Meetinstrumenten

VOOR ONDERZOEK NAAR ROKEN EN STOPPEN MET ROKEN

Inhoudsopgave

Voorwoord bij de tweede druk 6

1. Inleiding 7

2. Opzetten van onderzoek naar roken en stoppen met roken 9
2.1 Introductie 9
2.2 Data verzameling 9
2.3 Samenstelling van een onderzoeksgroep 12
2.4 Rechten van respondenten 14
2.5 Enkele opmerkingen over het opstellen van een vragenlijst 16

3. Rookgedrag 17
3.1 Introductie 17
3.2 Definities 17
3.3 Vragen 20
3.4 Uitleg bij de vragen 21
3.5 Specifieke populaties 22

4. Stoppen met roken 25
4.1 Introductie 25
4.2 Definities 25
4.3 Vragen 27
4.4 Uitleg bij de vragen 29
4.5 Specifieke populaties 30

5. Achtergrondvariabelen 32
5.1 Introductie 32
5.2 Definities 32
5.3 Vragen 34
5.4 Uitleg bij de vragen 39

6. Determinanten 41
6.1 Introductie 41
6.2 Definities 41
6.3 Vragen 45
6.4 Uitleg bij de vragen 50
6.5 Specifieke populaties 52

7. Analyse en rapportage 53
7.1 Introductie 53
7.2 Uitvallers 53
7.3 Hercodering en berekening van nieuwe variabelen 54
7.4 Rapportage 58

8. Survey onderzoek 62
8.1 Introductie 62
8.2 Steekproef 62
8.3 Non-respons 63
8.4 Gebruik van surveys 64
8.5 Vragen 65

Literatuur 66

Bijlage 1 Vragenlijst 71

Bijlage 2 Definities rookgedrag 85

Voorwoord bij de tweede druk

STIVORO's poging uit 2000 tot standaardisering van onderzoek naar roken en stoppen met roken is welkom gebleken bij zowel onderzoekers als studenten. De gedrukte oplage van het boekje was vrij snel geheel verspreid en de digitale versie werd talloze malen van de website van STIVORO gedownload. Omdat ontwikkelingen in het onderzoeksveld inmiddels nieuwe inzichten hebben opgeleverd, vonden de samenstellers dat het tijd was voor een gewijzigde herdruk. De doelstelling van de eerste editie werd gevolgd in deze tweede druk: standaardisering mogelijk maken in onderzoek naar roken en stoppen met roken. Die standaardisering betreft de operationalisering van concepten (de formulering van vragen) en de methode van onderzoek (de opzet en uitvoering). De wijzigingen bestaan daaruit dat de gebruikte verwijzingen naar literatuur en websites zijn geactualiseerd, dat operationalisaties van bepaalde concepten zijn aangepast aan nieuwe inzichten, en dat het gedeelte over privacy wetgeving werd aangepast aan de nieuwste Europese wetgeving. Vanwege de vluchtigheid van het medium internet, vragen we de lezer begrip voor het mogelijk niet correct werken van de vermelde links naar webpagina´s.

Den Haag, 2006

1. Inleiding

In het verleden werd herhaaldelijk gesignaleerd dat resultaten van onderzoek naar stoppen met roken onderling moeilijk of niet te vergelijken waren. In een beschouwing over stoppen met roken onderzoek werd door onderzoekers van de Universiteit Nijmegen geconstateerd dat de vergelijkbaarheid vooral werd bemoeilijkt door verschil in de gebruikte meetinstrumenten en een gebrek aan eenduidigheid in de manier waarop uitval (drop-out) werd behandeld (Breteler, Schotberg & Schippers, 1996). Om de vergelijkbaarheid te verbeteren zou standaardisering van meetinstrumenten en onderzoeksmethoden nodig zijn.

STIVORO onderkende het belang van standaardisering en vroeg de capaciteitsgroep Gezondheidsvoorlichting van de Universiteit Maastricht om een standaard te ontwikkelen die een richtlijn zou kunnen zijn voor zowel de praktijk als voor onderzoekers. Door de capaciteitsgroep Gezondheidsvoorlichting werd volgens de Delphi methode (Dalkey & Helmer, 1962; Linstone & Turoff, 1975, Green & Kreuter, 1999) consensus gezocht bij deskundigen op het gebied van stoppen met roken onderzoek over concepten en hun operationalisering (zie lijst van adviseurs in het colofon). Het resultaat van deze inventarisatie werd in 2000 door STIVORO uitgegeven in de vorm van een boekje en via het Internet.

De vragenlijst die in deze uitgave wordt gepresenteerd, is geschikt voor onderzoek naar de effectiviteit en doelmatigheid van stoppen met roken interventies in experimentele studies (meer metingen in de tijd bij eenzelfde onderzoeksgroep, bij voorkeur in combinatie met een controlegroep), maar kan ook worden toegepast in survey-onderzoek waarbij eenmalig wordt gemeten of waarbij op elk meetmoment met een nieuwe onderzoeksgroep wordt gewerkt. Onderzoek naar passief roken valt buiten de doelstelling van dit boekje. De vragen zijn geformuleerd voor gebruik in een schriftelijke vragenlijst (in te vullen op papier of elektronisch). Waar nodig is aangegeven hoe vragen veranderd kunnen worden voor gebruik in mondelinge of telefonische interviews. In 2.2 wordt besproken wat de voordelen van beide manieren van dataverzameling zijn. De beoogde doelgroepen voor deze uitgave zijn onderzoekers en studenten. Bij deze laatste groep bleek de tekst onverwacht populair, niet in de minste plaats omdat er in tegenstelling tot het merendeel van de wetenschappelijke literatuur, informatie in te vinden is over hoe de vragen in een vragenlijst geplaatst dienen te worden en hoe de antwoorden op de vragen verwerkt moeten worden in analyses.

