

## **Bewuste en onbewuste processen:**

Theory of Planned Behavior en  
Prototype/Willingness Model als verklaring voor  
de verschillen in gezondheidsgedrag tussen Turkse  
en Nederlandse jongeren.

Naam: Arzu Tanriverdi  
Plaats, datum: Enschede, augustus 2009  
Studierichting: Psychologie, thema Veiligheid & Gezondheid  
Faculteit: Gedragwetenschappen  
Instelling: Universiteit Twente, Enschede  
Afstudeercommissie: Dr. H. Boer  
Dr. M.E. Pieterse

## Voorwoord

Toen ik begon met het zoeken naar een onderwerp voor mijn masterthese had ik eigenlijk nog geen idee wat ik precies wou. Bij mijn bachelorthese had ik me gericht op Turkse jongeren. Ik vond het heel leuk en interessant om deze populatie te onderzoeken. Ik ben zelf van Turkse afkomst, en ik heb me altijd al geïnteresseerd in de manier waarop cultuur van invloed is op het doen en laten van mensen. Als je een ander culturele achtergrond hebt dan de cultuur die in een land heerst, kan het soms best moeilijk zijn. Vooral voor jongeren, die er toch wel een beetje bij willen horen. Met dit in mijn achterhoofd heb ik samen met de heer Boer gebrainstormd over de mogelijkheden voor een interessant onderzoek. Ik ben van mening dat we samen goed werk hebben geleverd.

Over het algemeen verliep het onderzoek en het schrijven van de these erg soepel. Ik had regelmatig besprekingen met de heer Boer en ik kreeg altijd goede feedback van hem. Zijn opbouwende kritiek was altijd zeer nuttig en daarnaast voelde ik me na iedere bespreking met hem nog gemotiveerder dan ik al was. De besprekingen waar de heer Pieterse bij was, waren ook heel erg nuttig. De heer Pieterse was heel kritisch en daardoor kreeg ik hele goede feedback van hem. De laatste maanden verliepen helaas wat minder soepel omdat ik ziek werd en er even tussenuit moest. Beide begeleiders waren zeer begripvol en ik mocht zoveel tijd nemen om te herstellen als dat het nodig was. Gelukkig ging het na een tijdje weer goed en kon ik weer aan de slag.

Graag wil ik de heer Boer en de heer Pieterse hartelijk bedanken voor hun tijd, moeite en goede begeleiding. In het bijzonder gaat mijn dank uit naar de heer Boer, die mij niet alleen heel goed heeft begeleid, maar ook heel erg heeft gesteund in mijn zieke periode. Daarnaast wil ik mijn familie en vrienden heel erg bedanken voor hun steun en motivatie. Ik heb mijn onderzoek met plezier opgezet en uitgevoerd en mijn these met plezier geschreven. En dit heb ik te danken aan deze mensen. Bedankt allemaal!

*Arzu*

## **Samenvatting**

Uit onderzoek komt naar voren dat er sprake is van gezondheidsverschillen naar etniciteit. De gezondheid van de allochtone bevolking is over het algemeen slechter dan de gezondheid van de autochtone bevolking. Er zijn echter ook gunstige verschillen tussen de allochtone en autochtone bevolking. Jongeren van allochtone afkomst drinken minder alcohol dan Nederlandse jongeren. Verder komt uit onderzoek naar voren dat Nederlandse jongeren lichamelijk actiever zijn dan allochtone jongeren. Met betrekking tot rookgedrag is er geen verschil tussen de twee groepen.

Dit onderzoek is er vooral op gericht om de verklarende waarde van twee modellen te achterhalen, namelijk de Theory of Planned Behavior en het Prototype/Willingness Model. Het idee hierachter is dat gedrag zowel intentioneel als non-intentioneel is. Gedrag kan verklaard worden door bewuste én onbewuste processen. In dit onderzoek worden drie gezondheidsgedragingen gemeten, namelijk alcoholgebruik, lichamelijke activiteit en rookgedrag. De onderzoekspopulatie bestaat uit Turkse en Nederlandse jongeren. Hierdoor is er getracht te achterhalen of cultuur van invloed is op het al dan niet uitvoeren van gezondheidsgedrag.

In het huidige onderzoek is een vragenlijst afgenomen bij jongeren van 15 tot 25 jaar. Uit de resultaten komen een aantal interessante bevindingen naar voren. De Theory of Planned Behavior voorspelt alcoholgebruik beter voor Nederlandse jongeren. Daarentegen voorspelt het Prototype/Willingness Model alcoholgebruik beter voor Turkse jongeren. Verder blijken beide modellen rookgedrag zeer goed te verklaren. Een ander opmerkelijke bevinding is dat er geen significant verschil bestaat tussen Turkse en Nederlandse jongeren met betrekking tot lichamelijke activiteit.

## Summary

Research shows that there are some health differences among different ethnicities. In general, the health of the population with a foreign background is worse than the health of the local population. There are however some favourable differences in health among the two populations. Adolescents with a foreign background drink less alcohol than Dutch adolescents. Furthermore, research shows that Dutch adolescents are physically more active than adolescents with a foreign background. Concerning smoking there are no differences among the two populations.

This study aims to measure the explanatory value of two models: the Theory of Planned Behaviour and the Prototype/Willingness Model. The idea behind this is that behaviour is both intentional and non-intentional. Behaviour can be explained by conscious and unconscious processes. This study measures three health behaviours: alcohol use, physical activity and smoking. The research populations consists of Turkish and Dutch adolescents. This way it is possible to see if culture influences health behaviour.

In the current study a questionnaire was filled out by people from age 15 to 25. the results show some interesting findings. The Theory of Planned Behaviour predicts alcohol use better for Dutch adolescents. On the other hand, Prototype/Willingness Model predicts alcohol use better for Turkish adolescents. Furthermore, both models seem to predict smoking very good. Another remarkable finding is that there are no significant differences in physical activity among Turkish and Dutch adolescents.

## Inhoudsopgave

Voorwoord.....	2
Samenvatting.....	3
Summary.....	4
1. Inleiding en probleemstelling.....	7
1.1 Gezondheidsverschillen naar etniciteit.....	7
1.2 Mogelijke verklaringen voor gezondheidsverschillen naar etniciteit.....	8
1.3 Gezondheidsgedragingen bij jongeren.....	9
1.3.1 Overmatig alcoholgebruik.....	9
1.3.2 Lichamelijke activiteit.....	10
1.3.3 Roken.....	10
1.4 Factoren die mogelijk een rol spelen bij ongezonde gedragingen onder jongeren.....	10
1.5 Doelstelling en probleemstelling.....	11
2. Theory of Planned Behavior en Prototype/Willingness Model.....	14
2.1 Theory of Planned Behavior: het model.....	14
2.2 Theory of planned behavior in relatie tot alcoholgebruik, overgewicht en roken.....	15
2.3 Prototype/Willingness Model: het model.....	16
2.4 Prototype/Willingness Model: huidige inzichten.....	18
2.5 Demografische variabelen.....	19
2.6 Onderzoeksvragen en verwachtingen.....	19
3. Methoden van onderzoek.....	22
3.1 Respondenten.....	22
3.2 Procedure.....	22
3.3 Meetinstrument.....	22
3.3.1 Demografische kenmerken.....	22
3.3.2 Alcoholgebruik.....	23
3.3.2 Lichamelijke activiteit.....	24
3.3.3 Rookgedrag.....	26
3.4 Gebruikte analyses.....	27

4. Resultaten.....	28
4.1 Demografische kenmerken.....	28
4.2 Theory of Planned Behavior.....	29
4.2.1 <i>Cultuurverschillen: gemiddelde scores</i> .....	29
4.2.2 <i>Theory of Planned Behavior: correlaties</i> .....	31
4.3 Prototype/Willingness Model.....	34
4.3.1 <i>Cultuurverschillen: gemiddelde scores</i> .....	34
4.3.2 <i>Prototype/Willingness Model: correlaties</i> .....	36
4.4 Verklarende waarden van de Theory of Planned Behavior en het Prototype/Willingness Model naar afkomst.....	38
4.4.1 <i>Regressieanalyse naar afkomst: Theory of Planned Behavior</i> .....	38
4.4.2 <i>Regressieanalyse naar afkomst: Prototype/Willingness Model</i> .....	40
5. Conclusie en discussie.....	42
5.1 Conclusie.....	42
5.1.1 <i>In hoeverre komen de gezondheidsgedragingen alcoholgebruik, lichamelijke activiteit en rookgedrag voor bij Turkse en Nederlands jongeren?</i> .....	43
5.1.2 <i>Bestaat er een invloed van cultuur op het al dan niet uitvoeren van gezondheidsgedragingen?</i> .....	43
5.1.3 <i>Bestaat er een relatie tussen cultuur en het prototype voor een bepaald gezondheidsgedrag?</i> .....	44
5.1.4 <i>In hoeverre verklaart de Theory of Planned Behavior het al dan niet uitvoeren van gezondheidsgedrag?</i> .....	45
5.1.5 <i>In hoeverre verklaart het Prototype/Willingness Model het al dan niet uitvoeren van gezondheidsgedrag?</i> .....	45
5.1.6 <i>Opvallende resultaten</i> .....	46
5.2 Discussie.....	47
5.2.1 <i>Beperkingen van dit onderzoek</i> .....	47
5.2.2 <i>Aanbevelingen voor vervolgonderzoek</i> .....	47
Referenties.....	49
Bijlage 1: Oproep internet.....	52
Bijlage 2: Vragenlijst.....	53

## **1. Inleiding en probleemstelling**

### **1.1 Gezondheidsverschillen naar etniciteit**

Uit verschillende onderzoeken blijkt dat er gezondheidsverschillen bestaan tussen mensen van verschillende afkomst. De gezondheid van de allochtone bevolking is over het algemeen minder goed is dan de gezondheid van de autochtone bevolking (RIVM, 2008a). Dit zou vooral gelden voor allochtonen van Marokkaanse en Turkse afkomst. Maar er is niet alleen sprake van ongunstige verschillen, er bestaan ook gunstige verschillen tussen de allochtone en autochtone bevolking (GGD, 2003).

Op het gebied van leefstijl blijken allochtonen vaak beter te scoren dan autochtonen. Zo roken allochtone vrouwen minder dan de autochtonen. Ook wordt er onder de allochtone bevolking veel minder alcohol geconsumeerd dan onder de autochtone bevolking. Verder blijkt dat vooral Turken en Marokkanen meer groenten en fruit te eten en minder vaak het ontbijt over slaan.

Er zijn echter ook een aantal ongunstige verschillen te melden tussen allochtonen en autochtonen met betrekking tot gezondheid. In tegenstelling tot bij allochtone vrouwen komt rookgedrag bij allochtone mannen wel veel voor. Voor Turkse mannen is het percentage rokers 49% - 69% en voor Nederlandse mannen 39% - 48% (Van Leest, Van Dis & Verschuren, 2002). Allochtonen voelen zich minder gezond en hebben vaker chronische aandoeningen of ziektes dan autochtonen. Aandoeningen als gewrichtsslijtage, rugaandoeningen en gewrichtsontsteking blijken vaker voor te komen bij Turken en Marokkanen. Ook met betrekking tot geestelijke gezondheid bestaan er ongunstige verschillen tussen allochtonen en autochtonen. Turken en Marokkanen blijken meer last te hebben van psychosociale problemen, depressiviteit en eenzaamheid. Tenslotte zijn er met betrekking tot leefstijl ook een aantal ongunstige verschillen waar te nemen. Allochtonen blijken vaker te zwaar te zijn in vergelijking met autochtonen. Ook krijgen allochtonen vaker onvoldoende lichaamsbeweging dan autochtonen (GGD, 2006).

Verder bestaan er verschillen met betrekking tot zorggebruik en preventie tussen allochtonen en autochtonen. Zo blijken allochtonen vaker de huisarts, de specialist en het maatschappelijk werk te bezoeken. Ook gebruiken allochtonen vaker medicijnen op recept. Dit verschijnsel is niet onlogisch, aangezien allochtonen lichamelijk en geestelijk gemiddeld minder gezond zijn dan autochtonen. Aan de andere kant ligt het bezoek aan de tandarts en de vaccinatiegraad bij allochtonen lager en doen allochtonen minder vaak mee aan screeningsprogramma's (bijv. screening op baarmoederhalskanker).

## **1.2 Mogelijke verklaringen voor gezondheidsverschillen naar etniciteit**

Marks, Murray, Evans, Willig, Woodall & Sykes (2006) beschrijven een aantal factoren die van invloed zijn op gezondheid. Uit onderzoek blijkt dat het slechter gesteld is met de gezondheid van etnische minderheden dan de gezondheid van het dominante volk. Dit patroon wordt consistent waargenomen in de VS tussen Afro-Amerikanen en de blanke populatie. Er worden verschillende verklaringen gegeven voor deze verschillen in mate van gezondheid. Zo speelt cultuur, leefstijl en taalverschil een rol. Er kunnen bijvoorbeeld andere sociale normen gelden binnen een bepaalde cultuur met betrekking tot gezondheidsbevorderend of beschermend gedrag. Ook het verschil in sociaal-economische status (SES) tussen groepen is een belangrijke verklarende factor voor het verschil in de mate van gezondheid.

Leefstijl blijkt een algemene determinant te zijn van gezondheid. Het effect van leefstijl varieert en zorgt voor zowel gunstige als ongunstige verschillen, zoals beschreven in de vorige paragraaf.

Ook sociaal-economische status (SES) verklaart de gezondheidsverschillen tussen allochtonen en autochtonen. Het gemiddeld lagere opleidingsniveau, en daarmee samenhangende lagere SES van allochtonen gaat gepaard met een slechtere gezondheidsstatus ten opzichte van de autochtonen.

De fysieke omgeving waarin de meeste allochtonen leven is gemiddeld slechter dan die van autochtonen. Allochtonen zijn vaak geconcentreerd in armere buurten en leven vaak langs de autochtone bevolking heen. Dit laatste blijkt met name het geval te zijn voor Turken en Marokkanen. De slechtere fysieke omgeving waarin de meeste allochtonen leven heeft te maken met hun lagere SES en hangt samen met ongunstige gezondheidsverschillen.

Verder blijken genetische factoren ook een rol te spelen bij gezondheidsverschillen tussen allochtonen en autochtonen. Het blijkt namelijk dat bepaalde gezondheidsverschillen vaker voorkomen bij niet-westerse allochtone groepen, zelfs wanneer er rekening wordt gehouden met sociaal-economische factoren (opleidingsniveau, inkomen, etc.). Genetische factoren worden verondersteld een rol te spelen bij de verhoogde prevalentie van sommige ziekten onder niet-westerse allochtonen (RIVM, 2008a).

Ten slotte kunnen ook psychologische factoren een rol spelen bij gezondheidsverschillen tussen allochtonen en autochtonen. Opvattingen over gezondheid kunnen als verklaring dienen voor bepaalde keuzes die mensen maken met betrekking tot gezondheidsgedrag (bijvoorbeeld roken). Factoren als attitudes ten opzichte van een bepaald gedrag en waargenomen gedragscontrole in een bepaalde situatie zijn bewezen effectief in het voorspellen en verklaren van gezondheidsgedrag (Conner & Norman, 2007).



### **1.3 Gezondheidsgedragingen bij jongeren**

Jongeren vormen een bijzondere risicogroep bij ongezonde gedragingen. Ongezonde leefstijl van jongeren kan leiden tot ongezondheid op korte termijn, maar vooral ook op latere leeftijd. Ook onder jongeren blijken verschillen te bestaan tussen allochtone en autochtone jongeren met betrekking tot ongezond gedrag. In de volgende subparagrafen gaan we kijken naar 3 gezondheidsgedragingen, namelijk overmatig alcoholgebruik, lichamelijke activiteit en roken bij jongeren. Eerst gaan we kort in op de gezondheidsgevolgen van de betreffende gezondheidsgedragingen. Daarna gaan we kijken naar verschillen tussen allochtone en autochtone jongeren met betrekking tot overmatig alcoholgebruik, lichamelijke activiteit en roken.

#### *1.3.1 Overmatig alcoholgebruik*

Alcoholgebruik heeft invloed op bijna alle organen in het lichaam en hangt samen met ongeveer zestig verschillende medische aandoeningen, waaronder kanker en hart- en vaatziekten. Overmatig alcoholgebruik verhoogt het risico op een groot aantal aandoeningen die zich in de organen manifesteert. Verder heeft overmatig alcoholgebruik ook negatieve sociale gevolgen, als geweld en crimineel gedrag (RIVM, 2008b).

