

2010

De Kracht om te Weerstaan



Inez Vos (s0157538)

1^e Begeleider: Dr. M.E. Pieterse

2^e Begeleider: Dr. C.H.C. Drossaert

Externe begeleider:

Drs. J.E.L. van der Nagel (Tactus)

**Onderzoek naar het gebruik van alcohol en Refusal skills
door licht verstandelijk gehandicapten in zorg.**

Samenvatting

Achtergrond: De-institutionalisering van mensen met een licht verstandelijke beperking en zwak begaafden heeft niet alleen voordelen. Toegenomen vrijheid en participatie in de samenleving heeft ook een blootstaan aan de gevaren van alcoholgebruik tot gevolg. Er is nog weinig wetenschappelijk onderzoek gedaan naar de determinanten van (problematisch) alcoholgebruik binnen deze doelgroep.

Doelstelling: Dit onderzoek richt zich op de omvang van alcoholgebruik, problematisch alcoholgebruik en binge drinken bij licht verstandelijk gehandicapten en zwakbegaafden die in zorg zijn. Tevens wordt onderzocht wat de invloed van Refusal Skills op alcoholgebruik is.

Methode: Voor dit onderzoek zijn 63 interviews afgenomen. Er is gebruik gemaakt van een vragenlijst die deels gestructureerd, deels semigestructureerd is. Van de 63 respondenten die geïnterviewd zijn, hebben 13 respondenten ook de vragenlijst over Refusal Skills beantwoord.

Resultaten: In vergelijking met de algemene Nederlandse bevolking geeft de steekproef aan dat de prevalentie van het aantal drinkers bij de respondenten lager is (59% vs. 80%) maar dat de prevalentie van het aantal mensen met problematisch alcoholgebruik hoger ligt (35% vs. 10%). Dit geldt voor zowel mannen als vrouwen. Voor drinkers, binge drinkers en problematische alcoholgebruikers geldt dat zij meer invloed ervaren vanuit de sociale omgeving. Hun houding ten opzichte van het drinken van alcohol is positiever echter het beeld dat zij van een typische drinker hebben is negatiever. De bereidheid om te veranderen is hoger maar men is wel eerder geneigd een aangeboden drankje aan te nemen. Bij de respondenten die geen alcohol drinken werden meer mogelijkheden gebruikt om alcohol te weigeren dan bij de respondenten die alcohol drinken. Ook hadden de drinkers meer moeite om “nee” te zeggen.

Conclusie: Om beter inzicht te krijgen op factoren die een rol spelen bij alcoholgebruik bij mensen met een licht verstandelijke beperking zal er meer onderzoek gedaan moeten worden. Voor de doelgroep zou verder onderzocht kunnen worden wat het effect van Refusal skills op alcoholgebruik is.

Abstract

Background: De-institutionalisation of people with mild or borderline Intellectual Disability (ID) generates not only positive benefits. Increased freedom and participation in the community has resulted also in a greater exposure to alcohol and misuse. Few studies examined the risk factors of alcohol (mis-) use in this target group.

Goal: This research will examine the prevalence rates of alcohol use and misuse and binge drinking in people with mild or borderline ID served by social services. There will be also a study to the relationship between Resistance Skills, Refusal Efficacy and Decision making Skills and alcohol consumption.

Method: A total of 63 interviews were obtained. The used questionnaires were part structured part semi-structured with self-report items. Of the 63 participant, 13 had also answered the questionnaire about Refusal Skills.

Results: Compare to the overall Dutch community the sample shows a lower prevalence rate of alcohol consumers (59% vs. 80%). The prevalence of people who are misusing alcohol however was higher (35% vs. 10%). This concern both men and women. For drinking, binge drinking en alcohol misuse counts the influence of the social norm higher. The attitude of drinking is more positive but the prototype image of a typical alcohol user is more negative. The intention to change is higher but they are more tending to accept a drink from a friend. Also the participants who were drinking alcohol felt more effort to refuse.

Conclusion: More research has to be done to understand the factors which play a role in using alcohol by people with ID. Future research should examine the potential effect of Refusal Skills in this target group.

Inhoudsopgave	Pagina
Samenvatting.....	2
Abstract.....	3
Inhoudsopgave.....	4
1. Introductie	
1.1 Achtergrond.....	5
1.2 problematiek van de doelgroep.....	6
1.3 Determinanten: theoretisch model.....	7
1.4 Onderzoeksvragen.....	12
2. Methode	
2.1 Respondenten.....	13
2.2 Procedure.....	14
2.3 Instrumenten.....	14
2.4 Beschrijving van de constructen en gedragsvariabelen.....	16
2.5 Data-analyse.....	18
3. Resultaten	
3.1 Onderzoeksvraag 1.....	20
3.2 Onderzoeksvraag 2.....	21
3.3 Onderzoeksvraag 3.....	22
3.4 Onderzoeksvraag 4.....	24
3.5 Hiërarchische regressieanalyse.....	25
4. Discussie	
4.1 Evaluatie resultaten.....	28
4.2 Evaluatie theoretisch model.....	28
4.3 Evaluatie Refusal Skills.....	29
4.4 Beperkingen.....	29
4.5 Aanbeveling.....	30
Literatuurlijst.....	31

Afkickkliniek voor verstandelijk beperkten

BREDA - De Brabantse verslavingsinstelling Novadic-Kentron gaat een opnameafdeling reserveren en inrichten voor licht verstandelijk gehandicapte cliënten en een speciale afkickmethode voor deze doelgroep ontwikkelen. Directeur Roel Hermanides heeft dat donderdag aangekondigd. Aanleiding is het stijgende aantal verstandelijk beperkten dat door alcohol- of drugsmisbruik in de problemen komt. De aanpak is uniek in Nederland, zegt Novadic-Kentron.

Bron: telegraaf 07-01-2010

1. Introductie

1.1 Achtergrond

De-institutionalisering van mensen met een verstandelijke beperking wordt door velen gezien als een positieve ontwikkeling. Onderzoeken hebben echter uitgewezen dat er ook negatieve gevolgen verbonden zijn aan de toegenomen mate van vrijheid en mobiliteit, zoals een grotere blootstelling aan de verleidingen van alcohol, hetgeen inherent is aan de participatie in de samenleving (Christian & Poling, 1997; Lottman, 1993). Hoewel velen geloven dat mensen met een verstandelijke beperking geen alcohol drinken (Moore and Ford, 1991), blijkt in de praktijk dat met de toename van de zelfstandigheid ook de kans op het krijgen van alcoholproblemen groter wordt (McGillicuddy and Blane, 1999). Desondanks is er nog maar weinig wetenschappelijk onderzoek gedaan naar het alcoholgebruik in de groep licht verstandelijk gehandicapten en zwakbegaafden. Over de mate van kwetsbaarheid van deze groep mensen met betrekking tot alcoholgebruik is nog weinig bekend. Ook zijn er geen actuele cijfers van prevalentie van problematisch alcoholgebruik bij mensen uit deze doelgroep.

Het SumID project wil aard en omvang van middelengebruik bij licht verstandelijk gehandicapten en zwakbegaafden in Nederland in kaart brengen. SumID staat voor Substance use and misuse in Intellectual Disability en is een promotie onderzoek van drs. M. Kiewik (projectleider Verslavingszorg en orthopedagoog-generalist binnen AveleijnSDT) en drs. J.E.L. van der Nagel (psychiater binnen Tactus Verslavingszorg) in samenwerking met het NISPA (Nijmegen Institute for Scientific Practitioners in Addiction), Radboud Universiteit Nijmegen en de Universiteit Twente. Dit onderzoek maakt deel uit van het SumID project.

1.2 Problematiek van de doelgroep

Voor de categorisering van mensen met een verstandelijke beperking wordt meestal het IQ als maat genomen, omdat dit de meest onderscheidende factor is. Over het algemeen wordt gebruik gemaakt van de categorisering zoals deze in tabel 1 wordt weergegeven.

Tabel 1

Categorisering verstandelijke beperking naar IQ

Niveau van intellectueel functioneren	IQ
Zwakbegaafd	70 – 90
Lichte Verstandelijke Beperking	50 – 70
Matige Verstandelijke Beperking	35 – 50
Ernstige Verstandelijke Beperking	20 – 35
Diepe Verstandelijke Beperking	< 20

De doelgroep van dit onderzoek, tevens de doelgroep van het SumID onderzoek, bestaat uit LVB (licht verstandelijke beperkten) en zwakbegaafden die als zodanig bekend zijn bij VG (verstandelijk gehandicapten) instellingen.