De vragen in deze tweede druk betreffen, net als in de eerste druk, rookgedrag, stoppogingen, verslaving, en achtergrondvariabelen. Over de operationalisatie van deze concepten bestond ten tijde van de eerste druk consensus onder de benaderde deskundigen. In

de tussentijd zijn er echter nieuwe inzichten gepubliceerd over hoe deze concepten gemeten kunnen worden, waardoor onze aanbevelingen minder stringent zijn. Daarnaast waren er concepten waarover toen minder overeenstemming was. Dit waren de situatiespecifieke en interventiespecifieke factoren, zoals de af- of aanwezigheid van rookbeleid, blootstelling aan interventie onderdelen, de volledigheid en kwaliteit van de uitvoering van een interventie en cognitieve determinanten van het proces van stoppen met roken. In deze uitgave worden aanbevelingen gedaan met betrekking tot de operationalisatie van deze factoren. Hiertoe werd een aantal databestanden die aanwezig waren bij de capaciteitsgroep Gezondheidsvoorlichting van de Universiteit Maastricht geanalyseerd ter bepaling van validiteit en betrouwbaarheid. We zijn ons er echter van bewust dat deze operationalisaties in de internationale onderzoekswereld ter discussie kunnen staan.

In hoofdstuk 2 wordt eerst een beknopt overzicht gegeven van de belangrijkste aspecten van wetenschappelijk onderzoek naar roken en stoppen met roken, zonder de pretentie te hebben om een handleiding voor het opzetten van onderzoek te leveren. Waar nodig bevat de tekst aanvullende literatuursuggesties. Daarna volgt in de hoofdstukken 3 tot en met 6 per concept een beschrijving van de ermee samenhangende domeinen, hoe deze kunnen worden gemeten en hoe de gegevens moeten worden geïnterpreteerd. Bovendien worden telkens aanwijzingen gegeven voor toepassing in specifieke populaties.
Hoofdstuk 7 bevat aanwijzingen voor de analyse en de rapportage van de verzamelde data. Tot slot wordt in hoofdstuk 8 ingegaan op het uitvoeren van survey-onderzoek. In bijlage 1 volgt dan de samenvoeging van de vragen die besproken werden in hoofdstukken 3 tot en met 6, zoals ze in een vragenlijst kunnen worden gebruikt.

2. Opzetten van onderzoek naar roken en stoppen met roken

2.1 Introductie

In dit hoofdstuk zullen basisprincipes worden besproken van onderzoek in het algemeen en stoppen met roken onderzoek in het bijzonder. In dit kader kunnen twee soorten onderzoek worden onderscheiden: evaluatie onderzoek van stopmethoden en survey-onderzoek naar rookgedrag in een populatie. Het doel van evaluatie onderzoek van stoppen met roken programma´s of interventies lijkt vanzelfsprekend: we verwachten van (een deel van) de deelnemers aan een interventie of degenen die aan voorlichting worden blootgesteld dat zij stoppen met roken, en dit hopelijk ook nog volhouden. Maar hoe weten we of en in welke mate deze doelstelling wordt behaald, en als de uitkomst onder de maat is, hoe kunnen we het programma dan verbeteren? Vooral ontwikkelaars van interventies die hun producten willen optimaliseren, en beleidsmakers die verantwoorde keuzes willen maken tussen interventies, zullen geïnteresseerd zijn in de antwoorden op dergelijke vragen.
Het doel van surveyonderzoek naar rookgewoonten in een populatie is het krijgen van inzicht in de omvang van het probleem: hoeveel mensen roken er of hebben er gerookt, welke mensen roken, en hoe ziet hun rookgedrag eruit in termen van hoeveelheid en soort rookwaar, en bijvoorbeeld de mate van afhankelijkheid van tabak? Deze gegevens zijn van belang bij het stellen van prioriteiten zowel in onderzoek als bij het inzetten van middelen.

In dit hoofdstuk zal aandacht worden besteed aan dataverzameling, de samenstelling van een onderzoeksgroep, rechten van respondenten en het opstellen van een vragenlijst.

2.2 Dataverzameling

Onderzoek dient als basis voor besluitvorming over de keuze van niet-roken beleidsmaatregelen of -interventies. De onderzoeker dient daarom op de hoogte te zijn van de beslissingen die op basis van zijn onderzoek genomen gaan worden, om de juiste vragen en onderzoeksmethoden te kunnen kiezen. Vanuit de beslissingen die men wil kunnen nemen op basis van het onderzoek, dienen onderzoeksvragen te worden geformuleerd. Vervolgens moeten die onderzoeksvragen in meetbare dimensies worden vertaald. Een voorbeeld: een opdrachtgever wil een besluit kunnen nemen over welke wijk van een stad prioriteit moet hebben bij de uitvoering van een stoppen met roken programma. Op basis hiervan formuleert de onderzoeker de volgende onderzoeksvraag: Hoe is de rookpreva-

lentie per wijk en in welke wijken lopen de bewoners het meeste risico op ziekten ten gevolge van roken? Rookprevalentie wordt volgens de meetbare dimensie ´het al of niet gerookt hebben in de afgelopen 7 dagen´ gemeten en het risico wordt bepaald door combinatie van ´de gemiddelde hoeveelheid tabak die wordt geconsumeerd per wijk´ en ´het teergehalte van de gerookte sigaretten of shag´. Op basis van de onderzoeksvragen en afhankelijk van de aanwezige middelen en tijd kan de meest geschikte onderzoeksopzet (ook wel: onderzoeksdesign) worden bepaald. In verschillende handboeken kan meer informatie worden gevonden over de keuze van het design (Bouter & Van Dongen, 2000; Kuypers, 1995; Meerling, 1995; Swanborn, 1991; 2004).