Er blijken verschillen te bestaan in de mate van gevoeligheid voor alcoholgerelateerde schade. Vrouwen, kinderen en adolescenten zijn gevoeliger voor alcoholgerelateerde schade dan respectievelijk mannen en oudere mensen. Jongeren beleven vooral acute gevolgen van alcoholgebruik. Drinkende jongeren hebben een hoger risico op problemen op langere termijn (RIVM, 2008b).

Alcohol is een belangrijke determinant bij sterfte. In 2005 overleden circa 1.800 personen door alcoholgebruik als directe of indirecte doodsoorzaak. Hierbij kan men denken aan aandoeningen die direct het gevolg zijn van overmatig alcoholgebruik, zoals levercirrose, en indirecte doodsoorzaken zoals dodelijke ongevallen door het rijden onder invloed (RIVM, 2008b).

Het blijkt dat alcoholgebruik veel minder voorkomt onder allochtone jongeren dan onder autochtone jongeren. Het aantal drinkers onder allochtone jongeren is 22% tegenover 56% drinkende autochtone jongeren. Tevens wordt er onder de groep drinkende allochtone jongeren minder vaak gedronken dan onder drinkende autochtone jongeren. 18.2% van de drinkende allochtone jongeren drinken vaker dan 1 dag per week tegenover 26.4% van de drinkende autochtone jongeren (Schrijvers & Schoemaker, 2008).

### *1.3.2 Lichamelijke activiteit*

Overgewicht komt steeds vaker voor en draagt sterk bij aan de globale ziektelast. Ook onder jongeren stijgt de prevalentie van overgewicht sterk. Overgewicht kan resulteren in hart- en vaatziekten, type 2 diabetes, hypertensie, beroerte en bepaalde vormen van kanker. Ook kan het negatieve psychologische en sociale gevolgen hebben, zoals lagere zelfvertrouwen en stigmatisatie (Kumanyika, Jeffrey, Morabia, Ritenbaugh & Antipatis, 2002). Voor jongeren geldt dat een overgroot deel van de jongeren die nu te kampen heeft met overgewicht, ook als volwassenen overgewicht zal hebben.

Overgewicht kan meerdere oorzaken hebben, waaronder genetisch aanleg, cultuur, eetpatroon binnen het gezin, het ontbreken van een positief rolmodel, leefstijl en gebrek aan fysieke activiteit (Marks et al. 2006).

Onder allochtone jongeren blijkt overgewicht vaker voor te komen dan onder autochtone jongeren, respectievelijk 19% en 10%. Verder is het beweegpatroon van allochtone jongeren ongunstig ten opzichte van het beweegpatroon van autochtone jongeren. Allochtone jongeren sporten of bewegen minder vaak, kijken meer televisie en zitten vaker achter de computer dan autochtone jongeren. Ook het eetpatroon van allochtone jongeren blijkt op een aantal punten ongunstiger te zijn dan het eetpatroon van autochtone jongeren. Allochtone jongeren ontbijten minder vaak en snacken meer dan autochtone jongeren (Schrijvers & Schoemaker, 2008).

### *1.3.3 Roken*

Uit een rapport van de US Surgeon General uit 2004 blijkt dat roken ziektes veroorzaakt in bijna ieder orgaan van het lichaam. Ziektes die veroorzaakt worden door roken zijn o.a. longkanker, COPD en beroerte. Gemiddeld verkort het roken een mensenleven met 13.2 jaar voor mannen en 14.5 jaar voor vrouwen. Ook passief roken (meerooken) verhoogt het risico op verschillende aandoeningen, zoals longkanker, hart- en vaatziekten en luchtwegklachten (Marks et al., 2006). Verder blijkt dat hoe jonger iemand begint met roken, des te groter de kans is op verslaving aan sigaretten.

Er is geen sterke samenhang tussen etnische afkomst en roken. Autochtone en allochtone jongeren blijken niet significant van elkaar te verschillen met betrekking tot rookgedrag (Schrijvers & Schoemaker, 2008).

## **1.4 Factoren die mogelijk een rol spelen bij ongezonde gedragingen onder jongeren**

Uit onderzoek blijkt dat sociaal-culturele factoren van invloed zijn op het gebruik van alcohol en roken bij adolescenten en volwassenen. De kans is groter dat adolescenten (beginnen met)

roken en drinken wanneer hun ouders, broers/zussen of vrienden ook roken en drinken. Ook is de kans groter dat adolescenten op jongere leeftijd (beginnen met) roken en drinken wanneer er in hun sociale omgeving gerookt en gedronken wordt (Bobo & Husten, 2000). De tolerantie van ouders ten opzichte van roken of drinken is van grote invloed op het al dan niet roken en drinken van jongeren. Ouders van allochtone jongeren bijvoorbeeld staan roken en drinken minder toe dan de ouders van autochtone jongeren. Dit verklaart mede het verschil in alcoholgebruik tussen allochtone en autochtone jongeren.

Ook andere factoren dragen bij aan het (beginnen met) roken en drinken bij adolescenten. Zo blijkt ook bij adolescenten SES invloed te hebben op rook- en drinkgedrag. Een lagere SES blijkt een voorspeller van rook- en drinkgedrag. Ook geslacht blijkt een significante factor te zijn, waarbij mannen eerder aangeven frequent te roken en zwaar te drinken dan vrouwen (Bobo & Husten, 2000).

Uit meerdere onderzoeken blijkt dat er een positieve relatie bestaat tussen het lid zijn van een geloofsgemeenschap en pro-sociaal gedrag. Ook hangt een hoge mate van religiositeit samen met een lage mate van risicogedrag als drugs en alcoholgebruik. Religieuze jongeren vertonen minder snel risicogedrag dan hun niet-religieuze peers (Sinha, Cnaan & Gelles, 2007).

Sociaal-culturele factoren spelen ook een rol bij overgewicht. De perceptie van ouders over geschikte voeding voor hun kinderen wordt beïnvloedt door een aantal factoren, waaronder cultuur en familiekenmerken (Bruss, Morris, Dannison, Orbe, Quitugua & Palacios, 2005).

### **1.5 Doelstelling en probleemstelling**

Uit de cijfers blijkt dat er verschillen bestaan tussen allochtone en autochtone jongeren met betrekking tot ongezonde gedragingen. We zien dat alcoholgebruik veel meer bij autochtone jongeren voorkomt, terwijl overgewicht weer meer onder allochtone jongeren voorkomt. Met betrekking tot roken blijkt dat er geen verschillen bestaan tussen allochtone en autochtone jongeren. Verder blijken deze gedragingen beïnvloedt te worden door een aantal factoren, zoals cultuur, leefstijl, sociale omgeving en SES.

Een veelgebruikte theorie bij het verklaren en voorspellen van intentie en gedrag is de Theory of Planned Behavior (TPB). Deze theorie is onder anderen gebruikt bij onderzoek naar roken, alcoholconsumptie en (onveilig) seksueel gedrag. De constructen van de TPB verklaren een redelijk aandeel van de variantie in intenties. Uit de meta-analyse naar het effect van de TPB bleek dat dit model zo'n 30-40 procent van de variantie in gezondheidsgedrag

verklaart (Armitage & Conner, 2001). Een aanzienlijk deel van de variantie blijft echter onverklaard (Rivis, Sheeran & Armitage, 2006). Verder blijkt dat de TPB zeer effectief is bij het voorspellen van gezondheidsbevorderend gedrag, maar minder succesvol bij risicogedrag. Dit blijkt voornamelijk van toepassing bij jongeren (Gerrard, Gibbons, Houlihan, Stock & Pomery, 2008).

Een mogelijke verklaring voor deze proportie onverklaarde variantie kan liggen in het feit dat onveilig gezondheidsgedrag niet altijd en helemaal intentioneel is (Kuijpers, 2007). Naar aanleiding van deze aanname is het Prototype/Willingness Model (PWM) ontwikkeld (Gibbons & Gerrard, 1995). Met dit model wordt getracht voornamelijk non-intentioneel gedrag te voorspellen en verklaren.

In dit onderzoek gaan we ons richten op Turkse en Nederlandse jongeren in de leeftijdscategorie van 15 tot 25 jaar. De reden dat ervoor is gekozen om naar Turkse jongeren in Nederland te kijken is dat er nog relatief weinig onderzoek is gedaan naar deze populatie in het bijzonder. Er zijn nog weinig gegevens bekend over de prevalentie van ongezonde gedragingen onder Turkse jongeren in Nederland en de mogelijke verklaringen voor het al dan niet vertonen van ongezond gedrag. Door ook Nederlandse jongeren mee te nemen in het onderzoek kunnen deze twee groepen met elkaar vergeleken worden en kunnen de verschillen tussen deze twee groepen zichtbaar gemaakt worden.

Voor de leeftijd van 15 tot 25 jaar is gekozen omdat deze leeftijdscategorie wordt gezien als een periode van verkenning ("*exploration stage*"). Dit wordt onder anderen beschreven in de theorie van Super (1990). Binnen deze leeftijdscategorie verkent men zichzelf en de wereld. Men ontwikkelt een *self-concept* (hoe zie je jezelf?) en maakt keuzes in het leven. Ook wordt er veelal geëxperimenteerd in dit stadium.

Het doel van dit onderzoek is om te kijken in hoeverre verschillen in gezondheidsgedrag tussen Turkse en Nederlandse jongeren samenhangen met de opvattingen die ze over gezondheidsgedragingen hebben. In dit onderzoek gaan we kijken naar drie ongezonde gedragingen, alcoholgebruik, overgewicht en rookgedrag, die bij Turkse en Nederlandse jongeren voorkomen. Deze gedragingen gaan we proberen te voorspellen/verklaren aan de hand van het PWM en de TPB. Daarnaast willen we weten of er sprake is van cultuurverschillen. We gaan gebruik maken van de *risky behavior actor prototype* en de *risky behavior abstainer prototype* en de constructen van de TPB. We willen kijken hoe de ongezonde gedragingen tot relatie staan met het PWM en de prototypes die binnen deze theorie beschreven worden. Wat dit onderzoek ook interessant maakt is dat er geen

onderzoeken bekend zijn waarbij gekeken wordt in hoeverre het PWM overgewicht verklaard/voorspelt.

De twee modellen, TBP en PWM met de bijbehorende prototypes zullen in het volgende hoofdstuk uitgebreid beschreven worden.

## 2. Theory of Planned Behavior en Prototype/Willingness Model

Een recente trend binnen psychologisch onderzoek is de studie naar impliciete cognitieve processen. Het begrijpen van 'social life' vereist dat men kijkt naar de interactie tussen intentionele en non-intentionele perceptuele, cognitieve en motivationele processen (Forgas, Williams & Laham, 2005).

Uit recente onderzoeken blijkt dat er twee typen beslissingsmechanismen zijn bij risicogedrag. (Gerrard et al., 2008). De eerste is de reasoned path, zoals beschreven in de TPB, wat intentioneel gedrag verklaart. Hierbij worden de voor- en nadelen van het uitvoeren van een bepaald gedrag overwogen, en wordt er dus bewust gekozen voor het al dan niet uitvoeren van een bepaald risicogedrag. De tweede is het social reaction path: deze verklaart non-intentioneel gedrag. Dit pad vormt de hoeksteen van de PWM. Binnen het social reaction path zijn twee constructen opgenomen: *risk prototypes* (beelden van mensen die risicogedrag vertonen) en *behavioral willingness* (openheid/bereidheid om risicogedrag te vertonen).

### 2.1 Theory of Planned Behavior: het model

De Theory of Planned Behavior (TPB) is altijd een belangrijke theorie geweest bij onderzoek naar gezondheidsgedrag. Volgens deze theorie is de meest directe en belangrijkste voorspeller van gedrag de intentie om het gedrag uit te voeren. Intentie is de motivatie om zich op een bepaalde manier te gedragen. Het geeft aan in hoeverre men bereid is om het te proberen en hoeveel tijd en moeite hij/zij bereid is te spenderen om het gedrag uit te voeren. Ook sociale en persoonlijke invloeden zijn meegenomen in het model (Rivis, Sheeran & Armitage, 2006). Dit zijn attitudes, sociale normen en waargenomen gedragscontrole.

Attitudes, sociale normen en waargenomen gedragscontrole beïnvloeden het gedrag via hun effect op intenties. In hun boek *Social Psychology* (2005) geven Brehm, Kassin en Fein een definitie van de sociaal-cognitieve determinanten attitude, sociale normen en waargenomen gedragscontrole.

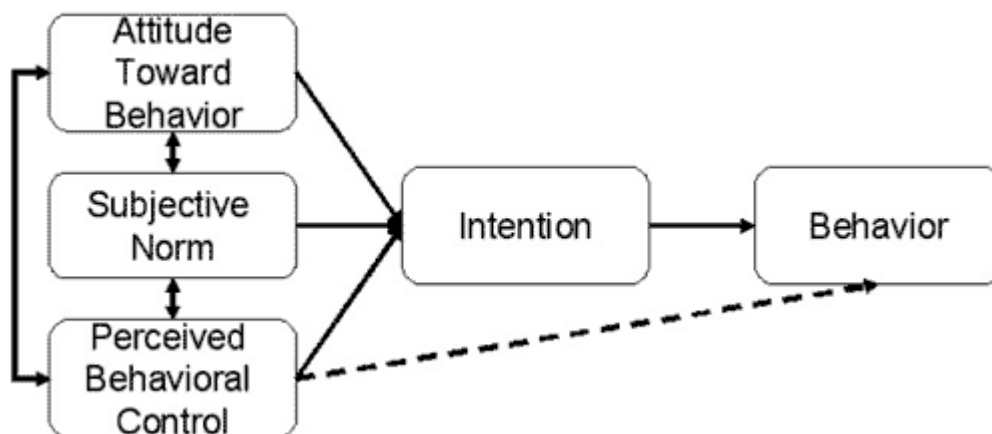
Attitude wordt beschreven als positieve of negatieve evaluatie van personen, objecten en ideeën. Uit onderzoek blijkt dat attitudes een belangrijke functie hebben. Ze helpen ons onder anderen bij het maken van snelle beoordelingen. Maar een probleem die bestaande attitudes met zich meebrengen is dat we meer bekrompen in onze opvattingen worden, vooringenomen zijn in de manier waarop we nieuwe informatie interpreteren, en ons meer gaan verzetten tegen verandering. Attitudes beïnvloeden het gedrag, al komt het gedrag van mensen niet

altijd overeen met de attitudes die ze hebben (denk bijvoorbeeld aan sociale wenselijk gedrag).

Sociale normen zijn de algemene regels die door de maatschappij zijn opgesteld. Deze normen zijn een standaard voor sociaal wenselijk en onwenselijk gedrag. Het gedrag van mensen worden vaak geleid door de geldende sociale normen binnen de maatschappij.

Waargenomen gedragscontrole is de perceptie van een individu over de mate van controle die hij of zij heeft over een bepaald gedrag en hoe zeker iemand van zichzelf is dat hij of zij het gedrag kan uitvoeren. Uit onderzoek blijkt dat hoe hoger de waargenomen gedragscontrole is, hoe groter de kans is dat je een gewenste uitkomst krijgt. Dit komt doordat mensen met een hoge mate van waargenomen gedragscontrole sneller een probleem aanpakken, meer hun best doen, het minder snel opgeven en hierdoor uiteindelijk meer kans hebben op succes. Waargenomen gedragscontrole heeft direct én indirect invloed op gedrag. Wanneer er een hoge mate van waargenomen gedragscontrole is, blijkt er een indirecte link te bestaan tussen waargenomen gedragscontrole en gedrag via intentie. Wanneer er een lage mate van waargenomen gedragscontrole is, bestaat er een directe relatie tussen waargenomen gedragscontrole en gedrag (Ajzen & Madden, 1986)

In het onderstaande model wordt de onderlinge verhoudingen tussen deze constructen weergegeven.



*Figuur 1.* Theory of Planned Behavior (Ajzen & Madden, 1986)

## 2.2 Theory of planned behavior in relatie tot alcoholgebruik, overgewicht en roken

De TPB is vaak gebruikt bij onderzoek naar alcoholgebruik en -misbruik onder adolescenten. Uit de literatuur blijkt dat attitudes ten opzichte van alcoholgebruik, normatieve invloeden en intentie tot alcoholgebruik belangrijke voorspellers zijn van alcoholgebruik onder adolescenten. In hun onderzoek vonden Marcoux en Shope (1997) dat intentie 26-37% van de variantie in alcoholgebruik bij adolescenten verklaarde. Verder bleek uit het onderzoek dat

76% van de variantie in intentie verklaard werd door attitudes, subjectieve normen en waargenomen gedragscontrole.

