, vroeger wel maar nu niet meer	☐	☐
Ja, af en toe	☐	☐
Ja, gemiddeld 1-5 sigaretten per dag	☐	☐
Ja, gemiddeld 6-10 sigaretten per dag	☐	☐
Ja, gemiddeld 11-15 sigaretten per dag	☐	☐
Ja, meer dan 15 sigaretten per dag	☐	☐
Niet van toepassing	☐	☐

31. Roken je broer(s) en/of zus(sen)?

	Broer/zus 1	Broer/zus 2	Broer/zus 3
Nee, nooit gerookt	☐	☐	☐
Nee, vroeger wel gerookt maar nu niet meer	☐	☐	☐
Ja, af en toe	☐	☐	☐
Ja, gemiddeld 1-5 sigaretten per dag	☐	☐	☐
Ja, gemiddeld 6-10 sigaretten per dag	☐	☐	☐
Ja, gemiddeld 11-15 sigaretten per dag	☐	☐	☐
Ja, meer dan 15 sigaretten per dag	☐	☐	☐
Niet van toepassing	☐	☐	☐

32. Ken je mensen in je omgeving die hun rookgedrag blijvend hebben verminderd (dus met tenminste 50%)?

☐	Ja, heel veel mensen
☐	Ja, vrij veel mensen
☐	Ja, sommigen
☐	Ja, een enkele
☐	Nee, niemand

33. Als ik mijn rookgedrag verminder (of: sinds ik mijn rookgedrag heb verminderd), krijg ik steun van...

	Geen steun	Weinig steun	Niet weinig/ niet veel steun	Veel steun	Heel veel steun	Niet van Toepassing
Vrienden	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Studiegenoten	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Familieleden	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Moeder	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Vader	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Broer/zus 1	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Broer/zus 2	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Broer/zus 3	☐	☐	☐	☐	☐	☐

34. Als ik ga minderen met roken (of: nu ik geminderd ben met roken)...

	Helemaal mee oneens	Beetje Oneens	Niet eens/ niet oneens	Beetje eens	Helemaal mee eens
... bouw ik het langzaam af	☐	☐	☐	☐	☐
... informeer ik de mensen om me heen	☐	☐	☐	☐	☐
... beloon ik mezelf	☐	☐	☐	☐	☐
... vraag ik hulp uit mijn omgeving	☐	☐	☐	☐	☐
... koop ik minder pakjes sigaretten per week	☐	☐	☐	☐	☐
... raak ik nerveus, gespannen of geïrriteerd	☐	☐	☐	☐	☐
... blijf ik hunkeren naar meer sigaretten	☐	☐	☐	☐	☐
... voel ik me rusteloos	☐	☐	☐	☐	☐
... neem ik toe in gewicht	☐	☐	☐	☐	☐
... steek ik uit gewoonte meer sigaretten op	☐	☐	☐	☐	☐

35. Heb je nog opmerkingen over het onderzoek of de vragenlijst dan kun je die hieronder kwijt. (Vul hieronder ook je emailadres in wanneer je kans wil maken op een cadeaubon ter waarde van 20 euro!)

--

Bijlage 3 Beschrijvende resultaten

Tabel 1: Achtergrondgegevens van de respondenten

		<i>N</i>	<i>%</i>
Geslacht	Man	807	29
	Vrouw	1964	71
Leeftijd	20 jaar en jonger	996	36
	21- 25 jaar	895	32
	26 – 30 jaar	553	20
	31 – 34 jaar	330	12
Opleidingsniveau	MBO	1920	70
	HBO	683	25
	WO	145	5
Woonsituatie	Wonend bij de ouders	1200	43
	Wonend in een studentenhuis	82	3
	Wonend op zichzelf	617	22
	Samenwonend/ gehuwd	762	28
	Anders	100	4

Tabel: Huidige rookgedrag respondenten

		<i>N</i>	<i>%</i>
Hoe vaak roken	Één keer per dag	2624	95
	Tenminste één keer per week	116	4
	Tenminste één keer per maand	11	0.4
	Minder dan één keer per maand	6	0.2
Rookduur	Minder dan een halfjaar	9	0.3
	Tussen een halfjaar en één jaar	35	1
	Tussen één jaar en twee jaar	133	5
	Langer dan twee jaar	2579	93
	Anders	15	0.5
Rookhoeveelheid	Gemiddeld 0- 10	853	31

sigaretten per dag		
Gemiddeld 11- 20	1483	54
sigaretten per dag		
Gemiddeld 21- 30	325	12
sigaretten per dag		
Gemiddeld 31- 40	41	2
sigaretten per dag		
Gemiddeld 41- 50	13	0.5
sigaretten per dag		