Om de effecten van programma's te meten, wordt een zogenaamde gerandomiseerde, gecontroleerde onderzoeksopzet (Randomized Controlled Trial) als gouden standaard beschouwd. Hierbij worden personen in het onderzoek, bijvoorbeeld rokers, willekeurig (op basis van toeval, door trekking) aan één van twee (of meer) onderzoeksgroepen toegewezen. Dit heet randomisatie. Eén van de groepen ontvangt een interventie (bijvoorbeeld een stoppen met roken programma), terwijl de andere groep niets ontvangt (of een ander programma waarmee men het eerste wil vergelijken). Voorafgaand aan de interventie en na afloop wordt in beide groepen een meting verricht. Het verschil in verandering van de effectmaat (bijvoorbeeld stoppen met roken) tussen beide groepen geeft de mate van effectiviteit (werkzaamheid) weer. Deze opzet van onderzoek is optimaal, omdat de onderzoeksgroepen door het randomiseren hetzelfde zijn en alleen verschillen in de interventie die ze hebben gekregen en omdat men weet hoe de situatie vóór de interventie was. In de praktijk zal deze opzet niet altijd haalbaar zijn. In de literatuur over onderzoeksdesigns worden talrijke mogelijkheden beschreven om af te wijken van dit design, bijvoorbeeld door personen niet op basis van toeval toe te wijzen, door alleen na afloop van de interventie te meten, door de controle of vergelijkingsgroep weg te laten, enzovoort. We spreken dan van quasi-experimentele onderzoeksdesigns. Elke afwijking van het ideaaltypische design heeft bepaalde gevaren en gevolgen voor de validiteit van de studie. De geïnteresseerde lezer wordt verwezen naar Cook en Campbel (1979) en Bouter en Van Dongen (2000).

Gegevens kunnen worden verzameld door middel van een vragenlijst die de respondent invult (op papier of in elektronische vorm, bijvoorbeeld verspreid via het Internet), maar ook met mondelinge interviews. Die interviews kunnen rechtstreeks worden afgenomen of via de telefoon. Voordelen van papieren of elektronische vragenlijsten zijn dat de respondent de lijst kan invullen op een tijd die hem of haar uitkomt, dat er gecompliceerde vragen kunnen worden gesteld, en dat afhankelijk van de manier van retourneren de anonimiteit van de invuller bewaard kan blijven. Bij zowel elektronische vragenlijsten als telefonische interviews kan er met een computerprogramma worden gewerkt waardoor de data direct wordt ingevoerd, en er dus minder kans is op fouten. Bovendien biedt zo´n computerprogramma de mogelijkheid om met een ingewikkelde routing te werken, waardoor er tijd van respondent en eventuele interviewer wordt bespaard. Met de routing van een vragenlijst wordt bedoeld dat door het geven van een bepaald antwoord op een vraag de respondent wordt doorgestuurd naar een vraag verderop in de vragenlijst. Computerprogramma´s waarmee vragenlijsten kunnen worden afgenomen kunnen zo´n routing ongemerkt laten verlopen. De respondent ziet de irrelevante vragen niet. Bij gebruikmaking van een routing in een schriftelijke vragenlijst (bijvoorbeeld: ga door naar vraag 18) ziet de respondent alle tussenliggende vragen en het is gebleken dat respondenten daar fouten mee maken. In schriftelijke vragenlijsten voor kinderen en adolescenten is het gebruik van een routing daarom helemaal af te raden.
Het argument dat bij gebruik van telefonische interviews de respons hoger is verliest steeds meer kracht door het groter wordend aantal geheime nummers en de toenemende telefonische marketing die vaak als een interview begint. Daardoor ontstaat er weerstand bij mogelijke respondenten om nog mee te werken aan onderzoek. Het gebruik van Internet voor onderzoeksdoeleinden wordt steeds populairder. Het gaat daarbij meestal om zelfgeselecteerde onderzoeksgroepen, bestaande uit een deel van de mensen die om één of andere reden op de betreffende web pagina kwamen. De representativiteit van dergelijk onderzoek is daardoor vaak gering. Mondelinge interviews kosten meer tijd en geld, omdat men meestal de respondent moet bezoeken. Een voordeel van interviewen is dat men een betere indruk krijgt van de ernst waarmee vragen worden beantwoord, en het begrip van de vragen door de geïnterviewde. Eventueel kan er een toelichting op de vragen worden gegeven.

Bij elk van de hiervoor genoemde methoden kunnen de vragen gesloten zijn (men kan kiezen uit twee of meer antwoordcategorieën), of open (het antwoord kan door de ondervraagde worden geformuleerd en opgeschreven of uitgesproken). Antwoorden op open vragen dienen eerst te worden gecategoriseerd en gecodeerd vóórdat er statistische bewerkingen op kunnen worden uitgevoerd, en kosten daardoor vooral bij grotere onderzoeksgroepen meer tijd en geld.