Het IQ is echter niet de enige onderscheidende factor. Naast de beperkingen die het gevolg zijn van een verlaagd IQ, heeft de doelgroep ook te maken met beperkingen in het adaptief vermogen, die tot uitdrukking komen in de conceptuele, sociale en praktische vaardigheden. Tevens heeft men meer dan normaal te kampen met fysieke en mentale beperkingen als epilepsie, motorische, zintuiglijke en psychiatrische stoornissen en is er sprake van een hoge comorbiditeit.

In een publicatie van het SCP (2010) wordt vermeld dat het vaststellen van de omvang van de groep mensen met een verstandelijke beperking lastig is. Men schat dat ongeveer 16% van de algemene bevolking behoort tot de categorie LVB of zwakbegaafd. (NVG, 1995). Hieruit blijkt dat men de groep mensen met een verstandelijke beperking nog niet goed in beeld heeft. Deels heeft dit te maken met beperkt onderzoek, deels komt dit ook doordat men aan de buitenkant vaak niet herkenbaar is als LVB of zwakbegaafd. (Taggart, et al., 2006). Hierdoor kan het gebeuren dat er te hoge verwachtingen ten aanzien van het functioneren van

de persoon ontstaan. Dit blijkt zelfs bij de hulpverlening het geval te zijn. Uit onderzoek is gebleken dat deze niet voldoende aansluit bij de doelgroep en daardoor ineffectief is (Taggart et al, 2007). In haar onderzoek geeft Smits (2008) aan dat mensen met een verstandelijke beperking die aankloppen bij de hulpverlening in de meeste gevallen het zorgaanbod ontvangen dat is ontwikkeld voor mensen zonder een verstandelijke beperking. Ook komt voor dat mensen met LVB worden uitgesloten van hulpverlening vanwege een te laag cognitief niveau. Ook Lottman (1993) geeft in zijn onderzoek naar hulpverlening voor mensen met een verstandelijke beperking aan dat in bijna de helft van de instanties geen gerichte zorg voor deze doelgroep wordt aangeboden.

Hoewel men nog geen inzicht heeft in het problematisch alcoholgebruik bij LVB, heeft men wel onderzoek gedaan naar de beeldvorming hierover. Deze is niet eenduidig. In de meeste gevallen wordt gedacht dat problematisch alcoholgebruik in de doelgroep minder voorkomt dan in de algemene populatie (Lottman, 1993). Prevalentie percentages schommelen mogelijk tussen de 0.5% - 2% van de doelgroep. Door de hoge comorbiditeit neemt men aan dat de gevolgen van problematisch alcoholgebruik veelal veel ernstiger zijn dan in de algemene populatie (Taggart, et al. 2006).

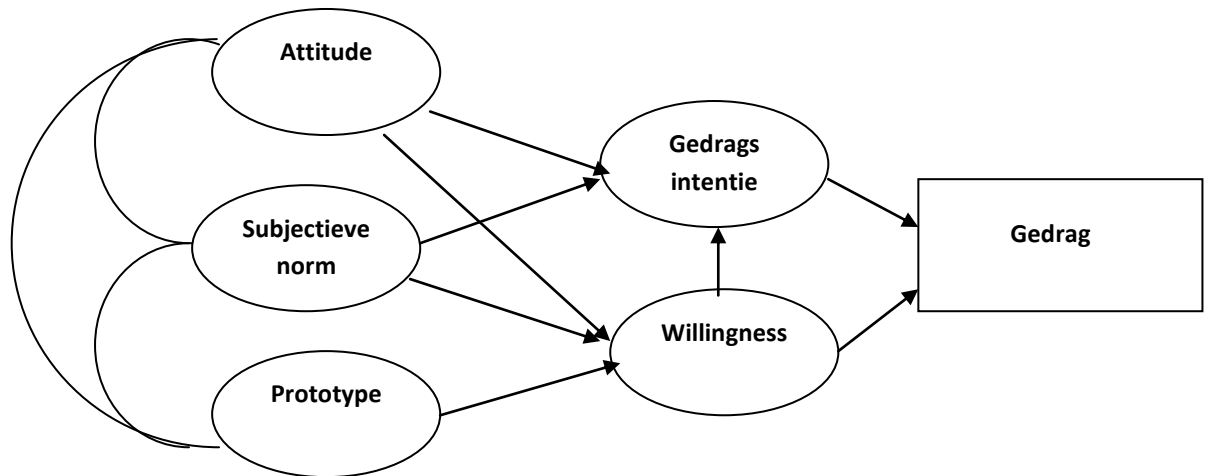
1.3 Determinanten: theoretisch model

Hoewel er bij de algemene bevolking in de loop van de tijd tal van onderzoeken gedaan zijn naar de determinanten van alcoholgebruik, is hierover bij de doelgroep nog weinig bekend. Vaak wordt de Theory of Planned Behavior (TPB) gebruikt om het aan gezondheid gerelateerd gedrag te verklaren. Dit theoretisch model, waarvan Icek Ajzen (1991) de grondlegger is, gebruikt de determinanten *Attitude*, *Subjectieve norm* en *Ervaren gedragscontrole* als voedende factoren voor de proximale factor *Intentie op gedragsverandering* die daarna invloed uitoefent op het gedrag. Met *Attitude* wordt dan bedoeld; de overtuigingen die men heeft over de waarschijnlijke gevolgen van het gedrag. *Subjectieve norm* heeft te maken met de overtuiging die men heeft over de normatieve verwachtingen van anderen. De sociale invloed die wordt weergegeven door middel van het ervaren van de sociale druk die door anderen wordt uitgeoefend, om bepaald gedrag wel of niet te vertonen. Met *Ervaren gedragscontrole* wordt bedoeld; de overtuigingen die men heeft over de aanwezigheid van factoren die de prestatie van het gedrag kunnen faciliteren of

belemmeren. De proximale factor Intentie vertegenwoordigt de motivatie van iemand om op een bepaalde manier te handelen en geeft een indicatie van de moeite die iemand wil doen en de tijd of inspanning die iemand wil investeren om bepaald gedrag te vertonen. TPB is een model dat uitgaat van gedrag dat gepland en beredeneerd wordt. In de praktijk blijkt echter dat als het gaat om risicovol gedrag, waar alcoholgebruik onder valt, het gedrag niet alleen via het geplande en beredeneerde pad tot stand komt.

Het Prototype Willingness Model (PWM), geïntroduceerd door Gibbons & Gerrard (1995), houdt naast de persoonlijke factoren van het model van TPB ook rekening met omgevingsfactoren die onbewust en niet gepland zijn. Hierdoor laat het PWM de factor Ervaren gedragscontrole uit het TPB model buiten beschouwing. We kunnen stellen dat het PWM bestaat uit twee cognitieve paden. Allereerst is er de “reasoned pathway” en daarnaast is er de “social reaction pathway”. Naast Attitude, Subjectieve norm en Intentie voegt het PWM de determinanten *Prototype* en *Willingness* toe voor de verklaring van gedrag. Onder prototype wordt dan verstaan het imago dat iemand heeft, die het bepaalde gedrag vertoont. Prototype is een voedende factor voor Willingness. Het prototype komt tot stand door twee factoren: *Prototype favourability*, is de mate waarin iemand positieve of negatieve eigenschappen toekent aan het imago en *Prototype similarity*, dit is de mate waarin iemand zich met het imago identificeert. Het verschil tussen Intentie en Willingness zit in de bewuste en onbewuste processen. Intentie komt tot stand vanuit een bewust, beredenerend proces, en is een algemene wens om ander gedrag te vertonen, terwijl Willingness tot stand komt door een onbewust proces waarbij de sociale beïnvloeding een rol speelt en is daarmee ook concreter. Om Willingness goed te kunnen meten zal de vraagstelling dan ook altijd een concrete situationele context dienen te hebben zoals: “Als je beste vriend je een biertje zou aanbieden, zou je die dan opdrinken?” Fig. 1 geeft een schematische weergave van het PWM.

Fig. 1 Prototype Willingness Model



Het Prototype Willingness Model gaat uit van een drietal assumpties, waarbij de nadruk ligt op sociale reactiviteit in plaats van op rationeel gepland gedrag:

1. Gedrag in relatie met gezondheidsrisico's is vrijwillig, maar niet altijd rationeel of bedoeld.
2. Gedrag dat is gerelateerd aan gezondheid, is een sociale gebeurtenis.
3. Gezondheidsgerelateerd gedrag wordt vanwege het sociale karakter geassocieerd met duidelijke sociale beelden. Deze sociale beelden hebben een significante impact op het nemen van beslissingen ten aanzien van gedrag dat is gerelateerd aan gezondheid.