Er is weinig bekend over de relatie tussen de TPB en overgewicht. Bij onderzoek naar overgewicht wordt er vaak gekeken naar de relatie tussen de TPB en fysieke activiteit. Dziewaltowski, Noble en Shaw (1991) vonden in hun onderzoek bijvoorbeeld dat de intentie om deel te nemen aan een fysieke activiteit beïnvloedt wordt door een positieve perceptie van de controle over de deelname aan de betreffende fysieke activiteit. Verder vonden Schifter en Ajzen (1985) dat waargenomen gedragscontrole een significante voorspeller is voor de intentie om af te vallen en de daadwerkelijke hoeveelheid kilo's die iemand kwijtraakt.

De TPB is ook vaak gebruikt in onderzoek naar roken. Godin, Valoise, Lepage en Desharnais (1992) vonden bijvoorbeeld dat de frequentie van roken voornamelijk verklaard kan worden door een lage mate van waargenomen gedragscontrole. Norman, Conner en Bell (1999) pasten de TPB toe op het stoppen met roken en vonden dat waargenomen gedragscontrole de beste voorspeller is van de intentie om te stoppen met roken.

Concluderend kan gesteld worden dat de TPB veel gebruikt is en nog steeds wordt bij onderzoek naar gezondheidsgedragingen en dat de effectiviteit van deze theorie bewezen is.

### **2.3 Prototype/Willingness Model: het model**

Volgens het PWM zijn de beelden of prototypes die adolescenten van hun peers die risicogedrag vertonen hebben, gerelateerd aan hun bereidheid (willingness) om datzelfde risicogedrag te vertonen wanneer zich de gelegenheid aandient (Spijkerman, Van den Eijnden, Vitale & Engels, 2004). Met andere woorden, behavioral willingness verwijst naar de bereidheid om een bepaald (risico)gedrag te vertonen in een bepaalde context (bijvoorbeeld het drinken van alcohol dat beschikbaar is op een feestje). Intentie en willingness zijn onafhankelijke constructen die gerelateerd zijn aan elkaar (Spijkerman, Van den Eijnden, Engels, 2005).

Gerrard et al. (2008) bespreken in hun artikel een aantal aannames binnen het PWM. Ten eerste is gezondheidsrisicogedrag van adolescenten normaliter bewust, maar vaak niet gepland of intentioneel. Er bestaat vaak een discrepantie tussen intenties en gedrag. Gezondheidsrisicogedrag wordt gezien als een reactie op een situatie die risico met zich meebrengt.

Ten tweede wordt gezondheidsrisicogedrag normaliter samen met, of in de aanwezigheid van anderen uitgevoerd. Het zijn dus sociale gebeurtenissen, waardoor sociale



vergelijkingsprocessen waarschijnlijk een belangrijke invloed hebben op gezondheidsrisicogedrag van jongeren.

De derde aanname binnen het model is dat adolescenten duidelijke cognitieve representaties of *social images* (prototypes) hebben van het type persoon van hun leeftijd die een bepaald risicogedrag vertoont of juist ontwijkt. Jongeren schrijven bepaalde eigenschappen toe aan deze prototypes. Deze images zijn gerelateerd aan de bereidheid (willingness) van adolescenten om risicogedrag te vertonen.

Rivis et al. (2006) beschrijven 4 prototype categorieën. Deze ontstaan door het combineren van risicovol versus gezond gedrag en actors versus abstainers (respectievelijk wel en niet uitvoeren van het gedrag). De 4 prototype categorieën worden in het volgende tabel weergegeven:

	<b>Risky behavior</b>	<b>Healthy behavior</b>
<b>Actor</b>	<i>Risky behavior actor prototype</i>	<i>Healthy behavior actor prototype</i>
<b>Abstainer</b>	<i>Risky behavior abstainer prototype</i>	<i>Healthy behavior abstainer prototype</i>

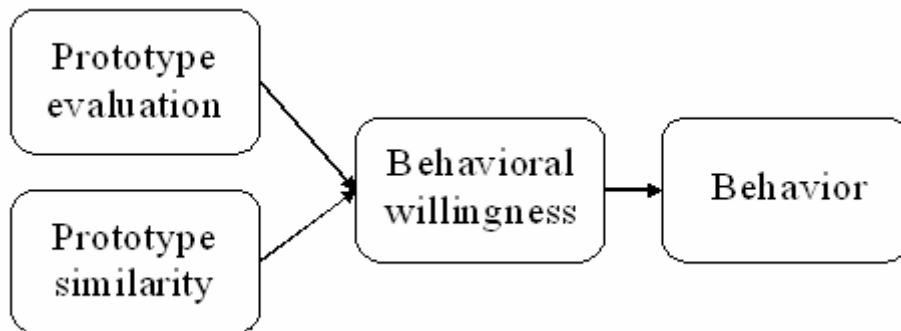
Deze verschillende prototypes worden als volgt omschreven (Rivis et al., 2006):

- *Risky behavior actor prototype*: beeld van mensen die een bepaald gezondheidsrisicogedrag vertonen.
- *Risky behavior abstainer prototype*: beeld van mensen die een bepaald gezondheidsrisicogedrag niet vertonen.
- *Healthy behavior actor prototype*: beeld van mensen die een bepaald gezondheidsbevorderend gedrag vertonen.
- *Healthy behavior abstainer prototype*: beeld van mensen die een bepaald gezondheidsbevorderend gedrag niet vertonen.

Dit betekent dat *risky behavior actor prototype* en *healthy behavior abstainer prototype* risicobeelden zijn, en dat *risky behavior abstainer prototype* en *healthy behavior actor prototype* non-risico beelden zijn.

Volgens het PWM voorspellen twee aspecten van prototype perceptie gezondheidsgerelateerde beslissingen: *prototype evaluation* (de mate van voorkeur voor het risicobeeld) en *prototype similarity* (overeenkomst tussen het zelf en het beeld dat men heeft

van iemand die het gedrag uitvoert). De neiging om het risicogedrag, zoals beschreven met het prototype, uit te voeren wordt groter naarmate het prototype positiever wordt geëvalueerd en de waargenomen overeenkomst tussen het zelf en het prototype groter is. Prototype evaluation en prototype similarity beïnvloeden de behavioral willingness, welke op zijn beurt invloed heeft op het gedrag (Rivis et al., 2006). In figuur 2 wordt deze relatie schematisch weergegeven.



*Figuur 2. Prototype/Willingness Model*

#### **2.4 Prototype/Willingness Model: huidige inzichten**

Het PWM wordt in huidig onderzoek vaak gebruikt om risicovol gezondheidsgedrag van adolescenten te voorspellen en te verklaren.

Spijkerman et al. (2005) onderzochten de rol van zelfvergelijkingsprocessen van adolescenten bij de beslissing om te beginnen met roken. Er werd getest of self-consistency en self-enhancement motieven het beginnen met roken voorspelden. Uit de data bleek dat prototypes van peers die rookten gerelateerd waren aan de bereidheid (willingness) van adolescenten om te (beginnen met) roken. Respondenten die rokende peers als “opstandig” zagen hadden een verlaagde kans om zelf te roken in de toekomst. Respondenten die rokende peers als “cool” zagen hadden een verhoogde kans om zelf te roken in de toekomst. Verder is er bewijs gevonden dat self-consistency en self-enhancement motieven een voorspellende rol spelen bij het beginnen met roken bij adolescenten. De bereidheid (willingness) van adolescenten was gerelateerd aan self-consistency en self-enhancement motieven.

In een eerder onderzoek probeerden Spijkerman et al. (2004) het rook- en drinkgedrag van adolescenten ook al te verklaren aan de hand van het PWM. Uit dit onderzoek bleek dat adolescenten over het algemeen een negatief beeld hebben van rokende en drinkende peers. De prototypes van rokende en drinkende peers bleken gerelateerd te zijn aan de willingness en intentie van adolescenten om te roken en te drinken. De prototypes van rokende en drinkende

peers dragen bij aan het verklaren van de willingness en intentie van adolescenten om te roken en te drinken. De bevindingen uit dit onderzoek steunen de aanname dat, naast andere sociaal-cognitieve variabelen als attitudes en sociale normen, prototypes een belangrijke rol spelen in de beslissing van adolescenten om te roken en te drinken.

In hun onderzoek naar roken en alcoholgebruik onder adolescenten vonden Andrews, Barckley, Hampson, Gerrard en Gibbons (2008) dat intentie en willingness beiden van invloed zijn op het roken en drinken onder adolescenten.

Het onderzoek van Ravis, Sheeran & Armitage (2006) had twee doelen: (1) testen of het uitbreiden van de TPB met PWM gezondheidsgerelateerde intenties beter voorspelt dan TPB en eerder gedrag op zich, en (2) testen of actor prototypes en abstainer prototypes dezelfde relatie hebben met health-risk en health-protective intenties. Uit de resultaten blijkt dat de variabelen van de PWM significant bijdragen aan het verklaren van de variantie in intenties (5% van de variantie na controle van de variabelen van de TPB en eerder gedrag). Verder blijkt dat actor en abstainer prototypes even voorspellend zijn voor health-risk en health-protective gedragsintenties.

## **2.5 Demografische variabelen**

Demografische variabelen kunnen ook een rol spelen bij het verklaren en voorspellen van risicogedrag. In dit onderzoek worden er een aantal demografische variabelen meegenomen. De variabelen leeftijd, geslacht en afkomst (Nederlands / Turks) zijn opgenomen in de vragenlijst. In dit onderzoek is ervoor gekozen om naar jongeren tussen de 15 en 25 jaar te kijken. Er wordt gevraagd naar afkomst, om zo Nederlandse en Turkse jongeren met elkaar te kunnen vergelijken. Hierdoor kunnen we zien of er verschillen naar etniciteit bestaan met betrekking tot opvattingen over risicogedrag.

## **2.6 Onderzoeksvragen en verwachtingen**

In dit onderzoek willen we bepaalde gezondheidsgedragingen voorspellen en verklaren met de Theory of Planned Behavior en Prototype/Willingness Model. Hierbij willen we Turkse en Nederlandse jongeren met elkaar vergelijken, om te kijken in hoeverre cultuur van invloed is op de opvattingen die jongeren over gezondheidsgedragingen hebben.

Hiertoe is een hoofdvraag en een aantal deelvragen opgesteld. De hoofdvraag van dit onderzoek luidt: *In hoeverre hangen verschillen in gezondheidsgedrag tussen Turkse en Nederlandse jongeren samen met opvattingen die ze over gezondheidsgedragingen hebben?*

De deelvragen die met dit onderzoek beantwoordt zullen worden zijn als volgt:

1. *In hoeverre komen de gezondheidsgedragingen alcoholgebruik, lichamelijke activiteit en rookgedrag voor bij Turkse en Nederlands jongeren?*
2. *Bestaat er een invloed van cultuur op het al dan niet uitvoeren van gezondheidsgedragingen?*
3. *Bestaat er een relatie tussen cultuur en het prototype voor een bepaald gezondheidsgedrag?*
4. *In hoeverre verklaart de Theory of Planned Behavior het al dan niet uitvoeren van gezondheidsgedrag?*
5. *In hoeverre verklaart het Prototype/Willingness Model het al dan niet uitvoeren van gezondheidsgedrag?*

Aan de hand van de bestaande literatuur over dit onderwerp en de onderzoeksvragen is het mogelijk om een aantal verwachtingen te formuleren. Naar aanleiding van wat er in de literatuur is beschreven wordt er verwacht dat alcoholgebruik en lichamelijke activiteit meer bij Nederlandse jongeren zal voorkomen dan bij Turkse jongeren. Met betrekking tot rookgedrag wordt er geen verschil tussen de twee groepen verwacht.

In hoofdstuk 1 is beschreven dat de mate van religiositeit zorgt voor het vertonen van minder risicogedrag. Er wordt verwacht dat de invloed van cultuur vooral duidelijk zichtbaar zal zijn bij alcoholgebruik, omdat dit gezondheidsgedrag het minst geaccepteerd is binnen de Turkse cultuur en verboden is volgens het islamitische geloof. Bij overgewicht blijken sociaal-culturele factoren een rol te spelen en blijkt overgewicht meer voor te komen onder allochtone jongeren dan autochtone jongeren, zoals beschreven in hoofdstuk 1. Daarom wordt er verwacht dat cultuur van invloed zal zijn op lichamelijke activiteit en dat Nederlandse jongeren meer lichamenlijk actief zijn dan Turkse jongeren. Voor roken wordt niet verwacht dat er sprake is van een cultureel invloed. Dit is een geaccepteerde gedragingen binnen zowel de Nederlandse als de Turkse cultuur.

Verder wordt er verwacht dat er een invloed van cultuur zichtbaar zal zijn voor de prototypes van de verschillende gezondheidsgedragingen. Er wordt verwacht dat Turkse jongeren het prototype voor iemand die regelmatig alcohol drinkt negatiever zullen beoordelen dan Nederlandse jongeren. Naar verwachting zullen Nederlandse jongeren het prototype van iemand die lichamenlijk actief is positiever beoordelen dan Turkse jongeren en zal er bij de beoordeling van het prototype van iemand die regelmatig rookt geen verschillen waargenomen worden.

Uit onderzoek blijkt dat de Theory of Planned Behavior zo'n 30-40% van de variantie in gezondheidsgedrag verklaart. Ook in dit onderzoek wordt er verwacht dat de constructen van de TPB gezamenlijk 30-40% van de variantie zullen verklaren.

### **3. Methoden van onderzoek**

In dit hoofdstuk komen de methoden van onderzoek aan bod. De respondenten, de gevolgde procedure en het meetinstrument worden besproken en nader toegelicht.

#### **3.1 Respondenten**

In dit onderzoek zijn Turkse en Nederlandse jongeren in de leeftijd van 15 tot en met 25 jaar betrokken. Deze jongeren zijn geworven op internet, via een aantal sites die veel bezocht worden door jongeren. Het gaat om de volgende sites: [www.muptela.nl](http://www.muptela.nl), [www.yakamoz.nl](http://www.yakamoz.nl), [www.hababam.nl](http://www.hababam.nl), [www.hyves.nl](http://www.hyves.nl) en [www.scholieren.com](http://www.scholieren.com). Op deze sites is een oproep geplaatst met daarin een link naar de online versie van de vragenlijst (zie bijlage 1). De online versie van de vragenlijst is opgesteld met behulp van [www.surveymonkey.com](http://www.surveymonkey.com). In totaal hebben 104 jongeren meegedaan aan het onderzoek. De kenmerken van de steekproef worden weergegeven in de resultatensectie.

#### **3.2 Procedure**

Aan de respondenten is medegedeeld dat het om een onderzoek gaat naar opvattingen over bepaalde gezondheidsgedragingen. Verder is duidelijk vermeldt dat deelname geheel anoniem is. Ook is er vermeldt dat er geen goede of foute antwoorden zijn, en dat het gaat om wat voor de respondent van toepassing is en hoe hij/zij over bepaalde dingen denkt.

#### **3.3 Meetinstrument**

De vragenlijst is samengesteld door het combineren van items uit eerder onderzoek. Eerst werd de respondent naar enkele demografische kenmerken gevraagd. Vervolgens kwamen de gezondheidsgedragingen alcoholgebruik, lichamelijke activiteit en rookgedrag in de genoemde volgorde aan bod. Bij ieder gezondheidsgedrag kwamen eerst de prototypes, prototype similarity en behavioral willingness aan bod. Vervolgens werd het gedrag gemeten. Tenslotte volgden een aantal vragen die betrekking hadden op de constructen van de Theory of Planned Behavior.

##### *3.3.1 Demografische kenmerken*

De respondenten werd gevraagd naar een aantal demografische kenmerken, namelijk leeftijd, geslacht (man/vrouw), opleidingsniveau (vmbo/havo/vwo/mbo/hbo/wo) en afkomst (Nederlands/Turks).

### 3.3.2 Alcoholgebruik

#### *Variabelen PWM*

Het prototype van het type persoon dat regelmatig alcohol drinkt werd vastgesteld aan de hand van de twaalf kenmerken van Gibbons en Gerrard (1998), namelijk: slim, rommelig, populair, onvolwassen, cool, zelfverzekerd, onafhankelijk, onzorgvuldig, onaantrekkelijk, saai, voorzichtig en egoïstisch. De respondent werd de volgende vraag gesteld: “*Kun je aangeven in hoeverre jij de onderstaande eigenschappen vindt passen bij iemand van jouw leeftijd die regelmatig alcohol drinkt?*”. De antwoordmogelijkheden hierbij waren helemaal niet, niet, vrijwel niet, een beetje, vrij veel, wel en helemaal. De betrouwbaarheid van deze kenmerken is 0.84.

Prototype similarity werd gemeten door de vraag “*In hoeverre lijkt jij op dit type persoon?*” te stellen. De antwoordmogelijkheden waren ook hierbij helemaal niet, niet, vrijwel niet, een beetje, vrij veel, wel en helemaal.