Vragen dienen goed en eenduidig geformuleerd te zijn, en aan de criteria, die in het vervolg van dit rapport worden genoemd, te voldoen (zie pagina 16). Voor de vergelijkbaarheid tussen onderzoeken is het van belang dat standaardvragen worden gebruikt, zoals in dit boekje worden voorgesteld. Naast de formulering kan ook de volgorde waarin vragen worden gesteld consequenties hebben voor de kwaliteit van antwoorden, omdat het antwoord op een bepaalde vraag een ander antwoord kan beïnvloeden. Tenslotte zijn de procedures van het onderzoek (hoe men te werk gaat) van invloed op de antwoorden die men op de vragen krijgt. Om een goede vergelijking tussen de uitkomsten van verschillende onderzoeken te kunnen maken, moeten de onderzoeken op deze punten zoveel mogelijk overeenkomen. Ook binnen een onderzoek moeten deze procedures zoveel

mogelijk gelijk zijn. Verschillende interviewers die voor één onderzoek werken, moeten de vragen bijvoorbeeld op een identieke manier stellen (voor meer informatie over dit onderwerp verwijzen we naar Swanborn, 1991; 2004). Om de uitkomsten van een onderzoek goed te kunnen interpreteren, moeten deze aspecten worden vermeld in de rapportage.

2.3 Samenstelling van een onderzoeksgroep

Het werven van respondenten voor onderzoek dient zorgvuldig te gebeuren. De manier waarop respondenten werden geworven heeft gevolgen voor de samenstelling van de onderzoeksgroep. Daarom moet die werving in wetenschappelijke publicaties altijd worden verantwoord. De manier waarop respondenten voor een onderzoek worden geworven, kan sterk verschillen, afhankelijk van het doel van het onderzoek en de mogelijkheden en omstandigheden. Bij een survey-onderzoek is het van belang een onderzoeksgroep te vinden die representatief is voor de totale populatie waar men een uitspraak over wil doen. Bijvoorbeeld: “in de Nederlandse bevolking komt x% rokers voor”. Door het trekken van een willekeurige steekproef uit die totale populatie, waarbij elk individu in die populatie een even grote kans heeft om in de steekproef te komen, kan het beste aan de eis van representativiteit tegemoet worden gekomen. Het verkrijgen van medewerking van de getrokken respondenten is een tweede stap. Vaak dient men respondenten een betaling of beloning (een kans op een prijs bijvoorbeeld) in het vooruitzicht te stellen om hun medewerking te krijgen. Voor onderzoek in speciale groepen, bijvoorbeeld bij mensen die leiden aan een bepaalde kwaal, moet de onderzoeker op zoek naar die gevallen. In dit g zouden (huis)artsen de juiste personen kunnen identificeren in hun patiëntenbestand. Men noemt dit ‘case finding’. Het uitwisselen van dergelijke gegevens is gebonden aan strenge wetgeving betreffende privacy (zie ook pagina 14 en verder).

Meestal hebben we bij veldonderzoek naar de effectiviteit van stoppen met roken interventies te maken met zogenaamde zelfgeselecteerde groepen, zoals een groep deelnemers aan een stoppen met roken cursus. Het gevolg hiervan is dat er op basis van onderzoek in zo´n groep geen uitspraak gedaan kan worden over de totale groep rokers, maar alleen over de groep rokers die geïnteresseerd is in stoppen, de moeite neemt om zich aan te melden voor een cursus, bereid is daar een zeker bedrag voor te betalen en die bereid is deel te nemen aan onderzoek. De rapportage van een onderzoek moet daarom zo volledig mogelijk aangeven hoe de respondenten zijn geworven en welke kenmerken ze hebben. Het moet mogelijk zijn om op basis van de beschrijving van de opzet van een onderzoek een soortgelijk onderzoek uit te voeren, met ander woorden om het onderzoek te repliceren.

De benodigde omvang van de onderzoeksgroep(en) is afhankelijk van de uitspraak die men op basis van de resultaten van de studie wil kunnen doen. In het geval van een survey, waarbij men bijvoorbeeld wil kunnen bepalen welk percentage van de Nederlandse bevolking rookt, is de conclusie die men trekt uit een onderzoek onder 50 leden van de totale bevolking minder zeker dan de conclusie die gebaseerd is op een onderzoek onder 10.000 mensen. Stel dat men in beide onderzoeken een percentage van 30% rokers vindt. Dan kan men op basis van de verhouding tussen de onderzoeksgroep en totale populatie een 95% betrouwbaarheidsinterval berekenen. Dat houdt in het gebied om die 30% waarvan men met 95% zekerheid kan zeggen dat het werkelijke in de populatie aanwezige percentage er in zal liggen. In het onderzoek onder 50 mensen zal dat 95% betrouwbaarheidsinterval veel breder zijn dan in het onderzoek onder 10.000 mensen, waardoor de conclusies van dat laatste onderzoek meer zekerheid bieden (voor meer uitleg zie: Bouter & van Dongen, 2000).
In een effectiviteitstudie, waarin men wil kunnen aantonen dat de ene interventie beter werkt dan de andere, wil men zeker weten of het gevonden verschil tussen de beide onderzoeksgroepen (de ene groep die werd blootgesteld aan interventie A en de andere groep die interventie B ontving) niet op basis van toeval werd gevonden, maar dat het verschil er ook werkelijk is. Met andere woorden, is het gevonden verschil tussen twee onderzoeksgroepen statistisch significant? Ook hierbij is de zekerheid waarmee men dat kan zeggen afhankelijk van de verhouding tussen de grootte van het gevonden verschil en de omvang van de onderzoeksgroepen. Hierbij geldt dat hoe kleiner het verschil is, hoe meer personen men in elke groep nodig heeft om dit verschil statistisch te kunnen aantonen. Bovendien bepaalt het aantal variabelen dat men in de analyses van de data wil betrekken de minimale omvang van de onderzoeksgroep. Tabachnick en Fidell (2000) geven als vuistregel dat het aantal personen in het onderzoek minimaal gelijk moet zijn aan 50 + (8 x aantal onafhankelijke variabelen) als men een multiple correlatie wil berekenen. Onafhankelijke variabelen zijn alle variabelen in de analyse behalve de uitkomstmaat. In het geval van het bepalen van de invloed van individuele voorspellers dienen er minimaal 104 + (aantal onafhankelijke variabelen) personen in het onderzoek te zijn. Voor meer informatie, zie Tabachnik & Fidell, 2000. Nauwkeuriger dan deze vuistregels zijn formules voor zogenaamde powerberekeningen waarmee men, afhankelijk van de soort variabelen en de analysemethode die men wil hanteren, kan berekenen hoeveel respondenten er minimaal nodig zijn om een bepaald verschil te kunnen aantonen, of om met een bepaalde zekerheid uitspraken te kunnen doen over het voorkomen van een bepaald verschijnsel in een populatie. Voor het maken van deze berekeningen bestaan software programma´s en websites, bijvoorbeeld de website van het UCLA Department of Statistics (http://calculators.stat.ucla.edu/powercalc/). Voor meer uitleg, zie ook: Borenstein en Cohen, 1988; en Breukelen, 1994.
Statistische significantie betekent echter niet vanzelfsprekend dat het aangetroffen verschil ook praktische en klinische relevantie heeft. In zeer grote onderzoeksgroepen zullen kleine verschillen snel als significant naar voren komen, terwijl het verschil nauwelijks implicaties heeft met betrekking tot het behalen van bijvoorbeeld gezondheidswinst.