Tabel: Rookgedrag vader en moeder

Rookgedrag	Vader		Moeder	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Nee, nooit gerookt	429	15.5	516	18.6
Nee, vroeger wel maar nu niet meer	963	34.7	896	32.3
Ja, af en toe	161	5.8	142	5.1
Ja, gemiddeld 1-5 sigaretten per dag	87	3.1	98	3.5
Ja, gemiddeld 6-10 sigaretten per dag	157	5.7	187	6.7
Ja, gemiddeld 11-15 sigaretten per dag	227	8.2	267	9.6
Ja, meer dan 15 sigaretten per dag	700	25.2	677	24.4
Niet van toepassing	186	6.7	131	4.7

Tabel: Rookgedrag broers/zussen

Rookgedrag	Broer/zus 1		Broer/zus 2		Broer/zus 3	
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%
Nee, nooit gerookt	904	32.6	435	15.7	197	7.1
Nee, vroeger wel maar nu niet meer	306	11.0	119	4.3	35	1.3
Ja, af en toe	208	7.5	98	3.5	40	1.4
Ja, gemiddeld 1-5 sigaretten per dag	117	4.2	45	1.6	14	0.5
Ja, gemiddeld 6-10 sigaretten per dag	220	7.9	106	3.8	32	1.2
Ja, gemiddeld 11-15 sigaretten per dag	288	10.4	159	5.7	57	2.1
Ja, meer dan 15 sigaretten per dag	517	18.6	282	10.2	110	4.0
Niet van toepassing	271	9.8	426	15.4	515	18.6

Bijlage 4 Relaties tussen de demografische factoren en de motivationele factoren

Tabel 3: Resultaten ANOVA- analyses tussen geslacht en de motivationele factoren

Motivationele factor	Mean		Std. Dev		p	F
	Man (N = 807)	Vrouw (N= 1964)	Man	Vrouw		
Attitude	3.22	3.31	.68	.66	.001	10.8
Zelfeffectiviteit	2.03	1.84	.71	.62	.000	50.5
Sociale steun	3.16	3.35	.71	.72	.000	39.0

Tabel 4: Resultaten correlatie analyses tussen de demografische variabelen en zelfeffectiviteit

Construct	N	Pearson Correlation (r)	p
Leeftijd	2701	-.04	.051
Opleiding	2676	.11	.000

Tabel 5: Resultaten correlatie analyses tussen de demografische variabelen en sociale steun

Construct	N	Pearson Correlation (r)	p
Leeftijd	2774	-.05	.004
Opleiding	2748	-.01	.783

Tabel: Resultaten correlatie analyses tussen de demografische variabelen en attitude

Construct	N	Pearson Correlation (r)	p
Leeftijd	2614	.002	.930
Opleiding	2588	-.005	.780

Tabel: Resultaten ANOVA- analyses tussen woonsituatie en sociale steun

Construct	Mean		Std. Dev		p	F
	Wonend bij ouders (N = 1200)	Wonend in studentenhuis (N= 82)	Wonend bij ouders	Wonend in studentenhuis		
Sociale steun studiegenoten	2.98	2.91	.94	.98	.513	.428
Sociale steun vrienden	3.26	3.23	1.03	1.07	.794	.068
Sociale steun vader	3.62	3.61	1.16	1.05	.913	.012
Sociale steun moeder	3.85	3.84	1.11	.99	.962	.002

Bijlage 5 Relaties tussen het huidige rookgedrag en de motivationele factoren

Tabel 6 : Resultaten correlatie analyses tussen het huidige rookgedrag en de attitude

Construct	N	Pearson Correlation (r)	p
Hoe vaak roken (per maand)	2598	.04	.036
Rookduur	2611	-.06	.002
Rookhoeveelheid	2557	-.09	.000
Nicotineafhankelijkheid	2596	-.12	.000

Tabel 7 : Resultaten correlatie analyses tussen het huidige rookgedrag en zelfeffectiviteit