Tenslotte werd behavioral willingness gemeten door de volgende situatie te schetsen: *Stel, je bent op een feestje waar veel alcohol wordt gedronken. Je hebt al 5 glazen alcohol gedronken, maar een vriend/vriendin biedt je nog een drankje aan. Wat zou je doen?* Daarna werden een drietal mogelijkheden gegeven, namelijk “Ik zou in zo’n situatie het drankje aannemen en opdrieken”, “Ik zou in zo’n situatie “nee bedankt” zeggen en het drankje niet aannemen” en “Ik zou in zo’n situatie het drankje niet aannemen, maar even weggaan”. Bij ieder mogelijkheid moest de respondent aangeven hoe waarschijnlijk het was dat hij of zij in de geschetste situatie op die manier zou handelen. De antwoordmogelijkheden hierbij waren zeker niet, waarschijnlijk niet, misschien, waarschijnlijk wel en zeker wel. De betrouwbaarheid van deze items is 0.75.

#### *Variabelen TPB*

De constructen van de Theory of Planned behavior, attitude, waargenomen gedragscontrole, subjectieve norm en intentie, zijn gemeten met een aantal stellingen. Hierbij waren de antwoordmogelijkheden telkens helemaal mee oneens, mee oneens, neutraal, mee eens en helemaal mee eens.

Attitude ten opzichte van alcoholgebruik is gemeten aan de hand van drie stellingen, namelijk “Als ik meer dan 5 glazen alcohol drink op één avond heb ik het pas echt naar mijn zin”, “Als ik meer dan 5 glazen alcohol drink op één avond durf ik meer” en “Als ik meer dan

5 glazen alcohol drink op één avond wordt het gezelliger voor mij”. De betrouwbaarheid van deze items is goed, namelijk 0.85.

Waargenomen gedragscontrole met betrekking tot alcoholgebruik is gemeten aan de hand van de volgende stellingen: “Geen alcohol drinken terwijl mijn vrienden wel drinken is moeilijk voor mij”, Alcohol weigeren als ik die aangeboden krijg is moeilijk voor mij” en “Niet meer dan 5 glazen alcohol drinken op één avond is moeilijk voor mij”. De betrouwbaarheid van deze items is 0.76.

Subjectieve norm ten opzichten van alcoholgebruik is gemeten aan de hand van de volgende items: “Mijn vrienden vinden dat ik niet meer dan 5 glazen alcohol op één avond moet drinken”, “Mijn ouders vinden dat ik niet meer dan 5 glazen alcohol op één avond moet drinken” en “Mijn familie vindt dat ik niet meer dan 5 glazen alcohol op één avond moet drinken”. De betrouwbaarheid van deze items is 0.81.

Ten slotte is de intentie tot overmatig alcoholgebruik gemeten aan de hand van drie items, namelijk “Ik ben van plan in de toekomst niet meer dan 5 glazen alcohol op één avond te drinken”, Ik verwacht dat ik in de toekomst niet meer dan 5 glazen alcohol op één avond zal drinken” en “Ik wil in de toekomst niet meer dan 5 glazen alcohol op één avond drinken”. De betrouwbaarheid van deze items is zeer goed, namelijk 0.97.

### *Gedrag*

Alcoholgebruik werd gemeten aan de hand van de vraag “drink je alcohol?”. De antwoordmogelijkheden hierbij waren nooit, soms en regelmatig.

### *3.3.2 Lichamelijke activiteit*

#### *Variabelen PWM*

Het prototype van het type persoon dat nooit sport werd vastgesteld aan de hand van de twaalf kenmerken van Gibbons en Gerrard (1998), namelijk: slim, rommelig, populair, onvolwassen, cool, zelfverzekerd, onafhankelijk, onzorgvuldig, onaantrekkelijk, saai, voorzichtig en egoïstisch. De respondent werd de volgende vraag gesteld: *Kun je aangeven in hoeverre jij de onderstaande eigenschappen vindt passen bij iemand van jouw leeftijd **die nooit sport**?* De antwoordmogelijkheden hierbij waren helemaal niet, niet, vrijwel niet, een beetje, vrij veel, wel en helemaal. De betrouwbaarheid hierbij is 0.74.



Prototype similarity werd gemeten door de vraag “*In hoeverre lijkt jij op dit type persoon?*” te stellen. De antwoordmogelijkheden waren wederom helemaal niet, niet, vrijwel niet, een beetje, vrij veel, wel en helemaal.

Behavioral willingness werd gemeten door de volgende situatie te schetsen: *Stel, je hebt met een vriend/vriendin waar je altijd mee gaat fitnesssen, afgesproken om vanavond samen te fitnesssen. Je vriend/vriendin belt op het laatste moment echter af. Wat zou je doen?* De drie mogelijkheden hierbij waren: “Ik zou in zo’n situatie toch alleen gaan fitnesssen”, “Ik zou in zo’n situatie besluiten om zelf ook niet te gaan fitnesssen” en “Ik zou in zo’n situatie een andere vriend/vriendin meevragen naar fitness”. Bij ieder mogelijkheid moest de respondent aangeven hoe waarschijnlijk het was dat hij of zij in de geschetste situatie op die manier zou handelen. De antwoordmogelijkheden hierbij waren zeker niet, waarschijnlijk niet, misschien, waarschijnlijk wel en zeker wel. De betrouwbaarheid van deze items is 0.63.

#### *Variabelen TPB*

De constructen van de Theory of Planned behavior, attitude, waargenomen gedragscontrole, subjectieve norm en intentie, zijn gemeten met een aantal stellingen. Hierbij waren de antwoordmogelijkheden telkens helemaal mee oneens, mee oneens, neutraal, mee eens en helemaal mee eens.

Attitude ten opzichte van lichamelijke activiteit is gemeten aan de hand van de volgende items: “Regelmatig sporten is goed voor de gezondheid”, “Regelmatig sporten zorgt ervoor dat je meer energie krijgt” en “Regelmatig sporten werkt ontspannend” (hierbij is in de inleiding van dit deel van de vragenlijst gespecificeerd dat regelmatig sporten bijvoorbeeld 1 keer per week inhoudt). De betrouwbaarheid van deze items is 0.80.

Waargenomen gedragscontrole met betrekking tot lichamelijke activiteit is gemeten met de volgende drie items: “Ik zou ook alleen naar de sportschool gaan”, “Ik zou gaan sporten, ook al stelt een vriend(in) voor iets anders te gaan doen” en “Ik zou gaan sporten, ook wanneer er een leuk programma op tv is”. De betrouwbaarheid van deze items is 0.83.

Subjectieve norm ten opzichte van lichamelijke activiteit is gemeten aan de hand van de items “Mijn vrienden vinden regelmatig sporten belangrijk”, “Mijn ouders vinden regelmatig sporten belangrijk” en “Mijn familie vindt regelmatig sporten belangrijk”. De betrouwbaarheid van deze items is 0.68.

Intentie tot lichamelijke activiteit is tenslotte gemeten aan de hand van de volgende drie items: “Ik ben van plan in de toekomst (vaker) te sporten”, “Ik verwacht dat ik in de toekomst

(vaker) ga sporten” en “Ik wil in de toekomst (vaker) gaan sporten”. De betrouwbaarheid van deze items is zeer goed, namelijk 0.97.

### *Gedrag*

Lichamelijke activiteit werd gemeten aan de hand van de vraag “Sport jij?”. De antwoordmogelijkheden hierbij waren nooit, soms en regelmatig.

### *3.3.3 Rookgedrag*

#### *Variabelen PWM*

Het prototype van het type persoon dat dagelijks rookt werd vastgesteld aan de hand van de twaalf kenmerken van Gibbons en Gerrard (1998), namelijk: slim, rommelig, populair, onvolwassen, cool, zelfverzekerd, onafhankelijk, onzorgvuldig, onaantrekkelijk, saai, voorzichtig en egoïstisch. De respondent werd de volgende vraag gesteld: *Kun je aangeven in hoeverre jij de onderstaande eigenschappen vindt passen bij iemand van jouw leeftijd die dagelijks rookt?* De antwoordmogelijkheden hierbij waren helemaal niet, niet, vrijwel niet, een beetje, vrij veel, wel en helemaal. De betrouwbaarheid van deze kenmerken is 0.82.

Prototype similarity werd gemeten door de vraag “*In hoeverre lijkt jij op dit type persoon?*” te stellen. De antwoordmogelijkheden waren ook hierbij helemaal niet, niet, vrijwel niet, een beetje, vrij veel, wel en helemaal.

Behavioral willingness met betrekking tot roken is gemeten door de volgende situatie te schetsen: *Stel, je bent met een groepje vrienden die allemaal roken. Ze bieden je een sigaret aan. Wat zou je doen?* De drie mogelijkheden hierbij waren: “Ik zou in zo’n situatie de sigaret aannemen en meeroken.”, “Ik zou in zo’n situatie “nee bedankt” zeggen en de sigaret niet aannemen.” En “Ik zou in zo’n situatie de sigaret niet aannemen, maar even weggaan.”. Ook hier moest de respondent aangeven hoe waarschijnlijk het was dat hij of zij in de geschetste situatie op die manier zou handelen. De antwoordmogelijkheden hierbij waren zeker niet, waarschijnlijk niet, misschien, waarschijnlijk wel en zeker wel. De betrouwbaarheid is 0.82.

#### *Variabelen TPB*

De constructen van de Theory of Planned behavior, attitude, waargenomen gedragscontrole, subjectieve norm en intentie, zijn gemeten met een aantal stellingen. Hierbij waren de antwoordmogelijkheden telkens helemaal mee oneens, mee oneens, neutraal, mee eens en helemaal mee eens.

Attitude ten opzichte van roken is gemeten met de items “Roken verminderd stress”, “Als je rookt hoor je erbij” en “Roken werkt ontspannend”. De betrouwbaarheid van deze items is 0.73.

Waargenomen gedragscontrole met betrekking tot roken is gemeten met de volgende drie items: “Niet roken terwijl mijn vrienden roken moeilijk voor mij”, “Het weigeren van een sigaret als ik die aangeboden krijg is moeilijk voor mij” en “Niet roken is moeilijk voor mij”. De betrouwbaarheid van deze items is zeer hoog, namelijk 0.93.

Subjectieve norm ten opzichte van roken is gemeten aan de hand van de items “Mijn vrienden vinden dat ik niet moet roken”, “Mijn ouders vinden dat ik niet moet roken” en “Mijn familie vindt dat ik niet moet roken”. De betrouwbaarheid van deze items is 0.72.

Tenslotte is intentie tot roken gemeten aan de hand van de volgende drie items: “Ik ben van plan in de toekomst niet te roken”, “Ik verwacht dat ik in de toekomst niet ga roken” en “Ik wil in de toekomst niet roken”. De betrouwbaarheid van deze items is zeer goed, namelijk 0.97.

### *Gedrag*

Rookgedrag werd gemeten aan de hand van de vraag “Rook jij?”. De antwoordmogelijkheden hierbij waren nooit, soms en regelmatig.

### **3.4 Gebruikte analyses**

In dit onderzoek worden een aantal analyses gebruikt. Ten eerste worden er betrouwbaarheidsanalyses uitgevoerd, waarmee de betrouwbaarheid van de items in de vragenlijst wordt bepaald. Vervolgens worden de gemiddelde scores voor beide groepen berekend. Hiermee kunnen Nederlandse en Turkse jongeren met elkaar vergeleken worden. Tevens worden er correlaties berekend tussen de verschillende constructen van beide modellen. Zo kan er bepaald worden in hoeverre de constructen van invloed zijn op elkaar en op het gedrag. Ten slotte wordt er een regressie analyse uitgevoerd om de verklarende waarde van beide modellen te bepalen.

## 4. Resultaten

### 4.1 Demografische kenmerken

In tabel 1 worden de demografische gegevens geslacht, leeftijd, opleidingsniveau en afkomst van de onderzoeksgroep weergegeven.

Tabel 1: *Demografische gegevens van de onderzoeksgroep (n=104), weergegeven in frequenties en percentages*

		n	%
<b>Geslacht</b>	Man	27	26.0
	Vrouw	77	74.0
<b>Leeftijd</b>	15	7	6.7
	16	8	7.7
	17	16	15.4
	18	16	15.4
	19	9	8.7
	20	15	14.4
	21	10	9.6
	22	9	8.7
	23	5	4.8
	24	3	2.9
25	6	5.8	
<b>Opleidingsniveau</b>	vmbo	12	11.5
	havo	7	6.7
	vwo	11	10.6
	mbo	42	40.4
	hbo	15	14.4
	wo	17	16.3
<b>Afkomst</b>	Nederlands	55	52.9
	Turks	49	47.1

De demografische gegevens laten zien dat de onderzoeksgroep voor een groot deel uit vrouwen bestaat (74% vrouwen tegenover 26% mannen). In de tabel is te zien dat er qua leeftijd en opleidingsniveau voldoende spreiding is. De leeftijden 17 en 18 komen het meest voor (beide 15.4%). De opleidingsniveau mbo is het meest voorkomende binnen deze onderzoeksgroep (40.4%). Tenslotte laat de tabel zien dat de Nederlandse groep beter vertegenwoordigd is dan de Turkse groep; 52.9% van de respondenten zijn Nederlands en 47.1% is Turks.

## 4.2 Theory of Planned Behavior

In deze sectie gaan we kijken naar de drie gezondheidsgedragingen alcoholgebruik, lichamelijke activiteit en rookgedrag en de constructen van de Theory of Planned Behavior. We zullen kijken naar de verschillen tussen Nederlandse en Turkse jongeren (cultuurverschillen) en verschillen tussen mannen en vrouwen (geslachtsverschillen). Daarnaast wordt er een correlatie-analyse en een regressie-analyse uitgevoerd voor de verschillende groepen.

### 4.2.1 Cultuurverschillen: gemiddelde scores

In deze sectie wordt er gekeken naar de gemiddelde scores van Turkse en Nederlandse jongeren op de constructen van de Theory of Planned Behavior met betrekking tot alcoholgebruik, lichamelijke activiteit en rookgedrag. Vervolgens worden deze scores met elkaar vergeleken. Verder wordt er gekeken of de verschillen in scores statistisch significant zijn.

In tabel 2 zijn de gemiddelde scores van Nederlandse en Turkse jongeren met betrekking tot alcoholgebruik en de constructen van de Theory of Planned Behavior weergegeven.

Tabel 2: *Gemiddelde scores (1-5) van Nederlandse (n=55) en Turkse (n=49) jongeren met betrekking tot attitude, self-efficacy, sociale norm en intentie tot alcoholgebruik en daadwerkelijke alcoholgebruik*

	Nederlands	Turks	Totaal
Attitude t.o.v. alcoholgebruik	2.42	1.67**	2.07
Self-efficacy m.b.t. alcoholgebruik	4.18	4.46	4.31
Sociale norm t.o.v. alcoholgebruik	3.38	3.04	3.22
Intentie tot alcoholgebruik	3.18	2.91	3.05
Alcoholgebruik	2.02	1.45**	1.75

\*  $p < 0.05$  ; \*\*  $p < 0.01$

Bij deze scores zijn een aantal verschillen tussen de groepen waar te nemen. Turkse jongeren hebben een veel negatievere attitude ten opzichte van alcoholgebruik dan Nederlandse jongeren. Dit verschil blijkt significant:  $F(1, 102) = 14.61, p < 0.01$ . Op self-efficacy met betrekking tot alcoholgebruik scoren Turkse jongeren hoger dan Nederlandse jongeren. Dit betekent dat Turkse jongeren zich beter in staat achten om van de alcohol af te blijven. Dit verschil blijkt echter niet significant:  $F(1, 102) = 3.19, p = 0.08$ . Ook bij sociale normen ten opzichte van alcoholgebruik zijn verschillen waar te nemen tussen Nederlandse en Turkse jongeren. Turkse jongeren scoren lager op dit construct dan Nederlandse jongeren. Dit

betekent dat alcoholgebruik meer wordt afgekeurd door de sociale omgeving van Turkse jongeren; bij Nederlandse jongeren wordt alcoholgebruik meer geaccepteerd door de sociale omgeving. Ook dit verschil is niet significant:  $F(1, 102) = 1.91, p = 0.17$ . Uit de gemiddelde scores blijkt dat Turkse jongeren minder intentie hebben tot alcoholgebruik dan Nederlandse jongeren. Echter, dit verschil is niet significant:  $F(1, 102) = 0.85, p = 0.36$ . Tenslotte zijn er ook verschillen waar te nemen in daadwerkelijke alcoholgebruik. Uit tabel 2 blijkt dat Turkse jongeren veel minder alcohol gebruiken dan Nederlandse jongeren. Dit verschil is significant:  $F(1, 102) = 19.87, p < 0.01$ .