2.4 Rechten van respondenten

Als mensen in onderzoek worden betrokken, heeft de onderzoeker de verantwoordelijkheid om te waken voor de rechten van de deelnemers aan het onderzoek. Twee belangrijke rechten zijn het recht op 'informed consent' (de respondent heeft recht op uitleg over het onderzoek alvorens hij of zij toestemming geeft tot medewerking) en het recht op een vertrouwelijke behandeling van de persoonsgegevens. Op de website van het Europese project Respect (http://www.respectproject.org/code/index.php?id=nl) zijn professionele en ethische codes te vinden voor socio-economisch onderzoek, waarbij wordt uitgegaan van drie principes: het hooghouden van wetenschappelijke normen, het naleven van de wet en het vermijden van sociaal of persoonlijk onrecht. Op de website van de Universiteit van Amsterdam zijn soortgelijke richtlijnen te vinden in meer beknopte vorm specifiek voor psychologisch onderzoek (http://www.fmg.uva.nl/zoeken/object.cfm?objectid=D892C6B9-0244-440E-AD47D2F4BCD1B9EB).

Het informed consent vereist van de onderzoeker dat hij of zij, voorafgaande aan het onderzoek, toestemming vraagt aan de deelnemers aan het onderzoek om gegevens van of over hen te verzamelen. Deze toestemming mag pas gevraagd worden nadat de potentiële deelnemers geïnformeerd zijn over de aard van het onderzoek, wat er van hen wordt gevraagd en wat de mogelijke risico's van deelname zijn. Deze informatie kan hun besluit om aan het onderzoek deel te nemen beïnvloeden. Informed consent maakt het onmogelijk om mensen zonder medeweten in een onderzoek te betrekken. Er zijn twee mogelijkheden om informed consent te verkrijgen. Ten eerste kan een onderzoeker de deelnemers een schriftelijke verklaring laten tekenen. De belangrijke aspecten van het onderzoek moeten bij die verklaring zijn bijgevoegd, zodat de deelnemers goed geïnformeerd zijn op het moment van hun keuze. Dit noemt men een actief informed consent. Een voorbeeld van een dergelijk verklaring kunt u o.a. vinden op de website van de medisch-ethische toetsingscommissie van het VU medisch centrum (http://www.vumc.nl/METc/index.html?wmo/toelichting_checklist.html~hoofd). Dit in tegenstelling tot een passief informed consent, waarbij men er van uitgaat dat deelnemers uit vrije wil deelnemen en dat degenen die dat niet willen zelf het initiatief nemen om dit kenbaar te maken, bijvoorbeeld door mondeling aan te geven niet te willen meewerken of door de vragenlijst niet te retourneren. Het zal duidelijk zijn dat de actieve informed consent procedure tot minder deelnemers zal leiden. In het geval van weinig indringende onderzoeksmethoden, zoals het invullen van een vragenlijst over het rookgedrag, zal bij een onderzoeksgroep uit de algemene bevolking een passief informed consent volstaan. Hierbij moet de gelegenheid bestaan om de lijst niet in te vullen, zonder dat dit consequenties heeft.