De Subjectieve norm hebben we eerder omschreven als zijnde de sociale invloed die wordt weergegeven door middel van het ervaren van de sociale druk die door anderen wordt uitgeoefend, om bepaald gedrag wel of niet te vertonen. Nasim et al. (2009) geven in hun onderzoek naar voorspellers van alcohol *Refusal Efficacy* bij Afro Amerikaanse jongeren aan dat het hebben van ouders en vrienden die alcohol drinken belangrijke voorspellers zijn in het alcoholgedrag. Het ervaren van sociale druk vanuit de vriendenkring, de angst om buiten de groep te vallen, maar ook het gedrag en de attitude van ouders en vrienden ten aanzien van alcoholgebruik (Cappuzzi et al., 1983) maakt dat het hebben van sociale vaardigheden om alcohol te weigeren een belangrijke factor is om weerbaar te zijn in het tot stand brengen en houden van verantwoord alcoholgebruik. (Hecht et al., 2008)

Onderzoek bij kinderen en adolescenten uit de algemene bevolking heeft uitgewezen dat er goede resultaten behaald worden door het trainen van *Refusal* en *Resistance Skills*, de vaardigheden om te weigeren en te weerstaan (Hermann et al., 1997). Ook Kahan et al. (2003) heeft in zijn onderzoek onder studenten Geneeskunde aangetoond dat een workshop om *refusal skills* te verhogen effectief is in het terugdringen van problematisch alcoholgebruik. In een onderzoek van Hecht et al. (2008) onder Mexicanen en Mexicaans Amerikaanse jongeren wordt aangegeven dat *Resistant Skills*, *Refusal Efficacy* en *Decisionmaking Skills* mogelijk belangrijke factoren zijn om alcohol te kunnen weigeren. Hij omschrijft een aantal risicofactoren waarmee zijn doelgroep te maken heeft, die in zekere zin ook van toepassing zouden kunnen zijn op groep LVB en zwak begaafden. Deze risicofactoren zijn:

- Lage sociaal economische status.
- Stress vanwege aanpassing in een nieuwe leefomgeving.
- Aantasting van familierelaties door aanpassingsstress, waardoor men minder of niet meer terug kan vallen op de veilige familie omgeving.
- Participatie in vriendengroepen waarbij men sociale druk ervaart.

De invloed van de vriendengroep en de sociale vaardigheden vormen een complexe relatie. In een onderzoek naar de verwachtingen die verstandelijk beperkte jongeren hebben ten aanzien van hun vriendengroep wekt Pearl et al. (1992) de suggestie dat deze verstandelijk beperkte jongeren nog onvoldoende sociale vaardigheden zouden hebben om op een goede manier om te gaan met situaties waarbij zij door de vriendengroep worden uitgenodigd tot onwenselijk gedrag. Met het construct *Hypothetische Alcohol Weigering* wordt nagegaan in hoeverre de doelgroep beschikt over en gebruik maakt van vaardigheden om alcohol te weigeren. Eerdere onderzoeken hebben gevonden dat er vier manieren zijn om alcohol te weigeren; weigeren (simpelweg “nee” zeggen), uitleggen (“nee” zeggen en uitleg geven waarom niet), vermijden (voorkomen om in de situatie te raken) en vertrekken (Miller et al., 2000). Het aantal manieren dat men wist te bedenken om alcohol te weigeren, correleerde negatief met alcoholgebruik (Jackson et al., 1997, Miller et al., 2000).

Refusal Efficacy is de mogelijkheid die iemand bij zichzelf ervaart om te weigeren. De grondlegger van de sociale leertheorie, Albert Bandura, heeft in verschillend onderzoek aangetoond dat *Self Efficacy* een belangrijk concept is in gedragsverandering. Hij spreekt zelfs

over Self Efficacy als het fundament waarop de gedragsverandering door middel van cognitieve, affectieve en keuzeprocessen tot stand komt. Self Efficacy om te kunnen weigeren noemen we Refusal Efficacy. We kunnen hierbij onderscheiden een *Algemene Refusal Efficacy* en een *Taakgerichte Refusal Efficacy* (Oei et al. 2007). In zijn onderzoek laat Oei et al. zien dat Self-Efficacy bij alcoholweigering een significante voorspeller is voor alcoholgebruik in de gemeenschap. Het construct Refusal Efficacy wil meten hoe moeilijk iemand het vindt om alcohol te weigeren als dit wordt aangeboden door een familielid en een vriend. De moeite die iemand ervaart om te weigeren, kan dan een factor zijn, die de mogelijkheden om “nee” te zeggen vermindert.

Met *Decisionmaking skills* wordt nagegaan hoe de doelgroep over het algemeen, dus niet specifiek gericht op alcoholgebruik, omgaat met problemen. Hecht laat zien dat als bij deze 16- en 17-jarige Mexicaanse en Mexicaans-Amerikaanse jongeren er meer sprake is van passieve manieren van besluiten nemen, de kans dat men alcohol gebruikt, toeneemt. Als er echter sprake is van een hoge Refusal Efficacy en een meer actievere manier van besluiten nemen de kans op alcoholgebruik afneemt.

Het construct Decisionmaking skills kan opgedeeld worden in twee onderdelen, te weten: passieve en actieve decisionmaking. Didden et al. (2009) laat in zijn onderzoek naar middelenmisbruik, copingstrategieën, adaptieve vaardigheden en gedrag- en emotionele problemen bij licht verstandelijk gehandicapten en zwakbegaafden die in zorg zijn zien dat als er sprake is van middelenmisbruik men meer geneigd is op een passieve manier te komen tot een besluit.

1.4 Onderzoeksvragen

Er zijn een viertal onderzoeksvragen geformuleerd.

Onderzoeksvraag 1:

Wat is de prevalentie van alcoholgebruik, problematisch alcoholgebruik en binge drinken in de doelgroep, en hoe verhoudt dit gedrag zich met dat van de algemene Nederlandse bevolking?

Onderzoeksvraag 2:

Is er onderlinge samenhang tussen de distale factoren *Attitude*, *Subjectieve Norm* en *Prototype* en de proximale factoren *Intentie* en *Willingness*?

Onderzoeksvraag 3:

Kunnen de determinanten *Attitude*, *Subjectieve norm*, *Prototype*, *Intentie* en *Willingness* het gedrag, drinken of niet drinken, binge drinken of niet binge drinken, problematisch alcoholgebruik of geen problematisch alcoholgebruik verklaren?

Onderzoeksvraag 4:

Kunnen de determinanten *Hypothetische alcohol weigering*, *Refusal efficacy* en *Decisionmaking skills* het gedrag, drinken of niet drinken, binge drinken of niet binge drinken, problematisch alcoholgebruik of geen problematisch alcoholgebruik verklaren?

2. Methode

Dit onderzoek is een verkennend onderzoek geweest naar de prevalentie van alcoholgebruik, problematisch alcoholgebruik en binge drinken onder mensen met een licht verstandelijke beperking en zwak begaafden in zorg. Tevens is er in deze doelgroep onderzoek gedaan naar de invloed van Refusal skills op alcoholgebruik. Voor dit onderzoek is gebruik gemaakt van deels gestructureerde en deel semigestructureerde vragenlijsten.

2.1 Respondenten

Er is gekozen om instellingen te benaderen op grond van een risicoselectie. De instellingen die werden benaderd, hebben in een voorafgaand verkennend onderzoek aangegeven dat zij verwachten dat cliënten binnen hun zorgvoorziening te kampen hebben met problematisch alcoholgebruik. In deze instellingen werden respondenten geworven. Zij konden door de begeleiding zijn geselecteerd en benaderd, of na een voorlichting over het onderzoek hebben aangegeven aan het onderzoek mee te willen werken. In beide gevallen gebeurde deelname op basis van vrijwilligheid. De gestelde voorwaarden voor deelname waren:

- a. Leeftijd boven 18 (meerderjarig).
- b. Gebruikmaken van een zorgvoorziening (intensieve woonvoorziening, begeleid wonen, ambulante begeleiding, aangepaste werkvoorziening ect.).
- c. Bereid en in staat om te participeren; indien nodig moet door middel van een informed consent toestemming worden gegeven door de zorgaanbieder of een familielid.
- d. IQ ligt tussen 50 en 80.