In tabel 3 zijn de gemiddelde scores van Nederlandse en Turkse jongeren met betrekking tot lichamelijke activiteit en de constructen van de Theory of Planned Behavior weergegeven.

Tabel 3: *Gemiddelde scores (1-5) van Nederlandse (n=55) en Turkse (n=49) jongeren met betrekking tot attitude, self-efficacy, sociale norm en intentie tot lichamelijke activiteit en daadwerkelijke lichamelijke activiteit*

	Nederlands	Turks	Totaal
Attitude t.o.v. lichamelijke activiteit	4.11	4.46*	4.26
Self-efficacy m.b.t. lichamelijke activiteit	3.09	3.33	3.20
Sociale norm t.o.v. lichamelijke activiteit	3.17	3.32	3.23
Intentie tot lichamelijke activiteit	3.43	4.09**	3.71
Lichamelijke activiteit	2.08	2.23	2.14

\*  $p < 0.05$  ; \*\*  $p < 0.01$

Turkse jongeren hebben een positievere attitude ten opzichte van lichamelijke activiteit dan Nederlandse jongeren. Dit verschil is significant:  $F(1, 102) = 6.20, p < 0.05$ . Op de constructen self-efficacy met betrekking tot lichamelijke activiteit en sociale norm ten opzichte van lichamelijke activiteit scoren Turkse jongeren hoger dan Nederlandse jongeren. Dit houdt in dat Turkse jongeren zich beter in staat achten lichamelijk actief te zijn en dat de sociale omgeving Turkse jongeren ook meer aanspoort om regelmatig lichamelijk actief te zijn. Deze verschillen zijn echter niet significant:  $F(1, 102) = 1.51, p = 0.22$  voor self-efficacy met betrekking tot lichamelijke activiteit;  $F(1, 102) = 0.81, p = 0.37$  voor sociale norm ten opzichte van lichamelijke activiteit. Op intentie tot lichamelijke activiteit scoren Turkse jongeren veel hoger dan Nederlandse jongeren. Dit verschil is significant:  $F(1, 102) = 9.58, p < 0.01$ . Met betrekking tot daadwerkelijke lichamelijke activiteit blijkt dat Turkse jongeren lichamelijk actiever zijn dan Nederlandse jongeren. Dit verschil is echter niet significant:  $F(1, 102) = 1.05, p = 0.31$ .

In tabel 4 zijn de gemiddelde scores van Nederlandse en Turkse jongeren met betrekking tot rookgedrag en de constructen van de Theory of Planned Behavior weergegeven.

Tabel 4: *Gemiddelde scores (1-5) van Nederlandse (n=55) en Turkse (n=49) jongeren met betrekking tot attitude, self-efficacy, sociale norm en intentie tot rookgedrag en daadwerkelijke rookgedrag*

	Nederlands	Turks	Totaal
Attitude t.o.v. rookgedrag	2.51	2.47	2.49
Self-efficacy m.b.t. rookgedrag	3.99	3.93	3.97
Sociale norm t.o.v. rookgedrag	2.31	1.90*	2.14
Intentie tot rookgedrag	1.93	1.83	1.87
Rookgedrag	1.55	1.74	1.63

\*  $p < 0.05$  ; \*\*  $p < 0.01$

De verschillen tussen Nederlandse en Turkse jongeren zijn klein als het om rookgedrag gaat. Bij de constructen attitude ten opzichte van rookgedrag en self-efficacy met betrekking tot rookgedrag verschillen Nederlandse en Turkse jongeren bijna niet ( $F(1, 102) = 0.04, p = 0.83$  voor attitude ten opzichte van rookgedrag;  $F(1, 102) = 0.05, p = 0.82$  voor self-efficacy met betrekking tot rookgedrag). Bij sociale norm ten opzichte van rookgedrag verschillen Nederlandse en Turkse jongeren. Bij Turkse jongeren wordt het roken meer afgekeurd door de sociale omgeving dan bij Nederlandse jongeren. Dit verschil is significant:  $F(1, 102) = 4.34, p < 0.05$ . In tabel 4 is te zien dat Nederlandse jongeren iets meer de intentie tot roken hebben dan Turkse jongeren. Dit verschil is niet significant:  $F(1, 102) = 0.16, p = 0.69$ . Tenslotte komt daadwerkelijke rookgedrag meer voor bij Turkse jongeren dan Nederlandse jongeren. Dit verschil is echter niet significant:  $F(1, 102) = 0.96, p = 0.33$ .

#### 4.2.2 Theory of Planned Behavior: correlaties

In deze sectie wordt er gekeken naar de correlaties tussen de constructen van de Theory of Planned Behavior met betrekking tot alcoholgebruik, lichamelijke activiteit en rookgedrag. Er wordt gekeken of de correlaties statistisch significant zijn.

In tabel 8 zijn de correlaties tussen de verschillende constructen van de Theory of Planned Behavior met betrekking tot alcoholgebruik weergegeven. De tabel laat een aantal significante correlaties tussen de constructen zien.

Tabel 8: *Pearson correlaties: alcoholgebruik*

	1	2	3	4	5
1. Attitude alcohol	1				
2. Self-efficacy alcohol	-.68**	1			
3. Sociale norm alcohol	.02	.06	1		
4. Intentie alcohol	.21*	-.15	.60**	1	
5. Alcoholgebruik	.59**	-.50**	.04	.23*	1

N=104. \* Correlaties zijn significant bij 0.05 (2-tailed) \*\* Correlaties zijn significant bij 0.01 (2-tailed)

Er bestaat een significante negatieve correlatie tussen attitude ten opzichte van alcoholgebruik en de self-efficacy met betrekking tot alcoholgebruik. Dit houdt in dat naarmate men positiever is tegenover alcoholgebruik, hij of zij minder self-efficacy zal ervaren om van de alcohol af te kunnen blijven. Daarnaast correleert attitude ten opzichte van alcoholgebruik significant positief met de intentie tot alcoholgebruik en daadwerkelijke alcoholgebruik. Dit betekent dat wanneer men positief is over alcoholgebruik, dat hij of zij meer de intentie zal hebben om alcohol te drinken en ook daadwerkelijk meer alcoholgebruik zal vertonen. Tussen self-efficacy met betrekking tot alcoholgebruik en daadwerkelijke alcoholgebruik bestaat een significante negatieve correlatie. Dit houdt in dat wanneer men zeker is van zichzelf dat hij of zij van de alcohol af kan blijven, dat hij of zij ook daadwerkelijk minder alcoholgebruik zal vertonen. Tevens bestaat er een significante positieve correlatie tussen sociale norm ten opzichte van alcoholgebruik en de intentie tot alcoholgebruik. Wanneer de sociale omgeving van een persoon alcoholgebruik accepteert, dan zal deze persoon ook meer de intentie tot alcoholgebruik hebben. Tenslotte is in tabel 8 te zien dat er een significante positieve correlatie bestaat tussen intentie tot alcoholgebruik en daadwerkelijke alcoholgebruik. Deze relatie is logisch: naarmate men meer de intentie heeft om alcohol te gebruiken, bestaat er een grotere kans dat hij of zij ook daadwerkelijk alcohol gaat gebruiken.

In tabel 9 zijn de correlaties tussen de verschillende constructen van de Theory of Planned Behavior met betrekking tot lichamelijke activiteit weergegeven. Tabel 9 laat veel significante correlaties tussen de constructen zien.

Tabel 9: *Pearson correlaties: lichamelijke activiteit*

	1	2	3	4	5
1. Attitude sport	1				
2. Self-efficacy sport	.52**	1			
3. Sociale norm sport	.20	.31**	1		
4. Intentie sport	.50**	.51**	.48**	1	
5. Lichamelijke activiteit	.31**	.54**	.50**	.43**	1

N=104. \* Correlaties zijn significant bij 0.05 (2-tailed) \*\* Correlaties zijn significant bij 0.01 (2-tailed)

Attitude ten opzichte van lichamelijke activiteit correleert significant positief met self-efficacy met betrekking tot lichamelijke activiteit, intentie tot lichamelijke activiteit en daadwerkelijke lichamelijke activiteit. Wanneer men een positieve attitude heeft ten opzichte van lichamelijke activiteit, dan zal hij of zij ook een hogere mate van self-efficacy ervaren om aan lichamelijke activiteit te doen, meer de intentie hebben om aan lichamelijke activiteit te doen en ook daadwerkelijk meer lichamenlijk actief zijn. Self-efficacy correleert significant positief met



sociale norm ten opzichte van lichamelijke activiteit, intentie tot lichamelijke activiteit en daadwerkelijke lichamelijke activiteit. Wanneer de sociale omgeving positief is over lichamelijke activiteit en een persoon meer aanspoort om aan lichamelijke activiteit te doen, dan zal deze persoon zichzelf beter in staat achten om aan lichamelijke activiteit te kunnen doen. Een hogere mate van self-efficacy zal zorgen voor een hogere intentie tot lichamelijke activiteit en meer daadwerkelijke lichamelijke activiteit. Sociale norm ten opzichte van lichamelijke activiteit correleert significant positief met de intentie tot lichamelijke activiteit en de daadwerkelijke lichamelijke activiteit. Dit houdt in dat naarmate de sociale omgeving meer aanspoort tot lichamelijke activiteit, men meer de intentie zal hebben om aan lichamelijke activiteit te doen en ook meer daadwerkelijk aan lichamelijke activiteit zal doen. Tot slot bestaat er een significante positieve relatie tussen intentie tot lichamelijke activiteit en daadwerkelijke lichamelijke activiteit. Naarmate de intentie tot lichamelijke activiteit hoger wordt, neemt de kans dat men daadwerkelijk aan lichamelijke activiteit doet ook toe.

In tabel 10 zijn de correlaties tussen de verschillende constructen van de Theory of Planned Behavior met betrekking tot rookgedrag weergegeven. De tabel laat veel significante correlaties tussen de constructen zien.

Tabel 10: *Pearson correlaties: rookgedrag*

	1	2	3	4	5
1. Attitude roken	1				
2. Self-efficacy roken	-.57**	1			
3. Sociale norm roken	.20	-.26*	1		
4. Intentie roken	.43**	-.65**	.47**	1	
5. Rookgedrag	.48**	-.76**	.20	.58**	1

N=104. \* Correlaties zijn significant bij 0.05 (2-tailed) \*\* Correlaties zijn significant bij 0.01 (2-tailed)

Er bestaat een significante negatieve correlatie tussen attitude ten opzichte van rookgedrag en self-efficacy met betrekking tot rookgedrag. Naarmate men positiever staat tegenover roken zal men zichzelf minder in staat achten om van sigaretten af te blijven. Verder bestaat er een significante positieve correlatie tussen attitude ten opzichte van roken en intentie tot roken en daadwerkelijke rookgedrag. Dit betekent dat wanneer men een positieve attitude heeft ten opzichte van roken, hij of zij meer de intentie zal hebben om te gaan roken en ook meer daadwerkelijk zal roken. Verder zien we in tabel 10 dat er een significante negatieve correlatie bestaat tussen self-efficacy met betrekking tot roken en sociale norm ten opzichte van roken, intentie tot roken en daadwerkelijke rookgedrag. Wanneer de sociale omgeving positief is over roken zal de self-efficacy van een persoon om van de sigaretten af te blijven lager zijn. Een hoge

mate van self-efficacy zorgt voor minder intentie tot rookgedrag en minder daadwerkelijke rookgedrag. Tussen sociale norm ten opzichte van roken en intentie tot roken bestaat een significante positieve correlatie. Naarmate de sociale omgeving positiever is over roken zal men een hogere intentie tot roken hebben. Tenslotte bestaat er een significante positieve correlatie tussen intentie tot roken en daadwerkelijke rookgedrag. Dit betekent dat naarmate de intentie tot roken hoger wordt, dat ook de kans om daadwerkelijk te roken hoger zal worden.

### 4.3 Prototype/Willingness Model

In deze sectie gaan we kijken naar de drie gezondheidsgedragingen alcoholgebruik, lichamelijke activiteit en rookgedrag en de onderdelen van de Prototype Willingness Model. We zullen kijken naar de verschillen tussen Nederlandse en Turkse jongeren (cultuurverschillen) en verschillen tussen mannen en vrouwen (geslachtsverschillen). Daarnaast wordt er een correlatie-analyse en een regressie-analyse uitgevoerd voor de verschillende groepen.

#### 4.3.1 Cultuurverschillen: gemiddelde scores

In deze sectie wordt er gekeken naar de gemiddelde scores van Turkse en Nederlandse jongeren op de onderdelen van het Prototype/Willingness Model met betrekking tot alcoholgebruik, lichamelijke activiteit en rookgedrag. Daarnaast wordt er gekeken of de verschillen in scores statistisch significant zijn.

In tabel 11 zijn de gemiddelde scores van Nederlandse en Turkse jongeren met betrekking tot alcoholgebruik en de onderdelen van het Prototype/Willingness Model weergegeven. Bij deze scores zijn een aantal verschillen tussen de groepen waar te nemen.

Tabel 11: *Gemiddelde scores van Nederlandse (n=55) en Turkse (n=49) jongeren met betrekking tot prototype evaluation, prototype similarity en behavioral willingness tot alcoholgebruik en daadwerkelijke alcoholgebruik*

	Nederlands	Turks	Totaal
Prototype evaluation alcohol	3.78	3.49	3.65
Prototype similarity alcohol	2.82	2.45	2.64
Behavioral willingness alcohol	3.30	2.45**	2.90
Alcoholgebruik	2.02	1.45**	1.75

\*  $p < 0.05$  ; \*\*  $p < 0.01$

Nederlandse jongeren hebben een positievere prototype van iemand die alcohol drinkt en identificeren zichzelf meer met deze prototype dan Turkse jongeren. Dit verschil is echter niet significant:  $F(1, 102) = 2.45$ ,  $p = 0.12$  voor prototype evaluation;  $F(1, 102) = 1.20$ ,  $p = 0.28$

voor prototype similarity. Verder vertonen Nederlandse jongeren een hogere mate van behavioral willingness voor alcoholgebruik dan Turkse jongeren. Dit betekent dat Nederlandse jongeren eerder alcohol zullen drinken wanneer zich een gelegenheid voordoet waarbij alcohol beschikbaar is dan Turkse jongeren. Dit verschil is significant:  $F(1, 102) = 18.67, p < 0.01$ .

In tabel 12 zijn de gemiddelde scores van Nederlandse en Turkse jongeren met betrekking tot lichamelijke activiteit en de onderdelen van de Prototype/Willingness Model weergegeven.

Tabel 12: *Gemiddelde scores van Nederlandse (n=55) en Turkse (n=49) jongeren met betrekking tot prototype evaluation, prototype similarity en behavioral willingness tot geen lichamelijke activiteit en daadwerkelijke lichamelijke activiteit*

	Nederlands	Turks	Totaal
Prototype evaluation lichamelijke act.	3.96	4.17	4.05
Prototype similarity lichamelijke act.	3.08	3.05	3.07
Behavioral willingness lichamelijke act.	2.85	2.42*	2.67
Lichamelijke activiteit	2.08	2.23	2.14

\*  $p < 0.05$  ; \*\*  $p < 0.01$

In de tabel zien we kleine verschillen tussen Nederlandse en Turkse jongeren met betrekking tot het prototype van een persoon die niet aan lichamelijke activiteit doet en de mate waarin men zich met deze prototype identificeert. Deze verschillen zijn dan ook niet significant:  $F(1, 102) = 2.26, p = 0.14$  voor prototype evaluation;  $F(1, 102) = 0.01, p = 0.94$  voor prototype similarity. Wel blijken Nederlandse en Turkse jongeren te verschillen in de mate van behavioral willingness voor lichamelijke activiteit. Omdat de prototype evaluation gaat om iemand die niet sport, zijn de items van behavioral willingness omgeschaald voor een correcte weergave. De scores in de tabel geven dus eigenlijk de *unwillingness* voor lichamelijke activiteit weer. Uit de resultaten blijkt dat Turkse jongeren meer behavioral willingness voor lichamelijke activiteit vertonen dan Nederlandse jongeren. Dit verschil is significant:  $F(1, 102) = 6.08, p < 0.05$ .

In tabel 13 zijn de gemiddelde scores van Nederlandse en Turkse jongeren met betrekking tot rookgedrag en de onderdelen van de Prototype/Willingness Model weergegeven.