De Europese privacyrichtlijn 95/46/EG, waaraan de Wet Bescherming Persoonsgegevens (WBP) in Nederland uitvoering geeft, vormt een belangrijk uitgangspunt in het internationaal privacykader. Het College Bescherming Persoonsgegevens (CBP) houdt toezicht op de naleving van o.a. de WBP die het gebruik van persoonsgegevens regelt. Alle verwerkingen van persoonsgegevens moeten worden gemeld bij het CBP. Het CBP houdt een openbaar register van deze meldingen bij. Een groot aantal maatschappelijk goed bekende en geaccepteerde verwerkingen zijn echter vrijgesteld van melding. Daaronder valt het meeste wetenschappelijk onderzoek. Het CBP biedt op haar website een handreiking bij het gebruik van het vrijstellingsbesluit. Bovendien is op die website veel informatie te vinden over de wetgeving en de uitwerking ervan (http://www.cbpweb.nl/).
Ook bij wetenschappelijk onderzoek moet men potentiële deelnemers aan het onderzoek wijzen op hun recht om hun gegevens uit het onderzoek te laten verwijderen. Waar het niet mogelijk is om met anonieme vragenlijsten te werken, bijvoorbeeld als men de respondent in een nameting nogmaals wil bevragen en daarvoor naam en adres nodig heeft, is het raadzaam om uit te leggen dat de persoonlijke gegevens alleen bekend zullen zijn bij de onderzoeker en voor geen ander doel gebruikt zullen worden. Hiermee wordt de vertrouwelijkheid van de gegevensverwerking gegarandeerd. Aan het eind van de vragenlijst in bijlage 1 kunt u een voorbeeld vinden van een formulering voor dit doel.

In Nederland is er sprake van een verplichte medisch-ethische toets voor onderzoek dat valt onder de Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen (WMO) en/of de Embryowet. Op de website van de Centrale Commissie Mensgebonden Onderzoek (CCMO) zijn de nieuwste ontwikkelingen bij te houden met betrekking tot de bescherming van proefpersonen in medisch-wetenschappelijk onderzoek. Daar kan men ook via een stappenplan nagaan of en door welke instantie een onderzoeksvoorstel gekeurd moet worden voordat het kan worden uitgevoerd (http://www.ipfier2.nl/main.asp). De procedure en benodigde formulieren zijn daar ook te vinden.
Een recente ontwikkeling is dat sinds medio 2005 een aantal vooraanstaande wetenschappelijke tijdschriften, verenigd in de International Commission of Medical Journal Editors (ICMJE), alleen artikelen over interventiestudies publiceren als de interventie voorafgaand aan de uitvoering van het onderzoek werd aangemeld bij een register. Deze registratie dient drie doelen: ten eerste om mogelijke publicatiebias (vooral onderzoek met positieve resultaten wordt gepubliceerd) te identificeren en de nadelige effecten hiervan te reduceren, ten tweede het voorkómen van dubbel researchwerk (en financiering daarvan) en ten derde het informeren van aan onderzoek deelnemende patiënten. Voor de meeste trials geldt dat registratie kan geschieden bij het Nederlands Trial Register (http://www.trialregister.nl/). Dit register staat open voor elk gerandomiseerd of gecontroleerd medisch wetenschappelijk onderzoek waarin de effecten van interventies met elkaar worden vergeleken en dat in Nederland wordt uitgevoerd. Bij de registratie krijgt de trial een internationaal en uniek identificatie nummer (zgn. ISRCTN-nummer), dat bij internationale publicaties van belang is. Aan deze procedure zijn kosten verbonden.

2.5 Enkele opmerkingen over het opstellen van een vragenlijst

Bij het opstellen van vragenlijsten gelden enkele belangrijke principes. Op de eerste plaats moeten vragen begrijpelijk zijn en niet voor meer dan één uitleg vatbaar. Met andere woorden: iedereen uit de doelgroep dient er hetzelfde uit te begrijpen. Door middel van het pretesten van de vragenlijst kan men erachter komen of aan deze eis is voldaan. Pretesten houdt in dat mensen uit de doelgroep de vragenlijst invullen en achteraf van commentaar voorzien, vóórdat de vragenlijst op grote schaal wordt gebruikt. Hiervoor zijn speciale methoden ontwikkeld (Vroom, 1994; Damoiseaux, 1993). Het kan nodig zijn om aanpassingen die men op basis van de pretest maakt, opnieuw te pretesten. Ook kan het soms raadzaam zijn om onderzoeksprocedures te pretesten. Als men bijvoorbeeld een onderzoeksgroep wil werven in een supermarkt, kan men in een kleine pretest in één of meer soortgelijke supermarkten nagaan of de bedoelde onderzoeksgroep ook werkelijk wordt bereikt en wil meewerken aan het onderzoek.

De constructie van vragen voor vragenlijsten en interviews is een specialisme. Niet alleen de formulering van de vragen maar ook de volgorde waarin ze worden gesteld heeft invloed op de antwoorden. Bovendien heeft de manier van het stellen van de vragen (schriftelijk, telefonisch, of tijdens persoonlijk contact) consequenties voor wat en hoe er gevraagd kan worden. In een schriftelijke vragenlijst kan men de respondent bijvoorbeeld laten kiezen uit een groot aantal opties, terwijl dat in een telefonisch interview niet kan. In een interview kan worden doorgevraagd als de interviewer het antwoord niet duidelijk vindt, terwijl dat in een schriftelijke vragenlijst onmogelijk is. De vragenlijst die in dit rapport wordt gepresenteerd is door deskundigen samengesteld, waarbij zoveel mogelijk gebruik werd gemaakt van vragen die al zijn gepretest en/of gebruikt werden in onderzoek dat aan de algemeen geldende standaarden voldoet voor wetenschappelijke onderzoek. Hierbij is uitgegaan van publicaties in zogenaamde 'peer reviewed' tijdschriften, waarin publicaties pas na toetsing door vakgenoten ('peers') worden opgenomen. In de volgende hoofdstukken worden de vragen per concept besproken. In bijlage 1 zijn de vragen in de meest ideale volgorde geplaatst, en zijn de doorverwijzingen naar volgende secties doorgevoerd, de zogenaamde routing.

Er zijn twee systemen van nummering gebruikt. In de hoofdstukken zijn vragen genummerd met een nummer dat verwijst naar het hoofdstuk en de paragraaf, terwijl in de vragenlijst in bijlage 1 de nummering doorloopt.