Construct	N	Pearson Correlation (r)	p
Hoe vaak roken (per maand)	2684	.21	.000
Rookduur	2699	-.13	.000
Rookhoeveelheid	2645	-.28	.000
Nicotineafhankelijkheid	2681	-.39	.000

Bijlage 6 Relaties tussen constructen én de intentie minderen met roken

Tabel 8 : Resultaten ANOVA- analyses tussen de constructen en de intentie te minderen

Construct	N	Mean	Std. Deviation	p	F
Geslacht				.008	7.1
Man	787	3.19	1.12		
Vrouw	1924	3.32	1.06		
Stoppogingen verleden				.095	
Ja	1808	3.31	1.08		
Nee	901	3.23	1.08		
Minderpogingen verleden				.000	71.5
Ja	1564	3.43	1.06		
Nee	1142	3.08	1.06		
Geminderd op dit moment				.000	15.3
Ja	274	3.04	1.19		
Nee	2440	3.31	1.06		

Tabel 9 : Resultaten correlatie analyses tussen de constructen en de intentie te minderen

Construct	N	Pearson Correlation (r)	p
Leeftijd	2774	-.10	.000
Opleiding	2690	.07	.000
Hoe vaak roken (per maand)	2697	-.03	.081
Rookduur	2711	-.04	.030
Meer/ evenveel/ minder gerookt afgelopen 4 weken	2695	-.07	.000
Nicotineafhankelijkheid	2694	-.15	.000
Intentie stoppen	2681	.38	.000
Attitude	2558	.31	.000
Zelfeffectiviteit	2645	.14	.000
Rookgedrag vrienden	2702	.02	.357
Rookgedrag studiegenoten	1675	.09	.000
Rookgedrag familie	2660	.14	.000
Rookgedrag Vader	2697	-.06	.003
Rookgedrag Moeder	2693	-.10	.000
Rookgedrag Broer/zus1	2686	-.01	.470
Rookgedrag Broer/zus2	1602	-.03	.227
Geminderd Rookgedrag omgeving	2689	-.08	.000
Sociale Steun	2714	.10	.000
Implementatieplannen	2659	.14	.000
Barrières	2656	-.07	.000

Bijlage 7 Resultaten Lineaire Regressie analyse

Tabel 10: Resultaten Lineaire Regressie analyse van de intentie minderen met roken

	<i>Model 1</i>		<i>Model 2</i>		<i>Model 3</i>	
	<i>Bèta</i>	<i>p</i>	<i>Bèta</i>	<i>p</i>	<i>Bèta</i>	<i>p</i>
Geslacht	.03	.187	.03	.193	.02	.520
Leeftijd	-.06	.028	-.07	.004	-.07	.002
Opleidingsniveau	.08	.002	.06	.017	.05	.032
Rookduur	-.04	.169	-.01	.743	.02	.473
Nicotineafhankelijkheid	-.16	.000	-.06	.020	-.02	.438
Geminderd op dit moment	.16	.000	.20	.000	.23	.000
Minderpogingen verleden	-.21	.000	-.17	.000	-.14	.000
Attitude			.31	.000	.23	.000
Zelfeffectiviteit			.08	.002	.04	.180
Rookgedrag studiegenoten			.04	.129	.02	.391
Rookgedrag familie			.06	.049	.03	.280
Rookgedrag Vader			-.06	.036	-.06	.024
Rookgedrag Moeder			-.05	.056	-.06	.020
Geminderd Rookgedrag omgeving			-.01	.792	-.003	.905
Sociale Steun			.06	.027	.03	.189
Implementatieplannen					.03	.212
Barrières					-.04	.176
Intentie stoppen					.33	.000
R	.30		.46		.55	
Adjusted R ²	.09		.20		.29	
F	19.6(df=7)	.000	25.0(df=15)	.000	33.2(df=18)	.000

Bijlage 8 Relaties tussen constructen en geminderd rookgedrag

Tabel 11: Relatie tussen stoppogingen in het verleden en nu geminderd met roken

Nu geminderd roken	Verleden gestopt met roken		
	Ja	Nee	Totaal
Ja	7.8%	2.3%	10.1% (N = 278)
Nee	58.9%	31.0%	89.8% (N= 2476)
Totaal	66.7% (N = 1837)	33.3% (N = 917)	N = 2754 (100%)