Tabel 1 geeft de samenstelling van het geslacht van de respondenten afgezet in leeftijdsgroep aan. Van de participanten verbleven 27 personen intramuraal en 16 personen extramuraal. Van 20 respondenten zijn deze gegevens niet bekend. Uiteindelijk heeft een en ander geresulteerd in een deelname van 63 respondenten voor de SumID vragenlijsten, waarvan 13 deelnemers ook de vragenlijst met betrekking tot de Refusal skills heeft ingevuld.

Tabel 1

Samenstelling van de respondenten naar geslacht afgezet tegen de leeftijdsgroep.

Leeftijdscategorie	Geslacht	
	M	V
20 – 30 jaar	8	3
30 – 40 jaar	4	3
40 – 50 jaar	2	3
50 – 60 jaar	6	3
60 – 70 jaar	3	-
70 – 80 jaar	2	-
Geen leeftijd bekend	16	4

2.2. Procedure

Het onderzoek is uitgevoerd door de vragenlijsten van SumID en Refusal Skills uit te vragen bij de respondenten. De SumID vragenlijst is een semigestructureerde lijst, de vragenlijst van Refusal Skills is een gestructureerde lijst. Voordat werd begonnen met afname werd gecontroleerd of het informed consent aanwezig is. Er werd voor de duidelijkheid gecheckt of de respondent ook daadwerkelijk op vrijwillige basis wilden meewerken. Naast de vragenlijsten die door de respondent beantwoord werden, waren er ook vragenlijsten bij de begeleider(s) van de respondenten uitgezet. In de vragenlijsten voor de begeleiders werd onder andere een aantal demografische variabelen gevraagd. Een aantal begeleiders vragenlijsten zijn niet geretourneerd, hetgeen missing data heeft opgeleverd.

2.3 Instrumenten

Om het probleem van complexiteit te ondervangen is bij de items van beide vragenlijsten rekening gehouden met het gebruiken van eenvoudige vragen die zoveel mogelijk aansluiten bij het niveau en beleefwereld van de respondenten. Om de discrepantie tussen de door de vragenlijsten gebruikte terminologie en de bij respondent bekende termen met betrekking tot verslavende middelen te ondervangen, werd in het eerste gedeelte van de SumID vragenlijst aan de hand van foto's uitvraag gedaan naar de terminologie die respondent hanteert. In het

vervolg van de vragenlijst werd de terminologie van respondent gebruikt. Als een respondent bijvoorbeeld bij een foto van een glas bier aangaf dat het een pilsje is, werd in de verdere vraagstelling het woord “pilsje” gebruikt.

De SumID vragenlijst bestaat uit meerdere gedeelten. Het eerste gedeelte omvat vragen over de door de respondent gebruikte terminologie. In het tweede gedeelte werd gevraagd naar kennis (8 items) en attitude (5 items) ten opzichte van alcoholgebruik. Voor de antwoorden werd gebruik gemaakt van een 3-punts Likert schaal met de mogelijkheden ja/nee/twijfel. Ter verduidelijking van de antwoordmogelijkheden werden kaartjes met pictogrammen gebruikt (McGillivray 2001). Het derde gedeelte van de SumID vragenlijst bestaat uit het uitvragen naar ervaring met middelen. Deze bevat de Descriptieve Norm en de eigen ervaring met middelen. Het vierde gedeelte ten slotte werd alleen uitgevraagd bij gebruikers van middelen en gaat over de eigen ervaring van middelengebruik en de veranderbereidheid. Voor het uitvragen van problematisch alcoholgebruik werd de Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) gebruikt. De AUDIT is een vragenlijst die door de WHO als betrouwbaar wordt bevonden om problematisch alcoholgebruik te meten (Saunders et al. 1993). De vragenlijst is in het Nederlands beschikbaar en bevat onder andere als items: Hoe vaak drink je, hoe veel drink je per keer, hoe vaak ben je door drinken vergeten wat er gebeurd is. De vragen hoe vaak drink je en hoeveel drink je per keer werden tijdens het interview als waarde opgegeven. Deze waarde werd omgerekend naar de standaard glazen verdeling voor alcohol (tabel 2) om te komen tot een standaard alcoholconsumptie van de afgelopen maand.

Tabel 2
Standaard glazen verdeling voor alcohol

Soort drank	Aantal standaardglazen
Glas bier (fluitje)	1
Blikje of flesje bier (pijpje)	1,5
Halve liter bier (beugel)	2
Glas wijn (wijnglas)	1
Fles wijn (0,75 l)	7,5
Glas sterke drank (whisky, wodka, jenever, cognac, likeur) (borrelglasje)	1
Glas mix van sterke drank met frisdrank of vruchtensap (limonadeglas)	1
Fles sterke drank	22
Breezer, mixdrank in flesje (275 ml)	1,25
Shooter (bijv. Feigling)	0,35

2.4 Beschrijving van de constructen en gedragsvariabelen

Maandprevalentie alcoholgebruik

Deze dichotome gedragsvariabele wordt gemeten met het item “heeft u de afgelopen maand alcohol gebruikt?” Nee=0 en Ja=1.

Maandprevalentie binge drinken

De gedragsvariabele maandprevalentie binge drinken is ook een dichotome variabele die gemeten werd door middel van de gestandaardiseerde glazen alcohol die de afgelopen maand zijn gedronken. Was deze meer of gelijk aan 6 glazen dan kreeg de variabele maandprevalentie binge drinken de waarde 1. Waren er minder dan 6 glazen alcohol gedronken, dan kreeg de variabele maandprevalentie binge drinken de waarde 0.

Maandprevalentie problematisch alcoholgebruik

Ook deze gedragsvariabele is dichotoom en werd afgeleid van de totaalscore van de AUDIT vragen. Als deze totaalscore 8 of meer was, kreeg de variabele maandprevalentie problematisch alcoholgebruik de waarde 1. Was de totaalscore lager dan 8, dan kreeg de variabele maandprevalentie problematisch alcoholgebruik de waarde 0.

Subjectieve Norm

De Subjectieve Norm bestond uit 2 items: Vinden je vrienden dat je moet drinken / Anderen hebben wel eens gezegd dat ik moest stoppen met drinken. Antwoorden zijn: oneens=1 twijfel=2 en eens=3. Daarnaast hebben we de descriptieve norm toegevoegd. Dit is in eerder onderzoek gedaan (bv. Gibbons, Gerrard, Blanton, en Russel 1998). Ook McMillan & Conner (2003) lieten in hun onderzoek zien dat de descriptieve norm een verklaring geeft voor de intentie tot alcoholgebruik. Met descriptieve norm wordt bedoeld; dat wat men denkt dat de meeste anderen in hun sociale groep daadwerkelijk doen. De 7 items van de descriptieve norm waren: Drinkt je vader/moeder/broers of zussen/vrienden/mensen op je werk of dagbesteding/mensen bij wie je in huis woont/de begeleiding. Scores bij de eerste 3 items zijn: nee, nooit = 1, nee, is gestopt = 2, ja = 3. Voor het laatste items gold de score: niemand = 1, bijna niemand = 2, sommige = 3, de meeste = 4. De scores lopen van 9 tot 27. (Cronbach's alpha = .42)

Attitude

Met Attitude wilden we meten hoe iemand het drinken van alcohol beoordeelt. We hebben dit gemeten door de items: Drinken is dom/ lekker/fijn/ongezond. De scores zijn: oneens = 1, twijfel = 2, eens = 3. De scores lopen van 4 tot 12. (Cronbach's alpha = .59)

Prototype

Eigenlijk zou dit construct uit 2 elementen moeten bestaan, Prototype similarity en Prototype favourability. Dit onderzoek gaat alleen uit van Prototype similarity omdat Prototype favourability niet in de SumID vragenlijst was opgenomen. Omdat de Cronbach's alpha van dit construct voor de 3 items; "Mensen die alcohol drinken zijn slap", "Mensen die alcohol drinken zijn slim", "Mensen die alcohol drinken zijn cool", heel erg laag was (.022), hebben we voor alle 3 de items afzonderlijk een lineaire regressie gedaan met willingness. Hieruit kwam naar voren dat alleen het eerste item (Mensen die alcohol drinken zijn slap) significant was. Voor dit construct wordt daarom alleen dit item gebruikt.

Willingness

Dit construct werd gemeten met het item "Als je beste vriend je alcohol zou aanbieden zou je dat dan opdrinken?" De scores zijn; oneens = 1, twijfel = 2, eens = 3.