Tabel 13: *Gemiddelde scores van Nederlandse (n=55) en Turkse (n=49) jongeren met betrekking tot prototype evaluation, prototype similarity en behavioral willingness tot rookgedrag en daadwerkelijke rookgedrag*

	Nederlands	Turks	Totaal
Prototype evaluation roken	3.62	3.57	3.59
Prototype similarity roken	2.49	2.63	2.55
Behavioral willingness roken	2.74	3.09	2.89
Rookgedrag	1.55	1.74	1.63

\*  $p < 0.05$  ; \*\*  $p < 0.01$

Met betrekking tot rookgedrag blijken Nederlandse en Turkse jongeren niet significant van elkaar te verschillen:  $F(1, 102) = 0.06, p = 0.81$  voor prototype evaluation;  $F(1, 102) = 0.12, p = 0.74$  voor prototype similarity;  $F(1, 102) = 1.48, p = 0.23$  voor behavioral willingness.

#### 4.3.2 Prototype/Willingness Model: correlaties

In deze sectie wordt er gekeken naar de correlaties tussen de onderdelen van het Prototype/Willingness Model met betrekking tot alcoholgebruik, lichamelijke activiteit en rookgedrag. Tevens wordt er gekeken of de correlaties statistisch significant zijn.

In tabel 17 zijn de correlaties tussen de verschillende onderdelen van de Prototype/Willingness Model met betrekking tot alcoholgebruik weergegeven. De tabel laat alleen maar significante correlaties tussen de onderdelen zien.

Tabel 17: *Pearson correlaties: alcoholgebruik*

	1	2	3	4
1. Prototype evaluation	1.00			
2. Prototype similarity	0.70**	1.00		
3. Behavioral willingness	0.42**	0.34**	1.00	
4. Alcoholgebruik	0.27**	0.37**	0.66**	1.00

N=104. \* Correlaties zijn significant bij 0.05 (2-tailed) \*\* Correlaties zijn significant bij 0.01 (2-tailed)

In de tabel is te zien dat prototype evaluation significant positief correleert met prototype similarity, behavioral willingness en daadwerkelijke alcoholgebruik. Hoe positiever men een prototype evalueert, des te meer men zich met deze prototype zal identificeren. Ook zal een positieve evaluatie voor meer willingness voor alcoholgebruik en daadwerkelijke alcoholgebruik zorgen. Daarnaast correleert prototype similarity significant positief met behavioral willingness en daadwerkelijke alcoholgebruik. Wanneer men zich meer identificeert met een prototype van iemand die alcohol drinkt, dan zal hij of zij meer willingness voor alcoholgebruik en daadwerkelijke alcoholgebruik vertonen. Tot slot bestaat er een significante

positieve correlatie tussen behavioral willingness en daadwerkelijke alcoholgebruik. Dit houdt in dat wanneer men meer willingness voor alcoholgebruik vertoont, dat hij of zij ook een hogere kans heeft op daadwerkelijke alcoholgebruik.

In tabel 18 zijn de correlaties tussen de verschillende onderdelen van de Prototype/Willingness Model met betrekking tot lichamelijke activiteit weergegeven. De tabel laat enkele significante correlaties tussen de onderdelen zien.

Tabel 18: *Pearson correlaties: lichamelijke activiteit*

	1	2	3	4
1. Prototype evaluation	1.00			
2. Prototype similarity	0.16	1.00		
3. Behavioral willingness	0.03	0.28**	1.00	
4. Lichamelijke activiteit	0.19	0.51**	0.47**	1.00

N=104. \* Correlaties zijn significant bij 0.05 (2-tailed) \*\* Correlaties zijn significant bij 0.01 (2-tailed)

In de tabel is te zien dat prototype similarity significant positief correleert met behavioral willingness en daadwerkelijke lichamelijke activiteit. Dus wanneer men zich meer identificeert met het prototype van iemand die regelmatig sport, dan zal hij of zij meer willingness voor lichamelijke activiteit en daadwerkelijke lichamelijke activiteit vertonen. Verder bestaat er een significante positieve correlatie tussen behavioral willingness voor lichamelijke activiteit en daadwerkelijke lichamelijke activiteit. Prototype evaluation correleert met geen enkel onderdeel van het model. Het al dan niet positief evalueren van het prototype van iemand die sport heeft dus geen invloed op de identificatie met het betreffende prototype, de bereidheid tot lichamelijke activiteit en daadwerkelijke lichamelijke activiteit.

Tot slot zijn in tabel 19 de correlaties tussen de verschillende onderdelen van de Prototype/Willingness Model met betrekking tot rookgedrag weergegeven. De tabel laat alleen maar significante correlaties tussen de onderdelen zien.

Tabel 19: *Pearson correlaties: rookgedrag*

	1	2	3	4
1. Prototype evaluation	1.00			
2. Prototype similarity	0.59**	1.00		
3. Behavioral willingness	0.53**	0.69**	1.00	
4. Rookgedrag	0.51**	0.77**	0.89**	1.00

N=104. \* Correlaties zijn significant bij 0.05 (2-tailed) \*\* Correlaties zijn significant bij 0.01 (2-tailed)

Prototype evaluation correleert significant positief met prototype similarity, behavioral willingness en daadwerkelijke rookgedrag. Hoe positiever men een prototype evalueert, des te meer men zich met deze prototype zal identificeren. Ook zal een positieve evaluatie voor meer willingness voor roken en daadwerkelijke rookgedrag zorgen. Tevens is in de tabel te zien dat prototype similarity significant positief correleert met behavioral willingness en daadwerkelijke lichamelijke activiteit. Wanneer men zich meer identificeert met het prototype van iemand die rookt, dan zal hij of zij meer willingness voor roken en daadwerkelijke rookgedrag vertonen. Ook bestaat er een significante positieve correlatie tussen behavioral willingness en daadwerkelijke rookgedrag. Dit houdt in dat wanneer men meer willingness voor roken vertoont, dat hij of zij ook meer kans heeft om daadwerkelijke rookgedrag te vertonen.

#### **4.4 Verklarende waarden van de Theory of Planned Behavior en het Prototype/Willingness Model naar afkomst**

Tabel 20 en 21 laten de resultaten van de regressieanalyse zien voor de twee modellen. Deze regressieanalyse is uitgevoerd om de verklarende waarde van de modellen te bepalen. Hierbij is er onderscheid gemaakt tussen Nederlandse en Turkse jongeren. Hierdoor kan men zien wat de verklarende waarde van de twee modellen en de constructen van deze modellen zijn voor Nederlandse en Turkse groepen.

##### *4.4.1 Regressieanalyse naar afkomst: Theory of Planned Behavior*

In tabel 20 is een regressieanalyse weergegeven voor de Theory of Planned Behavior. Hierbij is er onderscheid gemaakt tussen Turkse en Nederlandse jongeren. Als onafhankelijke variabelen is er gekozen voor intentie tot gezondheidsgedrag en daadwerkelijke gezondheidsgedrag. In de tabel worden de beta's van de verschillende constructen en de  $R^2$  weergegeven.

Tabel 20: *Regressieanalyse naar afkomst*

	Turks		Nederlands	
	Intentie	Gedrag	Intentie	Gedrag
<b>Alcoholgebruik:</b>				
Attitude	0.09	0.29	0.17	0.33*
Self-efficacy	0.01	-0.28	-0.25	-0.10
Sociale norm	0.67**	-0.10	0.50**	-0.05
Intentie		0.01		0.37
	R <sup>2</sup> = 0.43	R <sup>2</sup> = 0.28	R <sup>2</sup> = 0.43	R <sup>2</sup> = 0.41
<b>Lichamelijke activiteit:</b>				
Attitude	0.34*	-0.03	0.19	0.01
Self-efficacy	0.32*	0.27	0.22	0.46**
Sociale norm	0.29*	0.49**	0.44*	0.26
Intentie		0.03		0.08
	R <sup>2</sup> = 0.44	R <sup>2</sup> = 0.40	R <sup>2</sup> = 0.45	R <sup>2</sup> = 0.43
<b>Rookgedrag:</b>				
Attitude	0.02	-0.09	0.09	0.22
Self-efficacy	-0.45**	-0.82**	-0.58**	-0.42**
Sociale norm	0.42**	0.07	0.28**	-0.15
Intentie		0.03		0.29
	R <sup>2</sup> = 0.51	R <sup>2</sup> = 0.68	R <sup>2</sup> = 0.57	R <sup>2</sup> = 0.60

\* $p < 0.05$ ; \*\* $p < 0.01$

Uit de tabel is af te lezen dat, met betrekking tot alcoholgebruik, de TPB een hogere verklarende waarde heeft voor Nederlandse jongeren dan voor Turkse jongeren (respectievelijk 41% tegenover 28%). De TPB verklaart alcoholgebruik veel beter voor Nederlandse jongeren dan voor Turkse jongeren. Intentie tot alcoholgebruik wordt echter even goed verklaard door de TPB (43% voor zowel Turkse als Nederlandse jongeren). Met betrekking tot (intentie tot) lichamelijke activiteit is er weinig verschil in verklarende waarde van de TPB tussen Nederlandse en Turkse jongeren (respectievelijk 45% en 44% voor intentie tot lichamelijke activiteit en 43% tegenover 40% voor daadwerkelijke lichamelijke activiteit). Wanneer er gekeken wordt naar rookgedrag, blijkt ook hier weinig verschil in verklarende waarde van de TPB te zijn tussen Nederlandse en Turkse jongeren. De TPB verklaart intentie tot rookgedrag iets beter voor Nederlandse jongeren (57%) dan voor Turkse jongeren (51%) en rookgedrag iets beter voor Turkse jongeren dan voor Nederlandse jongeren (respectievelijk

68% en 60%). Verder heeft de TPB de grootste verklarende waarde voor rookgedrag, voor zowel Nederlandse als Turkse jongeren. .

#### 4.4.2 Regressieanalyse naar afkomst: Prototype/Willingness Model

In tabel 21 is een regressieanalyse weergegeven voor het Prototype/Willingness Model. Ook hier is er onderscheid gemaakt tussen Turkse en Nederlandse jongeren. Als onafhankelijke variabelen is er gekozen voor behavioral willingness tot gezondheidsgedrag en daadwerkelijke gezondheidsgedrag. In de tabel worden de beta's van de verschillende constructen en de R<sup>2</sup> weergegeven.

Tabel 21: Regressieanalyse naar afkomst

	Turks		Nederlands	
	Willingness	Gedrag	Willingness	Gedrag
<b>Alcoholgebruik:</b>				
Prototype evaluation	0.21	-0.42**	0.41*	-0.05
Prototype similarity	0.24	0.53**	0.01	0.15
Behavioral willingness		0.59**		0.55**
	R <sup>2</sup> = 0.18	R <sup>2</sup> = 0.53	R <sup>2</sup> = 0.17	R <sup>2</sup> = 0.34
<b>Lichamelijke activiteit:</b>				
Prototype evaluation	0.20	-0.20	-0.17	-0.10
Prototype similarity	-0.05	-0.40**	-0.39**	-0.44**
Behavioral willingness		0.48**		0.23
	R <sup>2</sup> = 0.04	R <sup>2</sup> = 0.41	R <sup>2</sup> = 0.23	R <sup>2</sup> = 0.40
<b>Rookgedrag:</b>				
Prototype evaluation	0.31*	0.07	0.07	-0.08
Prototype similarity	0.51**	0.46**	0.67**	0.16
Behavioral willingness		0.48**		0.85**
	R <sup>2</sup> = 0.53	R <sup>2</sup> = 0.82	R <sup>2</sup> = 0.51	R <sup>2</sup> = 0.87

\* $p < 0.05$ ; \*\* $p < 0.01$

Ook bij dit model is een verschil tussen Nederlandse en Turkse jongeren waar te nemen in verklarende waarde van het betreffende model met betrekking tot alcoholgebruik. In tegenstelling tot de TPB heeft het PWM juist een hogere verklarende waarde voor Turkse jongeren dan Nederlandse jongeren (respectievelijk 53% en 34%). Het PWM verklaart alcoholgebruik dus veel beter voor Turkse jongeren dan voor Nederlandse jongeren. Wanneer er



gekeken wordt naar de willingness tot alcoholgebruik is er echter geen verschil in verklarende waarde tussen Turkse en Nederlandse jongeren (respectievelijk 18% en 17%). Bij lichamelijke activiteit is er een groot verschil waar te nemen in de voorspelbaarheid van behavioral willingness tussen Turkse en Nederlandse jongeren. Willingness wordt veel beter voorspeld voor Nederlandse jongeren (23%) dan voor Turkse jongeren (4%)., Er is echter, net als bij de TPB, nauwelijks verschil in verklarende waarde van het PWM voor daadwerkelijke lichamelijke activiteit tussen Nederlandse en Turkse jongeren (respectievelijk 40% en 41%). Met betrekking tot rookgedrag is er ook weinig verschil in verklarende waarde van het PWM tussen Nederlandse en Turkse jongeren. Het PWM verklaart rookgedrag iets beter voor Nederlandse jongeren dan voor Turkse jongeren (respectievelijk 87% en 82%). Dit model heeft, evenals de TPB, de grootste verklarende waarde voor rookgedrag voor zowel Nederlandse als Turkse jongeren. Ook bij het verklaren van behavioral willingness tot rookgedrag is er nauwelijks verschil tussen Turkse en Nederlandse jongeren (respectievelijk 53% en 51%).

## 5. Conclusie en discussie

In dit hoofdstuk komen de conclusie en discussie aan de orde. In paragraaf 5.1 zullen de onderzoeksvragen beantwoord worden en de opvallende resultaten besproken worden. In paragraaf 5.2 komt de discussie aan de orde, waarin de beperkingen van dit onderzoek en aanbevelingen voor vervolgonderzoek besproken zullen worden.

### 5.1 Conclusie

In hoofdstuk 1 kwam naar voren dat er verschillen bestaan in gezondheid en gezondheidsgedragingen tussen jongeren van verschillende afkomst. Zo komt overmatig alcoholgebruik meer voor bij Nederlandse jongeren dan Turkse jongeren, maar zijn Nederlandse jongeren meer lichamelijk actief dan Turkse jongeren. Met betrekking tot rookgedrag bestaan er geen significante verschillen tussen Nederlandse en Turkse jongeren. Factoren die een rol spelen bij gezondheidsgedragingen zijn o.a. sociaal-culturele factoren en religie. Deze factoren spelen een rol bij het vormen van de opvattingen over gezondheidsgedragingen.

Dit onderzoek heeft een aantal doelstellingen. Er is gekeken naar de verklarende waarde van de Theory of Planned Behavior en het Prototype/Willingness Model. Hierbij gaat het om drie gezondheidsgedragingen, namelijk alcoholgebruik, lichamelijke activiteit en rookgedrag, die in meer of mindere mate voorkomen bij Nederlandse en Turkse jongeren. Door Nederlandse en Turkse jongeren met elkaar te vergelijken is er gekeken in hoeverre cultuur van invloed is op de opvattingen die jongeren over gezondheidsgedragingen hebben.

Aan de hand van deze doelstellingen zijn een aantal onderzoeksvragen opgesteld. De hoofdvraag van dit onderzoek was: *In hoeverre hangen verschillen in gezondheidsgedrag tussen Turkse en Nederlandse jongeren samen met opvattingen die ze over gezondheidsgedragingen hebben?*

Daarnaast zijn een zestal deelvragen opgesteld:

1. *In hoeverre komen de gezondheidsgedragingen alcoholgebruik, lichamelijke activiteit en rookgedrag voor bij Turkse en Nederlands jongeren?*
2. *Bestaat er een invloed van cultuur op het al dan niet uitvoeren van gezondheidsgedragingen?*
3. *Bestaat er een relatie tussen cultuur en het prototype voor een bepaald gezondheidsgedrag?*

4. *In hoeverre verklaart de Theory of Planned Behavior het al dan niet uitvoeren van gezondheidsgedrag?*
5. *In hoeverre verklaart het Prototype/Willingness Model het al dan niet uitvoeren van gezondheidsgedrag?*

In de volgende subparagrafen zullen deze deelvragen beantwoord worden aan de hand van de verkregen resultaten uit dit onderzoek.

#### *5.1.1 In hoeverre komen de gezondheidsgedragingen alcoholgebruik, lichamelijke activiteit en rookgedrag voor bij Turkse en Nederlands jongeren?*

Aan de hand van de bestaande literatuur waren er een aantal verwachtingen opgesteld met betrekking tot deze deelvraag:

- Alcoholgebruik zal significant meer voorkomen bij Nederlandse jongeren dan Turkse jongeren;
- Lichamelijke activiteit zal significant meer voorkomen bij Nederlandse jongeren dan Turkse jongeren;
- Met betrekking tot roken zullen er geen significante verschillen zijn.