3. Rookgedrag

3.1 Introductie

Het vóórkomen van het gebruik van tabak in een populatie kan worden uitgedrukt in een prevalentiecijfer. Dit cijfer is een belangrijk gegeven bij het bepalen van de omvang van het tabaksprobleem. Informatie over de rokersprevalentie in verschillende subpopulaties maakt het mogelijk om risicogroepen te identificeren, hetgeen nuttig is bij het plannen van effectieve gezondheidsvoorlichting. Een andere reden waarom een onderzoeker rookgedrag wil meten, is om vast te kunnen stellen wat het effect is van een stoppen met roken interventie. Door vóór en na een interventie het rookgedrag van deelnemers aan een stoppen met roken programma te meten, en dit bij voorkeur te vergelijken met een vergelijkingsgroep die niet aan het programma wordt blootgesteld, kan de effectiviteit van het programma worden bepaald.

Voor volwassenen en adolescenten zijn verschillende vragen nodig om het rookge-drag adequaat te meten. In dit hoofdstuk worden beide behandeld.

3.2 Definities

Om standaardvragen te kunnen opstellen en gebruiken, is het van belang dat er overeenstemming bestaat over begrippen en definities. De onderstaande indeling is in de internationale onderzoekswereld de meest gehanteerde (World Health Organisation (WHO), 1998). Ook het Nederlands Epidemiologen Platform volgt deze indeling.

Een belangrijke maat is de *puntprevalentie* van roken. Hiermee wordt het percentage rokers in een populatie of steekproef op een bepaald moment in de tijd uitgedrukt. Dit percentage is een momentopname en kan derhalve zowel betrekking hebben op langdurige rokers als op mensen die de dag voor de meting begonnen zijn met roken. De puntprevalentie wordt meestal gemeten door middel van zelfrapportage. Zelfrapportage houdt in dat de onderzoeker uitgaat van wat de respondent zelf zegt over zijn of haar rookgedrag. Er zijn methoden om dit gerapporteerde rookgedrag te controleren:

1. men kan personen uit de omgeving van de ondervraagde vragen naar het rookgedrag van de persoon. Deze methode is omslachtig, doorgaans niet erg nauwkeurig en wordt tegenwoordig zelden gebruikt.
2. men kan via biochemische tests koolmonoxide (CO) in uitgeademde lucht (ter plekke te meten) of in het bloed (in laboratorium) opsporen. Het CO-gehalte is een indicator voor roken in de afgelopen 24 uur. De CO-meting moet direct na het invullen van de vragenlijst worden afgenomen en heeft de beperkingen dat de test

gevoelig is voor invloeden als recente deelname aan het verkeer (uitlaatgassen bevatten CO), en het CO-gehalte van de ruimte waarin men heeft verkeerd (in een kleine afgesloten ruimte wordt dit snel hoger door uitgeademde lucht).

3. men kan via biochemische tests afbraakproducten van nicotine (cotinine of thiocyanaat (SCN)) in urine, bloed of speeksel aantonen. Deze vaststelling dient in een laboratorium te gebeuren. Recent zijn dipsticks ontwikkeld waarmee men ter plekke cotinine in urine kan bepalen. De betreffende lichaams-vloeistof dient direct na het invullen van de vragenlijst te worden verzameld. Van belang is de halfwaarde van het afbraakproduct van nicotine dat men wil meten. Hiermee wordt bedoeld de tijd totdat het product zodanig is afgebroken dat men het niet meer kan aantonen. Door de test op cotinine kan zelfgerapporteerd niet-roken gedurende de afgelopen 7 dagen worden gevalideerd. In tegenstelling tot cotinine, kan SCN ook afkomstig zijn van andere bronnen dan het roken van tabak, waardoor de test minder betrouwbaar wordt. SCN komt namelijk voor in diverse koolsoorten en fruit. De afwezigheid van SCN kan zelf-gerapporteerd niet-roken tot 28 dagen terug valideren. Vanwege de betrouwbaarheid is de test op cotinine de meest gebruikt methode. Uiteraard zijn alle tests op de aanwezigheid van afbraakproducten van nicotine gevoelig voor nicotine uit medicatie (nicotine pleisters, - kauwgom, etc.). Bij gebruikers van deze medicatie kan rookgedrag alleen met CO-meting gevalideerd worden.

Hoewel in diverse onderzoeken werd aangetoond dat de nauwkeurigheid van zelfrapportage door volwassenen in veldonderzoek acceptabel is (Patrick, Cheadle, Thompson, Diehr & Kinne, 1994; Glasgow et al., 1993; Velicer, Prochaska, Rossi & Snow, 1992), wordt in het gezaghebbende Cochrane Collaboration Handbook voor het opstellen van reviews (Muro & Oxman, 1998) meerdere malen gewezen op het belang van validering van zelfgerapporteerd rookgedrag, zeker als de roker onder druk staat om te stoppen. Nadelen van deze methoden zijn echter dat er meer uitval zal optreden omdat mensen niet aan een dergelijk onderzoek willen meewerken en dat het logistiek ingewikkeld is om precies op het moment van invullen een monster te nemen. De kosten van zo'n bepaling zijn de laatste jaren aanzienlijk gedaald met de introductie van dipsticks voor bepaling van afbraakproducten van nicotine in urine (kosten ongeveer € 1,50 per bepaling). De kosten voor een laboratoriumbepaling van afbraakproducten in urine, speeksel of bloed zijn ongeveer € 40,00. Deze kosten zijn exclusief de kosten voor afname, vervoer etc..
Tenslotte moet men bedenken dat validering, gezien de beperkte tijd (maximaal 28 dagen) waarover men het gerapporteerde rookgedrag kan valideren, niet voor alle onderzoeksvragen relevant is. Als men bijvoorbeeld zelfgerapporteerd rookgedrag over de afgelopen drie maanden wil vaststellen, dan heeft validering geen zin.