Intentie

Dit construct werd gemeten door 11 items. Voorbeelden van deze items zijn: "Ik probeer minder te drinken dan ik gewend ben" en "Ik geniet van drinken maar soms drink ik teveel". De scores waren; oneens = 1, twijfel = 2, eens = 3. De scores lopen van 11 tot 33. (Cronbach's alfa = .98)

Hypothetische Alcohol Weigering

Dit werd gemeten door 4 items. De respondent werd gevraagd zich mentaal een situatie voor te stellen waarbij een aantal mogelijke reacties werden gegeven. Aan de hand van een 4 punt Likert schaal heeft de respondent vervolgens aangegeven in hoeverre de reactie bij hem past. Een van de items van dit construct is: "Stel je voor dat iemand je een biertje aanbiedt, maar je wilt het niet, wat doe je dan? Zeg je "nee" en vertel je erbij waarom niet?" De scores zijn; zeker niet = 0, soms vaker niet = 1, soms vaker wel = 2 en zeker weten = 3. De scores lopen van 0 tot 12. (Cronbach's alfa = .60)

Refusal Efficacy

Met dit construct hebben we gemeten hoe moeilijk men het vindt om te weigeren bij mensen die verschillen in nabijheid van respondent. We hebben gekozen voor familie (binnenste ring), beste vriend (middelste ring). Aan de hand van een 4 punt Likert schaal gaf de respondent aan hoe moeilijk hij het vindt om te weigeren. Scores zijn; heel erg makkelijk = 0, makkelijk = 1, moeilijk = 2, heel erg moeilijk = 3. De scores lopen van 0 tot 6. (Cronbach's alpha = .88).

Decision Making Skills

De Decision Making Skills werden gesplitst in 2 constructen; passieve en actieve Decision Making. Een van de items die passieve Decision Making heeft gemeten is bv. "Als ik een belangrijk probleem op moet lossen, dan laat ik het iemand anders oplossen". Een item die actieve Decision Making heeft gemeten is; "als ik een belangrijk probleem op moet lossen, dan probeer ik zoveel mogelijk informatie te verzamelen om een goede keuze te maken". De scores zijn; nooit = 0, soms/vaker niet = 1, soms/vaker wel = 2, altijd = 3. De scores liepen voor passieve Decision Making van 0 tot 4 en voor actieve Decision Making van 0 tot 9. (Cronbach's alpha voor passieve Decision Making = .575, Cronbach's alpha voor actieve Decision Making = .81)

2.5 Data analyse

De data is met behulp van het SPSS 16.0 programma geanalyseerd. Allereerst werden de items beoordeeld. Daar waar nodig werden items omgeschaald. Voor missing value's werd de volgende richtlijn gehanteerd: De AUDIT vragen geeft bij zeven respondenten missing value's. Bij vier respondenten was alleen vraag een en twee ingevuld. Deze respondenten kregen een totale AUDIT score van nul. Bij drie respondenten miste op respectievelijk vier, twee en een vraag het antwoord. Voor deze drie respondenten werd het gemiddelde van de variabele ingevuld. De missing value's van het construct "subjectieve norm" kregen de gemiddelde waarde van de variabele. Bij de andere constructen werd aan de missing value's de waarde 2 (= twijfel) gegeven. Het construct Intentie was alleen uitgevraagd bij mensen die de afgelopen maand alcohol gedronken hadden. Voor mensen die de afgelopen maand geen alcohol gedronken hadden kreeg dit construct de waarde 22. De verschillende constructen werden samengesteld door het berekenen van Cronbach's alpha.

Allereerst werd gekeken naar de beschrijvende statistiek. De data van de steekproef werd vergeleken met die van de algemene Nederlandse bevolking. Hierna volgde een correlationeel onderzoek naar de verbanden tussen de verklarende variabelen van het PWM. De verschillen in determinanten, tussen drinkers en niet drinkers, binge drinkers en niet binge drinkers en problematisch alcoholgebruikers en niet problematisch alcoholgebruikers zijn berekend. Dit is gedaan door middel van een niet parametrische toets, de Kruskal-Wallis test. Er is gekozen voor een niet parametrische toets omdat er vanwege een lage N geen zekerheid is of we te maken hebben met een normale verdeling. Deze test werd ook gebruikt om de verschillen in hypothetische alcoholweigering, refusal efficacy en actieve en passieve decisionmaking skills tussen de groepen drinkers en niet drinkers, binge drinkers en niet binge drinkers, problematisch alcoholgebruikers en niet problematisch alcoholgebruikers te vergelijken. Ten slotte werd met een logistische hiërarchische regressie stapsgewijs gekeken wat de toegevoegde waarde van de verschillende variabelen in de proportie verklarende variantie van de gedragsvariabelen was.

3. Resultaten

3.1 Onderzoeksvraag 1; vergelijking van de respondenten uit de doelgroep met de algemene Nederlandse bevolking voor alcoholgebruik, problematisch alcoholgebruik en binge drinken.

In totaal zijn 63 SumID vragenlijsten en 13 vragenlijsten over de Refusal Skills terug ontvangen.

Tabel 3

Het actueel maandgebruik van alcohol voor de steekproef in vergelijking met de algemene Nederlandse bevolking

	Maandprevalentie Alcoholgebruik			Maandprevalentie Binge drinken			Maandprevalentie Problematisch alcoholgebruik		
	Frequentie	Percentage	CBS ¹	Frequentie	Percentage	CBS ¹	Frequentie	Percentage	CBS ¹
<i>Mannen (n=57)</i>									
Wel	26	63%	86%	11	27%	17%	15	37%	17%
Niet	15	37%	14%	30	73%	83%	26	63%	83%
<i>Vrouwen (n=57)</i>									
Wel	8	50%	74%	3	19%	4%	4	25%	4%
Niet	8	50%	26%	9	81%	96%	12	75%	96%
<i>Totaal (n=63)</i>									
Wel	37	59%	80%	14	22%	10%	22	35%	10%
Niet	26	41%	20%	49	78%	90%	41	65%	90%

¹Gegevens van de totale Nederlandse bevolking afkomstig van CBS (2009)

Allereerst werd gekeken naar onderzoeksvraag 1, wat is de prevalentie van alcoholgebruik, problematisch alcoholgebruik en binge drinken in de doelgroep, en hoe verhoudt dit gedrag zich met dat van de algemene Nederlandse bevolking. De verkregen data werd naast onderzoeksdata over (problematisch) alcoholgebruik in de algemene Nederlandse populatie gelegd (Tabel 3). De steekproef gaf aan dat 59% van de respondenten in de afgelopen maand alcohol heeft gedronken, 41% heeft dat afgelopen maand niet (meer) gedaan. Het CBS gaf in haar cijfers over 2009 voor de algemene Nederlandse bevolking aan dat 20% geen alcohol drinkt. De steekproef gaf een indicatie dat de frequentie van het aantal drinkers in de doelgroep lager zou kunnen zijn dan in de algemene Nederlandse bevolking.

Opvallend was dat ondanks een lagere frequentie van het aantal drinkers het percentage binge drinkers in de steekproef (22%) hoger lag dan in de algemene Nederlandse bevolking (10%). Dit gold voor zowel mannen (27% vs. 17%) maar sterker nog voor vrouwen (19% vs. 4%). Het CBS hanteert de benaming “zware drinkers” voor mensen die 6 of meer glazen alcohol per keer drinken, dit staat gelijk met wat in de steekproef onder binge drinken werd verstaan. Voor problematisch alcoholgebruik liet de steekproef zien dat 35% van de

respondenten een AUDITscore had van 8 of meer. Het CBS hield daarentegen voor de algemene Nederlandse bevolking een percentage van 10% aan, het is echter niet duidelijk of dit gemeten was met de AUDIT. Hoewel de frequentie van het aantal drinkers lager was leek de intensiteit van het alcohol drinken in de doelgroep juist hoger te zijn.

3.2 Onderzoeksvraag 2; onderlinge samenhang tussen de factoren Attitude, Subjectieve Norm, Prototype, Intentie en Willingness.