Uit de resultaten valt af te lezen in hoeverre de drie gezondheidsgedragingen voorkomen bij de populatie. Hierbij is een schaal van 1 tot 3 (waarbij 1 = nooit en 3 = regelmatig) gebruikt. Voor alcoholgebruik is de gemiddelde score van Nederlandse jongeren 2.02, en van Turkse jongeren 1.45. Dit verschil is significant. Hiermee wordt de eerste verwachting bevestigd: alcoholgebruik komt significant minder voor bij Turkse jongeren dan bij Nederlandse jongeren. De gemiddelde scores voor lichamelijke activiteit zijn 2.08 voor Nederlandse jongeren en 2.23 voor Turkse jongeren. Lichamelijke activiteit blijkt dus iets meer voor te komen bij Turkse jongeren, maar dit verschil is niet significant. Dit resultaat is opmerkelijk, omdat uit de literatuur blijkt dat Nederlandse jongeren lichamelijk actiever zijn dan Turkse jongeren. Op rookgedrag scores Nederlandse jongeren gemiddeld 1.55 en Turkse jongeren gemiddeld 1.74. Hier blijkt ook geen significant verschil tussen de twee populaties te zitten. Dit resultaat komt overeen met de verwachting.

#### *5.1.2 Bestaat er een invloed van cultuur op het al dan niet uitvoeren van gezondheidsgedragingen?*

Uit de resultaten blijkt dat er een aantal verschillen bestaan tussen Nederlandse en Turkse jongeren met betrekking tot de gezondheidsgedragingen. Alcoholgebruik komt significant

meer voor bij Nederlandse jongeren dan Turkse jongeren. Uit de resultaten blijkt dat de sociale norm met betrekking tot alcoholgebruik hoog positief correleert met de intentie tot alcoholgebruik. De sociale omgeving en de normen die binnen deze omgeving heersen zijn dus van grote invloed op de intentie om alcohol te drinken. Uit de literatuur bleek dat Nederlandse jongeren meer lichamenlijk actief zijn dan Turkse jongeren. Echter, wanneer we naar de resultaten kijken, dan is hier geen significant verschil waar te nemen voor lichamenlijke activiteit tussen Nederlandse en Turkse jongeren. Turkse jongeren hebben zelfs een positievere attitude ten opzichte van lichamenlijke activiteit en meer de intentie tot lichamenlijke activiteit. Verder is er geen significante verschil in rookgedrag tussen Nederlandse en Turkse jongeren. Deze resultaten komen overeen met wat er bekend is uit de literatuur en de verwachtingen die opgesteld zijn in dit onderzoek.

Uit deze resultaten is af te leiden dat cultuur inderdaad een rol speelt bij het al dan niet uitvoeren van gezondheidsgedragingen. Het grootste verschil tussen Nederlandse en Turkse jongeren zit in alcoholgebruik, waarbij alcoholgebruik meer voorkomt bij Nederlandse jongeren. Volgens het Islamitische geloof is het drinken van alcohol een zonde en verboden. Binnen de Turkse cultuur, welke sterk wordt beïnvloed door het geloof, wordt alcoholgebruik (streng) afgekeurd. Andere ongezonde gedragingen, zoals roken, zijn wel geaccepteerd binnen de Turkse cultuur. Een opmerkelijke bevinding is dat er geen sprake is van verschil in lichamenlijke activiteit tussen Nederlandse en Turkse jongeren. Een mogelijke verklaring is dat bij onderzoek naar sociaal-culturele factoren wordt gekeken naar overgewicht, en niet naar lichamenlijke activiteit. Het kan zo zijn dat sociaal-culturele factoren, factoren als eetpatroon beïnvloeden, maar niet van invloed zijn op het bewegingspatroon.

### *5.1.3 Bestaat er een relatie tussen cultuur en het prototype voor een bepaald gezondheidsgedrag?*

De verwachting bij deze deelvraag was dat Turkse jongeren het prototype voor iemand die alcohol drinkt negatiever zullen beoordelen dan Nederlandse jongeren. Verder werd er verwacht dat Nederlandse jongeren het prototype van iemand die regelmatig aan lichamenlijke activiteit doet positiever zullen beoordelen. Voor roken werd er geen verschil verwacht.

Voor het beoordelen van de prototypes werd een schaal van 1 tot 7 gebruikt, waarbij geldt dat hoe hoger de score, des te positiever het prototype wordt beoordeelt. Op het prototype alcoholgebruik scoorden Nederlandse jongeren gemiddeld 3.78 en Turkse jongeren gemiddeld 3.49. Turkse jongeren beoordelen het prototype van iemand die regelmatig alcohol drinkt inderdaad negatiever, maar dit verschil blijkt niet significant. Dit kan veroorzaakt zijn door de

grootte van de populatie. Bij een grotere populatie zal dit verschil wellicht duidelijker naar voren komen en significante resultaten opleveren. Verder blijken Nederlandse en Turkse jongeren ook niet significant te verschillen in de beoordeling van de prototypes voor lichamelijke activiteit en rookgedrag.

#### *5.1.4 In hoeverre verklaart de Theory of Planned Behavior het al dan niet uitvoeren van gezondheidsgedrag?*

Uit een meta-analyse blijkt dat de TPB 30-40 % van de variantie in gezondheidsgedrag verklaart. De verwachting in dit onderzoek was dan ook dat de TPB 30-40 % van de variantie zal verklaren bij alcoholgebruik, lichamelijke activiteit en rookgedrag. Uit de regressie analyse komt naar voren dat de constructen van de TPB (attitude, self-efficacy, sociale norm en intentie tot gedrag) een aanzienlijk deel van de variantie in gezondheidsgedrag verklaren. We zien bij alcoholgebruik een groot verschil in verklarende waarde tussen Nederlandse en Turkse jongeren. De TPB verklaart 41% van de variantie in alcoholgebruik voor Nederlandse jongeren, tegenover 28% voor Turkse jongeren. Bij lichamelijke activiteit zien we geen grote verschillen tussen Nederlandse en Turkse jongeren. De TPB verklaart 43% van de variantie in lichamelijke activiteit voor Nederlandse jongeren en 40% voor Turkse jongeren. De percentages voor alcoholgebruik en lichamelijke activiteit komen overeen met wat er bekend is uit eerder onderzoek. Tenslotte zien we bij rookgedrag geen substantiële verschillen tussen de twee groepen, maar de verklarende waarde ligt erg hoog: de constructen van de TPB verklaren 60% van de variantie in rookgedrag voor Nederlandse jongeren en 68% van de variantie in rookgedrag voor Turkse jongeren.

Bij deze resultaten vallen twee dingen op. Ten eerste is het opvallend dat er een groot verschil is in verklarende waarde voor alcoholgebruik tussen Nederlandse en Turkse jongeren. Het tweede punt is de hoge verklarende waarde van de TPB voor rookgedrag. Deze twee punten zullen verder besproken worden in paragraaf 5.1.6.

#### *5.1.5 In hoeverre verklaart het Prototype/Willingness Model het al dan niet uitvoeren van gezondheidsgedrag?*

Uit de regressieanalyse blijkt dat het PWM ook een aanzienlijk deel van de variantie in gedrag verklaart. Bij alcoholgebruik zien we dat dit model 34% van de variantie in gedrag verklaart voor Nederlandse jongeren, en 53% van de variantie in gedrag voor Turkse jongeren. Ook hier zien we weer een groot verschil in verklarende waarde tussen Nederlandse en Turkse jongeren. Met betrekking tot lichamelijke activiteit is er nauwelijks tussen Nederlandse en

Turkse jongeren. De verklarende waarde van het PWM ligt op 40% voor Nederlandse jongeren en 41% voor Turkse jongeren. Rookgedrag is wederom een uitschieter. Hier zien we dat het PWM maar liefst 87% van de variantie in rookgedrag verklaart voor Nederlandse jongeren en 82% van de variantie in rookgedrag voor Turkse jongeren.

Ook hier valt het op dat er een verschil is in verklarende waarde voor alcoholgebruik tussen Nederlandse en Turkse jongeren, en dat de verklarende waarde voor rookgedrag zeer hoog ligt. Deze resultaten zullen in de volgende paragraaf besproken worden.

### *5.1.6 Opvallende resultaten*

Uit de resultaten blijkt dat de Theory of Planned Behavior alcoholgebruik beter voorspelt voor Nederlandse jongeren. Daarentegen voorspelt het Prototype/Willingness Model alcoholgebruik beter voor Turkse jongeren. Alcoholgebruik is een relatief onbekend gedrag voor Turkse jongeren, het is verboden volgens het geloof en niet geaccepteerd binnen de Turkse cultuur. Hierdoor spelen non-intentionele, onbewuste processen een belangrijker rol bij alcoholgebruik onder Turkse jongeren. Hierdoor wordt alcoholgebruik onder Turkse jongeren beter verklaard door het Prototype/ Willingness Model. De resultaten laten ook zien dat intentie tot alcoholgebruik bijna geen rol speelt bij daadwerkelijke alcoholgebruik (verklarende waarde van 1%). Bij Nederlandse jongeren daarentegen is alcoholgebruik een bekend en cultureel geaccepteerd gedrag. Hierdoor spelen intentionele, bewuste processen een grotere rol bij alcoholgebruik en verklaart de Theory of Planned Behavior alcoholgebruik beter voor Nederlandse jongeren. Uit de resultaten blijkt ook dat intentie 37% van de variantie in alcoholgebruik onder Nederlandse jongeren verklaart.

Een ander opvallend resultaat is dat beide modellen rookgedrag zeer goed voorspellen bij deze populatie. Er zijn een aantal verklaringen te vinden hiervoor. Een belangrijke factor bij roken is het verslavende aspect. Men rookt simpelweg omdat het lichaam er aan is gewend en er om vraagt. Verder spelen voornamelijk bij jongeren een aantal factoren een rol: roken uit nieuwsgierigheid, roken omdat het stoer is, roken omdat de sociale omgeving (ouders, vrienden) ook roken (STIVORO, 2009). Uit de resultaten komt het verslavende aspect van roken duidelijk naar voren. Self-efficacy speelt een zeer grote rol bij rookgedrag, en intentie tot roken daarentegen heeft geen significante voorspellende waarde voor rookgedrag. Verder blijkt uit de regressie analyse dat sociale norm een belangrijke rol speelt bij de intentie tot roken. Tevens heeft de bereidheid tot roken een hoge voorspellende waarde voor rookgedrag.

## 5.2 Discussie

### 5.2.1 Beperkingen van dit onderzoek

Dit onderzoek kent een aantal beperkingen. Het eerste punt is de grootte van de onderzoeksgroep. In totaal hebben 104 jongeren de vragenlijst ingevuld, waarvan 55 Nederlandse jongeren en 49 Turkse jongeren. Bij de resultaten zijn een aantal verschillen tussen de groepen waar te nemen, maar deze zijn echter niet significant. Met een grotere onderzoeksgroep zouden deze verschillen wellicht duidelijker naar voren komen en wel significante resultaten opleveren. Daarnaast bestond de onderzoeksgroep voor een groot deel uit vrouwen. Bij vervolgonderzoek zou er een betere balans gevonden kunnen worden tussen het aantal mannen en vrouwen.

Een ander punt betreft de inhoud van de vragenlijst. Gedrag met alcoholgebruik en rookgedrag. De cognities meten echter opvattingen over binge drinking (overmatig alcoholgebruik) en dagelijks roken. Dit zorgt voor inconsistentie. Bij vervolgonderzoek zou het meten van gedrag beter afgestemd moeten worden op wat de cognities meten.

Het derde punt betreft het meetinstrument in het algemeen. In dit onderzoek is er gebruik gemaakt van een vragenlijst die respondenten zelf moesten invullen op internet. De vragen gaan over gezondheidsgedragingen. Hierbij wordt er dus vertrouwd op zelfobservatie en zelfinzicht van de respondenten. Sociaal wenselijke antwoorden is een risico wat hier gelopen kan worden. Er is wel geprobeerd dit te voorkomen door te benadrukken dat er geen goede of foute antwoorden zijn, anonimiteit te garanderen en de respondenten te vragen om de vragenlijst zo veel mogelijk naar waarheid in te vullen. Het is echter niet met zekerheid te zeggen dat de antwoorden die de respondenten hebben gegeven daadwerkelijk overeenkomen met hun gedrag en opvattingen over de betreffende gezondheidsgedragingen. Naast de bovenstaande mogelijkheden valt er eigenlijk weinig te doen om sociaal wenselijk antwoorden te voorkomen.

### 5.2.2 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

In dit onderzoek zijn een aantal interessante resultaten gevonden. De Theory of Planned Behavior verklaart alcoholgebruik beter voor Nederlandse jongeren, en het Prototype/Willingness Model verklaart alcoholgebruik beter voor Turkse jongeren. Dit duidt erop dat wanneer een bepaald gedrag relatief onbekend is voor een individu, onbewuste, non-intentionele motieven een grotere rol spelen dan bewuste, intentionele motieven. Het is

interessant voor vervolgonderzoek om hier dieper op in te gaan en dit verschijnsel verder te onderzoeken.

Verder is in dit onderzoek naar voren gekomen dat zowel bewuste als onbewuste motieven een zeer belangrijke rol spelen bij het verklaren van rookgedrag. Het zou misschien interessant zijn om deze twee modellen toe te passen op een rokerspopulatie. Hierdoor kan men duidelijker zien in hoeverre bepaalde aspecten, zoals het verslavende aspect en sociale omgeving, van invloed zijn op rookgedrag.

In dit onderzoek zijn Nederlandse en Turkse jongeren met elkaar vergeleken. Voor vervolgonderzoek zou het interessant zijn om de onderzoeksgroep op andere kenmerken te vergelijken. Hierbij kan er gedacht worden aan geslacht bijvoorbeeld.



## Referenties

- Ajzen, I. & Madden, T.J. (1986). Prediction of goal-directed behavior: Attitudes, intentions, and perceived behavioral control. *Journal of Experimental Social Psychology* 22 (5), 453-474.
- Andrews, J.A., Barckley, M., Hampson, S.E., Gerrard, M., & Gibbons, F.X. (2008). The effect of early cognitions on cigarette and alcohol use during adolescence. *Psychology of Addictive Behaviors*, 22 (1), 96-106.
- Armitage, C.J., & Conner, M. (2001). Efficacy of the theory of planned behavior: a meta-analytic review. *British Journal of Social Psychology*, 40, 471-499.
- Bobo, J.K. & Husten, C. (2000) Sociocultural influences on smoking and drinking. *Alcohol, Reasearch & Health*, 24 (4), 226-232.
- Brehm, S.S., Kassin, S., & Fein, S. (2005). *Social psychology* (6th ed.). Boston: Houghton Mifflin.
- Bruss, M.B., Morris, J.R., Dannison, L.L., Orbe, M.P., Quitugua, J.A., & Palacios, R.T. (2005). Food, culture, and family: Exploring the coordinated management of meaning regarding childhood obesity. *Health Communication*, 18(2), 155–175
- Conner, M. & Norman, P. (2007). *Predicting Health Behavior* (2nd ed.). Glasgow: Bell & Bain Ltd.
- Dzewaltowski, D.A., Noble, J.M. & Shaw, J.M. (1990). Physical activity participation: social cognitive theory versus the theories of reasoned action and planned behavior. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 12, 388-405.
- Forgas, J.P., Williams, K.D., & Laham, S.M. (2005). *Social Motivation*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Gerrard, M., Gibbons, F.X., Houlihan, A.E., Stock, M.L., & Pomery, E.A. (2008). A dual-process approach to health risk decision making: The prototype willingness model. *Developmental Review*, 28, 29-61.
- GGD (2003). Factsheet Allochtonen. Geraadpleegd op 2 december 2008, via [http://www.ggd.nl/ggdnl/uploaddb/download\\_object.asp?atoom=18611&VolgNr=1](http://www.ggd.nl/ggdnl/uploaddb/download_object.asp?atoom=18611&VolgNr=1)
- GGD (2006). Infokaart allochtonen en gezondheid. Geraadpleegd op 2 december 2008, via [http://www.ggdnml.nl/GGD\\_NML\\_C01/UploadData/images/1/0/Pdf/Infokaarten/Infokaart\\_allochtonen\\_en\\_leefstijl.pdf](http://www.ggdnml.nl/GGD_NML_C01/UploadData/images/1/0/Pdf/Infokaarten/Infokaart_allochtonen_en_leefstijl.pdf)
- Gibbons, F.X. & Gerrard, M. (1995). Predicting young adults' health risk behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 505-517.
- Gibbons, F.X. & Gerrard, M., Blanton, H., & Russell, D.W. (1998). Reasoned action and social reaction : Willingness and intention as independent predictors of health risk. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 1164-1180.

Godin, G., Valoise, P., Lepage, L., & Desharnais, R. (1992). Predictors of smoking behavior : an application of Ajzen's theory of planned behaviour. *British Journal of Addiction*, 87, 1335-1343.