Pearson $\chi^2 = 16.8$; $p < .05$

Tabel 12: Relatie tussen minderpogingen in het verleden en nu geminderd met roken

Nu geminderd roken	Verleden geminderd met roken		
	Ja	Nee	Totaal
Ja	8.6%	1.5%	10.1% (N = 278)
Nee	49.2%	40.7%	89.9% (N= 2472)
Totaal	57.9% (N = 1591)	42.1% (N = 1159)	N = 2750 (100%)

Pearson $\chi^2 = 95.2$; $p < .05$

Tabel 13 : Resultaten ANOVA- analyses wat betreft geminderde rokers en niet geminderde rokers

Construct	Mean (Std. Dev)		p	F
	Geminderd	Niet geminderd		
	roken (N = 278)	roken (N= 2476)		
Leeftijd	2.03 (.99)	2.09 (1.02)	.378	
Opleiding	1.34 (.57)	1.35 (.58)	.725	
Hoe vaak roken (per maand)	1.17 (.50)	1.04 (.23)	.000	57.3
Rookduur	3.89 (.41)	3.93 (.35)	.092	
Nicotineafhankelijkheid	2.23 (1.91)	3.16 (1.88)	.000	60.6
Intentie stoppen	2.88 (.91)	2.36 (.73)	.000	118.6
Attitude	3.55 (.63)	3.26 (.67)	.000	44.9
Zelfeffectiviteit	2.32 (.77)	1.85 (.62)	.000	133.4
Rookgedrag vrienden	2.17 (1.16)	2.01 (1.09)	.020	5.5
Rookgedrag studiegenoten	2.55 (1.31)	2.62 (1.35)	.552	
Rookgedrag familie	3.22 (1.41)	3.12 (1.42)	.299	
Rookgedrag vader	2.47 (2.92)	2.57 (2.39)	.503	
Rookgedrag moeder	2.43 (2.30)	2.64 (2.40)	.163	
Rookgedrag broer/zus1	1.94 (2.28)	2.32 (2.44)	.014	6.1
Rookgedragbroer/zus2	1.98 (2.29)	2.01 (2.47)	.854	
Geminderd rookgedrag omgeving	3.62 (.93)	3.92 (.89)	.000	29.4
Sociale Steun	3.16 (.82)	3.31 (.71)	.001	10.7
Implementatieplannen	3.07 (.85)	3.14 (.89)	.245	
Barrières	2.72 (.98)	3.46 (.95)	.000	145.6

Bijlage 9 Resultaten Logistische Regressie analyse

Tabel 14: Resultaten Logistische regressie analyse van geminderd rookgedrag

	Model 1			Model 2			Model 3		
	Exp(B)	95%BI	p	Exp(B)	95%BI	p	Exp(B)	95%BI	p
Verleden gestopt met roken	1.17	.82 - 1.68	.384	1.21	.83 – 1.76	.327	1.16	.79 – 1.70	.464
Verleden geminderd met roken	5.35	3.55 - 8.05	.000	5.79	3.75 – 8.96	.000	5.44	3.51 – 8.42	.000
Hoe vaak roken (per maand)	.38	.26 - .54	.000	.54	.36 - .82	.004	.55	.36 - .85	.006
Nicotineafhankelijkheid	1.27	1.17 - 1.37	.000	1.10	1.01 – 1.20	.035	1.02	.93 – 1.12	.669
Attitude				.67	.52 - .86	.001	.75	.58 - .96	.024
Zelfeffectiviteit				.42	.33 - .53	.000	.62	.48 - .80	.000
Rookgedrag vrienden				.97	.85 – 1.11	.629	.99	.86 – 1.13	.869
Rookgedrag broer/zus1				1.04	.98 – 1.11	.220	1.03	.97 – 1.10	.314
Geminderd rookgedrag omgeving (modeling)				1.27	1.08 – 1.50	.005	1.24	1.04 – 1.46	.014
Sociale steun				1.26	1.04 – 1.53	.021	1.25	1.02 – 1.53	.032
Barrières							1.69	1.41 – 2.04	.000
Intentie stoppen							.62	.51 - .76	.000
Nagelkerke R ²	.14			.22			.26		
χ^2	162.63(df=4)	.000		254.92(df=10)	.000		307.76(df=12)	.000	