Tabel 4

Spearman correlaties voor de determinanten van het PWM

N=63

	1	2	3	4	5
1. Attitude	-	.47**	.03	.63**	.35**
2. Prototype		-	-.03	.35**	.23
3. Subjectieve Norm			-	.07	.14
4. Willingness				-	.50**
5. Intentie					-

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Voor de tweede onderzoeksvraag wordt gekeken naar de onderlinge verbanden tussen de variabelen Attitude, Subjectieve norm, Prototype, Intentie en Willingness. De analyse laat zien dat er tussen de Subjectieve Norm en de andere determinanten geen enkele samenhang is (tabel 4). Verder laat de tabel zien dat de distale factor Attitude bijzonder sterk samenhangt met de proximale factor Willingness (.63) en een goede samenhang vertoont met de proximale factor Intentie (.35). Dit betekent dat de overtuigingen die men heeft over de waarschijnlijke gevolgen van het gedrag samenhangt met het onbewuste en het bewuste proces om te komen tot gedragsverandering. Ook laat de analyse zien dat er een goede samenhang is tussen Attitude en Prototype (.47). Dit betekent dat er een goede samenhang is tussen de overtuigingen die men heeft over de waarschijnlijke gevolgen van het gedrag en de mate waarin men positieve of negatieve eigenschappen toekent aan het imago. Prototype heeft een goede samenhang met Willingness (.35). Dit wil zeggen dat de mate waarin men positieve of negatieve eigenschappen toekent aan het imago samenhangt met het onbewuste proces om te komen tot gedragsverandering. Tenslotte laten de beide proximale factoren Willingness en Intentie onderling een goede samenhang zien (.50). Dit wil zeggen dat er een samenhang is tussen het bewuste en het onbewuste proces om te komen tot gedragsverandering.

3.3 Onderzoeksvraag 3; kunnen de determinanten *Attitude*, *Subjectieve norm*, *Prototype*, *Intentie* en *Willingness* het gedrag, drinken of niet drinken, binge drinken of niet binge drinken, problematisch alcoholgebruik of geen problematisch alcoholgebruik verklaren?

Tabel 5

Verschillen van determinanten tussen drinkers en niet drinkers met Kruskal-Wallis

			Drinkers		Niet drinkers	P
	Min.	Max.	N=37	N=26		
Subjectieve norm	9	27	18.73	18.27		.45
Attitude	4	12	8.22	6.88		.01
Intentie	11	33	20.03	19.88		.67
Prototype	1	3	1.59	2.00		.07
Willingness	1	3	2.68	1.85		.00

Voor onderzoeksvraag drie wordt gekeken naar de verschillen in determinanten tussen de diverse groepen. Als in de steekproef de verschillende groepen met elkaar vergeleken wordt (tabel 5, 6 en 7) laat de analyse zien dat drinkers, binge drinkers en problematisch alcohol drinkers meer invloed vanuit de sociale omgeving ervaren dan de groep die dit gedrag niet vertoont. Hun houding ten opzichte van het drinken is positiever maar het prototypische beeld dat zij van een drinker hebben is lager. De groep drinkers, binge drinkers en problematisch alcohol gebruikers hebben een hogere intentie om te veranderen maar zijn desondanks meer geneigd het aanbod van een vriend om alcohol te drinken aan te nemen dan de respondenten die dit gedrag niet laten zien.

Tabel 6

Verschillen van determinanten tussen binge drinkers en niet bingedrinkers

	Binge drinkers			Niet Binge drinkers	
	Min.	Max.	N=14	N=49	P
Subjectieve norm	9	27	19.93	18.14	.03
Attitude	4	12	8.50	7.43	.05
Intentie	11	33	21.57	19.51	.47
Prototype	1	3	1.43	1.86	.08
Willingness	1	3	2.86	2.18	.01

Tabel 7

Verschillen van determinanten tussen problematisch alcohol gebruikers en niet problematisch alcohol gebruikers

	Probl. drinkers			Niet probl. drinkers	
	Min.	Max.	N=22	N=41	P
Subjectieve norm	9	27	18.64	18.49	.62
Attitude	4	12	8.23	7.37	.08
Intentie	11	33	22.55	18.59	.05
Prototype	1	3	1.50	1.90	.06
Willingness	1	3	2.82	2.07	.00

3.4 Onderzoeksvraag 4; kunnen de determinanten *Hypothetische alcohol weigering*, *Refusal efficacy* en *Decisionmaking skills* het gedrag, drinken of niet drinken, binge drinken of niet binge drinken, problematisch alcoholgebruik of geen problematisch alcoholgebruik verklaren?

Tabel 8

Verschillen van refusal skills tussen drinkers en niet drinkers met Kruskal-Wallis test

			Drinkers	Niet drinkers	
	Min.	Max.	N=9	N=4	P
Hypothetische Alcoholweigering	0	12	5.33	6.00	.53
Refusal efficacy	0	6	2.44	1.75	.63
Decisionmaking skills passief	0	4	1.33	1.00	.57
Decisionmaking skills actief	0	9	5.22	5.75	.70

Tabel 9

Verschillen van refusal skills tussen binge drinkers en niet binge drinkers met Kruskal-Wallis test

			Binge drinkers	Niet binge drinkers	
	Min.	Max.	N=4	N=9	P
Hypothetische Alcoholweigering	0	12	7.75	4.56	.07
Refusal efficacy	0	6	1.25	2.67	.46
Decisionmaking skills passief	0	4	.50	1.56	.09
Decisionmaking skills actief	0	9	5.50	5.33	.94

Tabel 10

Verschillen van refusal skills tussen problematische drinkers en niet problematische drinkers met Kruskal-Wallis test

			Probl. drinkers	Niet probl. drinkers	
	Min.	Max.	N=4	N=9	P
Hypothetische Alcoholweigering	0	12	7.75	4.56	.07
Refusal efficacy	0	6	2.00	2.33	.81
Decisionmaking skills passief	0	4	.75	1.44	.26
Decisionmaking skills actief	0	9	6.75	4.78	.39

Om onderzoeksvraag vier te kunnen beantwoorden wordt gekeken naar de verschillen in Refusal skills tussen de verschillende groepen. Tabel 8 laat zien dat in de steekproef de groep niet drinkers meer mogelijkheden gebruiken om alcohol te weigeren dan de groep drinkers. De respondenten die drinken hebben meer moeite om “nee” te zeggen dan de respondenten die niet drinken. Als we de groep drinkers opsplitsen in binge drinkers cq. niet binge drinkers en problematisch drinker cq. niet problematisch alcohol drinker verdwijnt dit effect.

3.5 Hiërarchische regressieanalyse

Door middel van een logistische hiërarchische regressie analyse wordt gekeken naar de proportie verklarende variantie die de variabelen uit het PWM hebben ten aanzien van de gedragsvariabelen maandprevalentie alcoholgebruik, maandprevalentie binge drinken en maandprevalentie problematisch alcoholgebruik. In het eerste blok zijn de distale factoren Attitude, Prototype en Subjectieve Norm opgenomen. In het tweede blok wordt dit aangevuld met Willingness en Intentie.

De regressie analyse uit tabel 11 laat zien dat de variabelen Attitude, Prototype en Sociale Norm 16 % van de variantie in wel of geen alcohol drinken verklaart. Als de variabelen Willingness en Intentie daarbij worden gevoegd komt de proportie verklarende variantie van wel of geen alcohol drinken op 61% te liggen. Hoewel het volledige PWM wel significant is moet worden vastgesteld dat dit voornamelijk komt door een sterke invloed van de factor Intentie.

Tabel 11

Logistische hiërarchische regressie voor Maandprevalentie alcoholgebruik met de determinanten als onafhankelijke variabele (N=63)

Maandprevalentie alcohol gebruik	Blok 1			Blok 2		
	OR	CI	P	OR	CI	P
Attitude	1.30	.97 – 1.75	.08	.87	.55 – 1.36	.54
Prototype	1.30	.66 – 2.58	.44	1.22	.44 – 3.37	.70
Subjectieve norm	1.10	.93 – 1.30	.25	1.13	.87 – 1.46	.35
Willingness				.64	.64 – 5.48	.25
Intentie				1.09	1.09 – 1.36	.00
Nagelkerke R ²	.16			.61		
Nagelkerke ΔR ²	.16			.45		
X ²	df(3,62)=8.15		.04	df(5,62)=37.94		.00
Δ X ²				df(2,62)=29.79		.00

Tabel 12

Logistische hiërarchische regressie voor Binge drinken met de determinanten als onafhankelijke variabele (N=63)

Binge drinken	Blok 1			Blok 2		
	OR	CI	P	OR	CI	P
Attitude	1.20	83.2 – 1.74	.33	1.08	.68 – 1.73	.75
Prototype	1.71	.68 – 4.36	.26	2.02	.67 – 6.12	.21
Subjectieve norm	1.40	1.09 – 1.80	.01	1.36	1.05 – 1.76	.02
Willingness				1.54	.35 – 6.69	.57
Intentie				1.09	1.00 – 1.20	.05
Nagelkerke R ²	.28			.43		
Nagelkerke ΔR ²	.28			.15		
X ²	df(3,62)=12.80		.01	df(5,62)=20.92		.00
Δ X ²				df(2,62)=8.12		.02

Wanneer het model geëvalueerd wordt voor de gedragsvariabele Binge drinken (Tabel 12) kan worden geconcludeerd dat de subjectieve norm een significante bijdrage levert in het verklaren van het Binge drinken via het PWM. Eerdere analyses hebben al laten zien dat alleen voor de groepen binge drinkers en niet binge drinkers een significant verschil aanwezig is voor de subjectieven norm. Dit zou beargumenteerd kunnen worden door te stellen dat Binge drinken veelal in een sociale context gebeurt. Als we Willingness en Intentie als factor aan het model worden toegevoegd zien we een toename in het percentage van de proportie verklarende variantie naar 43%.