Kuijpers, D. (2007). *Onveilig seksueel gedrag: een onderzoek naar de verklarende waarde van de Theory of Planned Behavior en het Prototype Willingness model*. Unpublished master's thesis, Twente University, Enschede, The Netherlands.

Kumanyika, S., Jeffrey, R.W., Morabia, A., Ritenbaugh, C., & Antipatis, V.J. (2002). Obesity prevention: the case for action. *International Journal of Obesity*, 26, 425-436.

Leest, van L.A.T.M., Dis, van S.J., & Verschuren, W.M.M. (2002). *Hart- en vaatziekten bij allochtonen in Nederland: Een cijfermatige verkenning naar leefstijl- en risicofactoren, ziekte en sterfte*. RIVM rapport 261858006/2002.

Marcoux, B.C. & Shope, J.T. (1997). Application of the theory of planned behavior to adolescent use and misuse of alcohol. *Health Education Research*, 12 (3), 323-331.

Marks, D.F., Murray, M., Evans, B., Willig, C., Woodall, C., & Sykes, C.M. (2006). *Health Psychology: Theory, Research & Practice* (2nd ed.). London: SAGE Publications.

Morrison, V., & Bennett, P. (2006). *An introduction to health psychology*. Harlow: Pearson Prentice Hall.

Mykelstad, I., & Rise, R. (2007). Predicting willingness to engage in unsafe sex and intention to perform sexual protective behaviors among adolescents. *Health Education & Behavior*, 34 (4), 686-699.

Norman, P., Conner, M., & Bell, S. (1999). The theory of planned behaviour and smoking cessation. *Journal of Health Psychology*, 3, 171-180.

Rivis, A., Sheeran, P., & Armitage, C.J. (2006). Augmenting the theory of planned behavior with the prototype/willingness model: Predictive validity of actor versus abstainer prototypes for adolescents' health-protective and health-risk intentions. *British Journal of Health Psychology*, 11, 483-500.

RIVM (2008a). Jeeninga, W. (2006) Verschillen in gezondheid tussen allochtonen en autochtonen. Geraadpleegd op 2 december 2008, via [http://www.rivm.nl/vtv/object\\_document/o6098n30611.html](http://www.rivm.nl/vtv/object_document/o6098n30611.html)

RIVM (2008b). Kuunders, M.M.A.P., Van Laar, M.W. (2007). Wat zijn de mogelijke gezondheidsgevolgen van alcoholgebruik? Geraadpleegd op 18 november, via [http://www.rivm.nl/vtv/object\\_document/o1189n19086.html](http://www.rivm.nl/vtv/object_document/o1189n19086.html)

Schifter, D.E. & Ajzen, I. (1985) Intention, perceived control and weight loss: an application of the theory of planned behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 49, 843-851.

Schrijvers, C.T.M. & Schoemaker, C.G. (2008). *Spelen met gezondheid: Leefstijl en psychische gezondheid van de Nederlandse jeugd*. RIVM.

Sinha, J.W., Cnaan, R.A., & Gelles, R.J. (2007). Adolescent risk behaviors and religion: Findings from a national study. *Journal of Adolescence*, 30, 231-249.

Spijkerman, R., Eijnden, van der R.J.J.M., & Engels, R.C.M.E. (2005). Self-comparison processes, prototypes, and smoking onset among early adolescents. *Preventive Medicine*, 40, 785-794.

Spijkerman, R., Eijnden, van der R.J.J.M., Vitale, S., & Engels, R.C.M.E. (2004). Explaining adolescents' smoking and drinking behavior: The concept of smoker and drinker prototypes in relation to variables of the theory of planned behavior. *Addictive Behaviors*, 29, 1615-1622.

STIVORO (2009). Waarom roken mensen? Geraadpleegd op 22 juli, via [http://www.stivoro.nl/Voor jongeren/Gezondheid en roken/Waarom roken mensen /Index.aspx?mId=9926&rId=676](http://www.stivoro.nl/Voor_jongeren/Gezondheid_en_roken/Waarom_roken_mensen/Index.aspx?mId=9926&rId=676)

Super, D.E. (1990). *A life-span, life-space approach to career development* (2nd ed.). San Fransisco: Jossey-Bass.

## **Bijlagen**

### *Bijlage 1: Oproep internet*

Hallo allemaal!

Voor mijn afstudeeronderzoek Psychologie heb ik een vragenlijst opgesteld die ik moet afnemen bij een groot aantal Turkse en Nederlandse jongeren in de leeftijd van 15 tot 25 jaar.

Heel kort gezegd gaat het onderzoek over opvattingen die jongeren hebben over bepaalde gezondheidsgedragingen.

Dus ik heb jullie hulp nodig! Via de onderstaande link kun je de online versie van de vragenlijst invullen. Meedoen is geheel anoniem. Het invullen duurt ongeveer 10 minuten en je helpt me er enorm mee.

Alvast bedankt!

Met vriendelijke groet,

Arzu Tanriverdi

Link vragenlijst:

[https://www.surveymonkey.com/s.aspx?sm=vAP6BuxEz43XJMjSJJaZCUg\\_3d\\_3d](https://www.surveymonkey.com/s.aspx?sm=vAP6BuxEz43XJMjSJJaZCUg_3d_3d)

*Bijlage 2: Vragenlijst*

*Leeftijd: .....*

*Geslacht: man / vrouw*

*Opleidingsniveau: vmbo / havo / vwo / mbo / hbo / wo*

*Afkomst: Nederlands / Turks*

*Kun je aangeven in hoeverre jij de onderstaande eigenschappen vindt passen bij iemand van jouw leeftijd die regelmatig alcohol drinkt?*

	Helemaal niet	Niet	Vrijwel niet	Een beetje	Vrij veel	Wel	Helemaal
<b>Slim</b>	1	2	3	4	5	6	7
<b>Rommelig</b>	1	2	3	4	5	6	7
<b>Populair</b>	1	2	3	4	5	6	7
<b>Onvolwassen</b>	1	2	3	4	5	6	7
<b>Cool</b>	1	2	3	4	5	6	7
<b>Zelfverzekerd</b>	1	2	3	4	5	6	7
<b>Onafhankelijk</b>	1	2	3	4	5	6	7
<b>Onzorgvuldig</b>	1	2	3	4	5	6	7
<b>Onaantrekkelijk</b>	1	2	3	4	5	6	7
<b>Saai</b>	1	2	3	4	5	6	7
<b>Voorzichtig</b>	1	2	3	4	5	6	7
<b>Egoïstisch</b>	1	2	3	4	5	6	7

*In hoeverre lijkt jij op dit type persoon?*

Helemaal niet	Niet	Vrijwel niet	Een beetje	Vrij veel	Wel	Helemaal
1	2	3	4	5	6	7

*Stel, je bent op een feestje waar veel alcohol wordt gedronken. Je hebt al 5 glazen alcohol gedronken, maar een vriend/vriendin biedt je nog een drankje aan. Wat zou je doen?*

	Zeker niet	Waarschijnlijk niet	Misschien	Waarschijnlijk wel	Zeker wel
<b>Ik zou in zo'n situatie het drankje aannemen en opdrinken.</b>	1	2	3	4	5
<b>Ik zou in zo'n situatie "nee bedankt" zeggen en het drankje niet aannemen.</b>	1	2	3	4	5
<b>Ik zou in zo'n situatie het drankje niet aannemen, maar even weggaan.</b>	1	2	3	4	5

	Nooit	Soms	Regelmatig
<b>Drink je alcohol?</b>	1	2	3

*De volgende vragen gaan over wat jij vindt van meer dan 5 glazen alcohol drinken op één avond.*

	<b>Helemaal mee oneens</b>	<b>Mee oneens</b>	<b>Neutraal</b>	<b>Mee eens</b>	<b>Helemaal mee eens</b>
<b>Als ik meer dan 5 glazen alcohol drink op één avond heb ik het pas echt naar mijn zin</b>	1	2	3	4	5
<b>Als ik meer dan 5 glazen alcohol drink op één avond durf ik meer</b>	1	2	3	4	5
<b>Als ik meer dan 5 glazen alcohol drink op één avond wordt het gezelliger voor mij</b>	1	2	3	4	5
<b>Geen alcohol drinken terwijl mijn vrienden wel drinken is moeilijk voor mij</b>	1	2	3	4	5
<b>Alcohol weigeren als ik die aangeboden krijg is moeilijk voor mij</b>	1	2	3	4	5
<b>Niet meer dan 5 glazen alcohol drinken op één avond is moeilijk voor mij</b>	1	2	3	4	5
<b>Mijn vrienden vinden dat ik niet meer dan 5 glazen alcohol op één avond moet drinken</b>	1	2	3	4	5

<b>Ik trek mij veel aan van de mening van mijn vrienden</b>	1	2	3	4	5
<b>Mijn ouders vinden dat ik niet meer dan 5 glazen alcohol op één avond moet drinken</b>	1	2	3	4	5
<b>Ik trek mij veel aan van de mening van mijn ouders</b>	1	2	3	4	5
<b>Mijn familie vindt dat ik niet meer dan 5 glazen alcohol op één avond moet drinken</b>	1	2	3	4	5
<b>Ik trek mij veel aan van de mening van mijn familie</b>	1	2	3	4	5
<b>Ik ben van plan in de toekomst niet meer dan 5 glazen alcohol op één avond te drinken</b>	1	2	3	4	5
<b>Ik verwacht dat ik in de toekomst niet meer dan 5 glazen alcohol op één avond zal drinken</b>	1	2	3	4	5
<b>Ik wil in de toekomst niet meer dan 5 glazen alcohol op één avond drinken</b>	1	2	3	4	5



Kun je aangeven in hoeverre jij de onderstaande eigenschappen vindt passen bij iemand van jouw leeftijd **die nooit sport?**

	Helemaal niet	Niet	Vrijwel niet	Een beetje	Vrij veel	Wel	Helemaal
<b>Slim</b>	1	2	3	4	5	6	7
<b>Rommelig</b>	1	2	3	4	5	6	7
<b>Populair</b>	1	2	3	4	5	6	7
<b>Onvolwassen</b>	1	2	3	4	5	6	7
<b>Cool</b>	1	2	3	4	5	6	7
<b>Zelfverzekerd</b>	1	2	3	4	5	6	7
<b>Onafhankelijk</b>	1	2	3	4	5	6	7
<b>Onzorgvuldig</b>	1	2	3	4	5	6	7
<b>Onaanrekkelijk</b>	1	2	3	4	5	6	7
<b>Saai</b>	1	2	3	4	5	6	7
<b>Voorzichtig</b>	1	2	3	4	5	6	7
<b>Egoïstisch</b>	1	2	3	4	5	6	7

In hoeverre lijkt jij op dit type persoon?

Helemaal niet	Niet	Vrijwel niet	Een beetje	Vrij veel	Wel	Helemaal
1	2	3	4	5	6	7

Stel, je hebt met een vriend/vriendin waar je altijd mee gaat fitnesssen, afgesproken om vanavond samen te fitnesssen. Je vriend/vriendin belt op het laatste moment echter af. Wat zou je doen?

	Zeker niet	Waarschijnlijk niet	Misschien	Waarschijnlijk wel	Zeker wel
<b>Ik zou in zo'n situatie toch alleen gaan fitnesssen.</b>	1	2	3	4	5
<b>Ik zou in zo'n situatie besluiten om zelf ook niet te gaan fitnesssen.</b>	1	2	3	4	5
<b>Ik zou in zo'n situatie een andere vriend/vriendin meevragen naar fitness.</b>	1	2	3	4	5

	Nooit	Soms	Regelmatig
<b>Sport jij?</b>	1	2	3

De volgende vragen gaan over wat jij vindt van regelmatig sporten (bijvoorbeeld 1 keer per week).

	<b>Helemaal mee oneens</b>	<b>Mee oneens</b>	<b>Neutraal</b>	<b>Mee eens</b>	<b>Helemaal mee eens</b>
<b>Regelmatig sporten is goed voor de gezondheid</b>	1	2	3	4	5
<b>Regelmatig sporten zorgt ervoor dat je meer energie krijgt</b>	1	2	3	4	5
<b>Regelmatig sporten werkt ontspannend</b>	1	2	3	4	5
<b>Ik zou ook alleen naar de sportschool gaan</b>	1	2	3	4	5
<b>Ik zou gaan sporten, ook al stelt een vriend(in) voor iets anders te gaan doen</b>	1	2	3	4	5
<b>Ik zou gaan sporten, ook wanneer er een leuk programma op tv is</b>	1	2	3	4	5
<b>Mijn vrienden vinden regelmatig sporten belangrijk</b>	1	2	3	4	5
<b>Ik trek mij veel aan van de mening van mijn vrienden</b>	1	2	3	4	5
<b>Mijn ouders vinden regelmatig sporten belangrijk</b>	1	2	3	4	5

<b>Ik trek mij veel aan van de mening van mijn ouders</b>	1	2	3	4	5
<b>Mijn familie vindt regelmatig sporten belangrijk</b>	1	2	3	4	5
<b>Ik trek mij veel aan van de mening van mijn familie</b>	1	2	3	4	5
<b>Ik ben van plan in de toekomst (vaker) te sporten</b>	1	2	3	4	5
<b>Ik verwacht dat ik in de toekomst (vaker) ga sporten</b>	1	2	3	4	5
<b>Ik wil in de toekomst (vaker) gaan sporten</b>	1	2	3	4	5

Kun je aangeven in hoeverre jij de onderstaande eigenschappen vindt passen bij iemand van jouw leeftijd die dagelijks rookt?

	Helemaal niet	Niet	Vrijwel niet	Een beetje	Vrij veel	Wel	Helemaal
Slim	1	2	3	4	5	6	7
Rommelig	1	2	3	4	5	6	7
Populair	1	2	3	4	5	6	7
Onvolwassen	1	2	3	4	5	6	7
Cool	1	2	3	4	5	6	7
Zelfverzekerd	1	2	3	4	5	6	7
Onafhankelijk	1	2	3	4	5	6	7
Onzorgvuldig	1	2	3	4	5	6	7
Onaantrekkelijk	1	2	3	4	5	6	7
Saai	1	2	3	4	5	6	7
Voorzichtig	1	2	3	4	5	6	7
Egoïstisch	1	2	3	4	5	6	7

In hoeverre lijkt jij op dit type persoon?

Helemaal niet	Niet	Vrijwel niet	Een beetje	Vrij veel	Wel	Helemaal
1	2	3	4	5	6	7

Stel, je bent met een groepje vrienden die allemaal roken. Ze bieden je een sigaret aan. Wat zou je doen?

	Zeker niet	Waarschijnlijk niet	Misschien	Waarschijnlijk wel	Zeker wel
Ik zou in zo'n situatie de sigaret aannemen en meeroken.	1	2	3	4	5
Ik zou in zo'n situatie "nee bedankt" zeggen en de sigaret niet aannemen.	1	2	3	4	5
Ik zou in zo'n situatie de sigaret niet aannemen, maar even weggaan.	1	2	3	4	5

	Nooit	Soms	Regelmatig
Rook jij?	1	2	3

*De volgende vragen gaan over wat jij vindt van dagelijks roken.*

	<b>Helemaal mee oneens</b>	<b>Mee oneens</b>	<b>Neutraal</b>	<b>Mee eens</b>	<b>Helemaal mee eens</b>
<b>Roken verminderd stress</b>	1	2	3	4	5
<b>Als je rookt hoor je erbij</b>	1	2	3	4	5
<b>Roken werkt ontspannend</b>	1	2	3	4	5
<b>Niet roken terwijl mijn vrienden roken moeilijk voor mij</b>	1	2	3	4	5
<b>Het weigeren van een sigaret als ik die aangeboden krijg is moeilijk voor mij</b>	1	2	3	4	5
<b>Niet roken is moeilijk voor mij</b>	1	2	3	4	5
<b>Mijn vrienden vinden dat ik niet moet roken</b>	1	2	3	4	5
<b>Ik trek mij veel aan van de mening van mijn vrienden</b>	1	2	3	4	5
<b>Mijn ouders vinden dat ik niet moet roken</b>	1	2	3	4	5
<b>Ik trek mij veel aan van de mening van mijn ouders</b>	1	2	3	4	5
<b>Mijn familie vindt dat ik niet moet roken</b>	1	2	3	4	5

<b>Ik trek mij veel aan van de mening van mijn familie</b>	1	2	3	4	5
<b>Ik ben van plan in de toekomst niet te roken</b>	1	2	3	4	5
<b>Ik verwacht dat ik in de toekomst niet ga roken</b>	1	2	3	4	5
<b>Ik wil in de toekomst niet roken</b>	1	2	3	4	5