Tabel 13

Logistische hiërarchische regressie voor Problematisch alcohol gebruik met de determinanten als onafhankelijke variabele (N=63)

<i>Problematisch alcohol gebruik</i>	Blok 1			Blok 2		
	OR	CI	P	OR	CI	P
Attitude	1.12	.84 – 1.49	.45	.80	.52 – 1.25	.34
Prototype	1.58	.76 – 3.29	.22	2.21	.77 – 6.40	.14
Subjectieve norm	1.10	.93 – 1.31	.26	1.01	.81 – 1.25	.96
Willingness				2.31	.72 – 7.42	.16
Intentie				1.19	1.08 – 1.31	.00
Nagelkerke R ²	.11			.56		
Nagelkerke ΔR ²	.11			.45		
X ²	df(3,62)=5.17		.16	df(5,62)=33.12		.00
Δ X ²				df(2,62)=27.95		.00

Als dezelfde analyse uitgevoerd wordt voor de gedragsvariabele problematisch alcoholgebruik (tabel 13), laat deze zien dat Attitude, Prototype en Subjectieve Norm 11% van de variantie in problematisch alcoholgebruik verklaard. Als Willingness en Intentie hieraan worden toegevoegd dan wordt 56% van de variantie in problematisch alcoholgebruik verklaard. De individuele bijdragen van de verschillende variabelen zijn echter alleen in het geval van Intentie significant.

4. Discussie

4.1 Evaluatie resultaten

De eerste onderzoeksvraag ging over de prevalentie van alcoholgebruik, problematisch alcoholgebruik en de verhouding tussen binge drinken in de doelgroep en de algemene Nederlandse bevolking. De steekproef laat zien dat het percentage niet-drinkers een fractie hoger ligt dan in de algemene Nederlandse bevolking. Deze waarneming is ondersteunend voor de heersende opinie die in de literatuur gevonden wordt, namelijk dat in de doelgroep minder mensen alcohol drinken in vergelijking met de algemene Nederlandse bevolking (Degenhardt, 2000; Lottman, 1993; Taggart et al., 2006). Ondanks dit gegeven vinden we in de steekproef hogere percentages voor problematisch alcoholgebruik en binge drinken. Ook dit is een ondersteuning voor de mening die in de literatuur terug te vinden is (Lottman, 1993; McGillicuddy, 2006; Taggart et al., 2006). Opvallend is hierbij dat in de steekproef het percentage binge drinkers aanzienlijk hoger ligt dan in de algemene Nederlandse bevolking. Ook de percentages voor problematisch alcoholgebruik liggen in de steekproef hoger dan in de algemene Nederlandse bevolking. De gevonden data geven de suggestie dat alcoholgebruik voor de doelgroep een groot risico kan zijn.

4.2 Evaluatie theoretisch model

Evaluatie van het Prototype Willingness Model laat zien dat de verschillen tussen de verschillende groepen overeenkomt wat de verwachting was. Voor drinkers, binge drinkers en problematische alcoholgebruikers geldt dat zij meer invloed ervaren vanuit de sociale omgeving. Hun houding ten opzichte van het drinken van alcohol is positiever echter het beeld dat zij van een typische drinker hebben is negatiever. De bereidheid om te veranderen is hoger maar men is wel eerder geneigd een aangeboden drankje aan te nemen. Bij de steekproef lijkt het erop dat de verschillende factoren uit het PWM voor deze doelgroep verklarende waarde heeft. Hoewel de individuele factoren bij de hiërarchische regressieanalyse overheersend niet significant zijn verklaard het hele model 21 tot 38 procent van de variantie.

4.3 Refusal Skills

Het drinken van alcohol is doorgaans een sociale aangelegenheid. Uit de analyse van de gevonden data komt naar voren dat respondenten die alcohol drinken het moeilijker vinden om “nee” te zeggen. Het gegeven dat iemand die alcohol drinkt minder manieren gebruikt om een drankje te weigeren zou hiervoor een reden kunnen zijn.

Refusal skills kunnen gezien worden als copingmechanismen. In een onderzoek van Taggart et al. (2007) naar de redenen van problematisch alcoholgebruik bij 10 personen met een verstandelijke beperking, kwam naar voren dat zelfmedicatie vanwege de negatieve ervaringen van het leven bij 5 van de 10 personen de hoofdrede was. Deze manier van coping-gemotiveerd drinken geeft een verhoogd risico in sociaal en beroepsmatig functioneren, het hebben van algemeen alcohol gerelateerde problemen, alcoholmisbruik, tolerantie en onthoudingsverschijnselen (Buckner, et al., 2006). Ook Moore en Polsgrove (1991) geven in hun onderzoek aan dat deze neiging tot zelfmedicatie in combinatie met een laag zelfbeeld, een verlangen naar sociale acceptatie, slechte leefomstandigheden en een buitensporige hoeveelheid vrije tijd mogelijk risicoverhogende factoren zijn als het gaat om middelenmisbruik. Refusal skills kunnen een belangrijke rol spelen om drinken als zelfmedicatie tegen te gaan.

4.4 Beperkingen

Het bleek lastiger dan voorzien om bij zowel cliënt als begeleider een bereidheid tot deelname te creëren. Het winnen van vertrouwen bij de doelgroep verliep uiterst moeizaam. Hierdoor is het aantal respondenten beperkt gebleven. Voor hen die uiteindelijk hebben geparticipeerd, geldt dat het afnemen van de interviews goed verlopen is.

Uit studies is gebleken dat zelfrapportage vooral in de populatie van de doelgroep voor veel biases kan zorgen (Heal & Sigelman, 1995 en Finlay & Lyons 2001). Hoewel er tijdens de interviews zoveel mogelijk werd doorgevraagd als er op verschillende items tegenstrijdige antwoorden werden gerapporteerd, moet er rekening worden gehouden met de mogelijkheid dat er sociaal wenselijke antwoorden werden gegeven. De gebruikelijke vragenlijsten vormen veelal een probleem bij gebruik in de doelgroep vanwege de complexiteit van de vragen (Taggart 2006, McGillicuddy 2006).

Bij de gevonden data en analyse moet de kanttekening worden geplaatst dat de steekproef niet helemaal aselekt is gekozen. Er is een selectie gemaakt van instellingen, op grond van de verwachting dat de problematiek van middelengebruik daar aan de orde zou zijn. Binnen deze instellingen zijn de respondenten echter wel aselekt gekozen. Doordat de steekproef niet 100% aselekt is, wordt het moeilijk om de uitkomsten te generaliseren naar de gehele doelgroep. Het zou kunnen dat er in de steekproef een hogere frequentie en intensiteit is gemeten dan bij de doelgroep het geval is, omdat is gekozen voor instellingen waar middelenmisbruik werd vermoed.

In dit onderzoek is aan de subjectieve norm de descriptieve norm toegevoegd. Hierdoor heeft het construct een ander karakter hebben gekregen waardoor de invloed op de gedragsveranderende intentie wordt opgeheven.

Het construct Intentie is niet uitgevraagd bij mensen die de afgelopen maand niet hadden gedronken. Bij het invoeren van de data is ervanuit gegaan dat mensen die de afgelopen maand niet hadden gedronken, de intentie hebben om dit gedrag voort te zetten.

De vragenlijst over Refusal Skills is door 13 respondenten ingevuld. Hierdoor is het niet goed mogelijk betrouwbare analyses te maken.

4.5 Aanbevelingen

Om de betrouwbaarheid van de data-analyse te bevorderen is het gewenst om het aantal respondenten te vergroten. Dit geldt vooral voor het uitvragen van de Refusal Skills. Onderzoek naar Refusal Skills kan een belangrijke bijdrage leveren om inzicht te krijgen in het alcoholgebruik van de doelgroep. Door het construct Intentie ook bij mensen die de afgelopen maand geen alcohol hebben gedronken uit te vragen kan er een betrouwbaarder beeld ontstaan. In dit onderzoek is geen gebruik gemaakt van een aselechte toewijzing. Er is gekozen om instellingen te benaderen waarbij verwacht werd dat de middelenmisbruik aanwezig was. De gevonden data geeft voldoende reden het onderzoek uit te breiden om zo een betrouwbaarder beeld te krijgen van de omvang en prevalentie van de problematiek in deze doelgroep. Ten slotte kan er ook onderzocht worden of in het PWM een rol is weggelegd voor Refusal Skills.

Literatuur

- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behaviour. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, vol. 50, pag. 170-211
- Arce, A. Tadlock, M., Vergare, M., Shapiro, S. (1983). A psychiatric profile of street people admitted to an emergency shelter. *Hospital and Community Psychiatry*, vol. 34, pag. 812-817
- Bandura, A. (1999). A sociocognitive analysis of substance abuse: an agentic perspective. *Psychological Science*, vol. 10, nr. 3, pag. 214-217
- Buckner, J.D. Schmidt, N.B., Eggleston, A.M. (2006). Social Anxiety and Problematic Alcohol Consumption: The Mediating Role of Drinking Motives and Situations. *Behavior Therapy*, vol. 37, pag. 381-391
- Capuzzi, D., Low Lecoq, L. (1983). Social and Personal Determinants of Adolescent Use and Abuse of Alcohol and Marijuana. *The Personnel and Guidance Journal*, vol. 62, nr. 4, pag. 199-205
- Christian, L.A., Poling, A. (1997). Drug abuse in persons with mental retardation: a review. *American Journal on Mental Retardation*, vol. 102, nr. 2, pag. 126-136
- Clegg, J.A. & Standen, P.J. (1991). Friendship among adults who have developmental disabilities. *American Journal on Mental Retardation*, vol. 95, pag. 663-671
- Didden, R., Embregts, P., Toorn, M. van der, Laarhoven, N. (2009). Substance abuse, coping strategies, adaptive skills and behavioural and emotional problems in clients with mild to borderline intellectual disability admitted to a treatment facility: A pilot study. *Research in Developmental Disabilities*, vol 30, nr. 5, pag 927-932
- Edgerton, R.B. (1986). Alcohol and drug use by mentally retarded adults. *American Journal on Mental Retardation*, vol. 90, pag. 602-609
- Finlay, W.M.L., Lyons, E. (2001). Methodological Issues in interviewing and using self-report questionnaires with people with mental retardation. *Psychological Assessment*, vol. 13, nr. 3, pag 319-335

- Gibbons, F.X., Gerrard, M. (1995). Predicting young adults' health risk behaviour. *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 69, pag. 601-609
- 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*, vol. 28, nr. 1, pag. 29-61
- 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)5, 1164-1180
- Heal, L.W., Sigelman, C.K. (1995). Response biases in interviews of individuals with limited mental ability. *Journal of Intellectual Disability Research*, vol 39, nr. 4, pag. 331-340
- Hecht, M.L., Warren, J.R., Wagstaff, D.A., and Elek E. (2008). Substance Use, Resistance Skills, Decision Making, and Refusal Efficacy Among Mexican and Mexican American Preadolescents. *Health Communication*, vol. 23, pag. 349-357
- Hermann, D.S., McWhirter, J.J. (1997). Refusal and resistance skills for children and adolescents: a selected review. *Journal of Counselling & Development*, vol.75, pag. 177-187
- Kahan, M., Wilson, S., Midmer, D., Borsoi, D., Martin D. (2003). Randomized Controlled Trial on the effects of a skill-based workshop on medical students' management of Problem Drinking and alcohol dependence. *Substance Abuse*, vol. 24, nr. 01, pag. 5-16
- Lippold, T. & Burns, J. (2009). Social support and intellectual disabilities: a comparison between social networks of adults with intellectual disability and those with physical disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, vol. 53, nr. 5, pag. 463-473
- Lottman, T.J. (1993). Access to generic substance abuse services for persons with mental retardation. *Journal of Alcohol and Drug education*, vol. 39, pag. 41-55
- McGillicuddy, N.B., Blane, H.T. (1999). Substance Use in individuals with mental retardation. *Addictive Behaviors*, vol. 24, nr. 6, pag. 869-878
- McGillicuddy, N.B. (2006). A review of substance use research among those with mental retardation. *Mental Retardation and Developmental Disabilities*, vol 12, pag. 41-47

- McGillivray, J.A., Moore, M.R. (2001). Substance use by offenders with mild intellectual disability. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, vol. 26, nr. 4, pag. 297-310
- McMillan, B., Conner, M. (2003). Using the theory of planned behaviour to understand alcohol and tobacco use in students. *Psychology, Health & Medicine*, vol. 8, nr. 3, pag. 217-328.
- Myers, F., Ager, A., Kerr, P. & Myles, S. (1998). Outside looking in? Studies of the community integration of people with learning disabilities. *Disability and Society*, vol. 13, pag. 389-413
- Moore, D., Ford J. (1991). Prevention of substance abuse among persons with disabilities: A demonstration model. *Prev. Forum*, vol. 11, pag. 1-10
- Moor, D., Polsgrove, L. (1991). Disabilities, developmental handicaps, and substance misuse: A review. *International Journal of the Addictions*, vol. 26, nr. 1, pag. 65-90
- Nagel, J. van der, Kiewik, M., Thijs, A. (2008). Reader middelenproblematiek LVB. *Tactus Training en Advies en AveleijnSDT*
- Nasim, A., Belgrave, F.Z., Corona, R., Townsend, T.G. (2009). Predictors of tobacco and alcohol refusal efficacy for urban and rural african-american adolescents. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, vol. 18, nr. 3, pag. 221-242
- NVG (1995) *Vorm en kleur*. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Gehandicaptenzorg
- Oei, T.P.S. Ph.D., Hasking, P. Ph.D., Phillips, L. B.A. (2007). A Comparison of General Self-Efficacy and Drinking Refusal Self-Efficacy in Predicting Drink Behavior. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, vol. 33, pag. 833-841
- O'Farrell, T., Connors, G., Upper, D. (1983). Addictive behaviors among hospitalized psychiatric patients. *Addictive Behaviors*, vol. 8, pag. 329-333
- Pearl, R., Bryan, T. (1992) Students' expectations about peer pressure to engage in misconduct. *Journal of Learning Disabilities*, vol. 25, nr. 9, pag. 582-585

- Saunders, J.B., Aasland, O.G., Babor, T.F., de la Fuente, J.R., Grant, M. (1993). Development of alcohol use disorders identification test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption-II. *Addiction*, Vol. 88, pag. 791-804
- Sociaal en Cultureel Planbureau (2005). Zorg voor verstandelijk gehandicapten. Ontwikkeling in de vraag. *SCP-publicatie* 2005/09
- Smits, A.E.C. (2008). Beperkte kater? Onderzoek naar (de begeleiding en behandeling van) alcohol- en drugsmisbruik bij mensen met een verstandelijke beperking. Rijksuniversiteit, Groningen.
- Stel, J. van der (2004). Het ziektebegrip van verslaving. Amsterdam: CEDRO
- Taggart, L., McLaughlin, D., Quinn, B., Milligan, V. (2006). An exploration of substance misuse in people with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, vol. 50, part 8, pag. 588-597
- Taggart, L., McLaughlin, D., Quinn, B., McFarlane, C. (2007). Listening to people with intellectual disabilities who misuse alcohol and drugs. *Health and Social Care in the Community*, vol. 15, nr. 4, pag. 360-368
- Taylor S.J. & Bogdan R. (1989). On accepting relationships between people with mental retardation and non-disabled people: towards an understanding of acceptance. *Disability, Handicap and Society*, vol. 4, pag. 21-36
- Westermeyer, J., Phaobtang, T., Neider, J. (1988). Substance use and abuse among mentally retarded persons: A comparison of patients and a survey population. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, vol. 14, pag. 109-123
- Whitmer, G. (1980). From hospitals to jails: The fate of California's deinstitutionalized mentally ill. *American Journal of Orthopsychiatry*, vol. 50, pag. 65-75