Volgens de richtlijnen van de WHO (1998) wordt een populatie of steekproef als volgt verdeeld in rokers en niet-rokers:

A. Een *roker* is iemand die ten tijde van het onderzoek zegt dagelijks of incidenteel te roken (sigaretten, shag, sigaren of pijp).
   - A1. Een *dagelijkse roker* is iemand die elke dag rookt.
   - A2. Een *incidentele roker* is iemand die niet dagelijks rookt.

B. Een *niet roker* is iemand die ten tijde van het onderzoek zegt niet te roken.
   Niet rokers worden meestal ingedeeld in twee categorieën:
   - B1. *Ex-rokers* hebben gerookt, maar zeggen gestopt te zijn.
   - B2. *Nooit rokers* hebben nooit gerookt.

De volgende indeling kan vervolgens worden gemaakt:

Rokers:	A = A1 + A2
Niet rokers:	B = B1 + B2
Ex-rokers:	B1

Als men incidentele rokers en ex-rokers nog gedetailleerder in kaart wil brengen, geven de definities en operationalisaties van de WHO daarvoor aanwijzingen (zie bijlage 2).

Verder kan het nuttig zijn om rokers nader te typeren. De meest gebruikte karakteristieken zijn de hoeveelheid die men rookt en welke soort rookwaar men gebruikt. De meetmethoden hiervoor zijn echter niet standaard. Er worden diverse methoden gerapporteerd in de literatuur. Hierna volgt een uitgebreide versie en in de toelichting wordt een kortere manier van vragen weergegeven.

3.3 Vragen

Om het rookgedrag van een populatie of steekproef in beeld te brengen zoals beschreven in 3.2 zijn de volgende vragen nodig.

Rookgedrag

3.3.1 Rookt u wel eens?

- ❑ ja, dagelijks (ga door naar vraag 3.3.3)
- ❑ ja, af en toe
- ❑ nee, helemaal niet

3.3.2 Heeft u vroeger wel dagelijks gerookt?

- ❑ ja (in bijlage 1 wordt hier naar volgende sectie verwezen)
- ❑ nee (in bijlage 1 wordt hier naar volgende sectie verwezen)

Tabaksconsumptie

3.3.3 Rookt u sigaretten, dus niet zelfgerold? (meer antwoorden mogelijk)

- ❑ ja, namelijk:
  - ❑ teer- en nicotine arme filtersigaretten (niet zelfgerold)
  - ❑ andere sigaretten met filter (niet zelfgerold)
  - ❑ sigaretten zonder filter (niet zelfgerold)
- ❑ ik rook geen sigaretten

3.3.4 Rookt u shag (in de vorm van zelfgerolde sigaretten of zelfgemaakte filter sigaretten)? (meer antwoorden mogelijk)

- ❑ ja, namelijk:
  - ❑ zware shag
  - ❑ half-zware shag
  - ❑ lichte shag
- ❑ ik rook geen shag

3.3.5 Hoeveel sigaretten en/of shagjes rookt u gemiddeld totaal per dag?

- .... sigaretten en shagjes per dag
- ❑ niet van toepassing

3.3.6 Rookt u pijptabak?

- ❑ ja, ik rook pijptabak
- ❑ nee, ik rook geen pijptabak

3.3.7 Hoevaak rookt u gemiddeld per week een pijp?

- ..... keer per week
- ❑ niet van toepassing

3.3.8 Rookt u sigaren of cigarillo's

- ❑ Ja, ik rook sigaren of cigarillo's
- ❑ Nee, ik rook geen sigaren of cigarillo's

3.3.9 Hoeveel sigaren of cigarillo's rookt u gemiddeld per week?

- .... sigaren of cigarillo's per week
- ❑ niet van toepassing

3.4 Uitleg bij de vragen

3.3.1 Deze vraag dient om rokers (A) en niet rokers (B) te scheiden en het verschil tussen dagelijkse- (A1) en incidentele rokers (A2) te kunnen maken. Deze manier van vragen is tevens conform de aanbevelingen van het Nederlands Epidemiologen platform.

3.3.2 Deze vraag dient om het verschil tussen ex-rokers (B1) en nooit rokers (B2) te kunnen maken. Mensen die zijn geïdentificeerd als nooit rokers, kunnen nu alle vragen met betrekking tot het rookgedrag overslaan. In het geval van onderzoek naar de effecten van stoppen met roken interventies of programma's zal deze groep echter niet worden aangetroffen of worden uitgesloten. Bij dit type onderzoek is het gangbaar om als effectmaat de indeling aan te scherpen met de vraag of men afgelopen 7 dagen gerookt heeft (zie onderstaande formulering). Deze vraag dient dan ook in de voormeting gebruikt te worden om rokers te selecteren en kan na vraag 3.3.2 worden ingevoegd. Een roker is dan iemand die zegt te roken (dagelijks of incidenteel) en gedurende de 7 dagen voorafgaande aan het onderzoek gerookt heeft.

3.4.1 Heeft u afgelopen 7 dagen één of meer sigaretten (of shagjes, sigaren, pijp) gerookt?

- ❑ ja
- ❑ nee

3.3.4-3.3.9:
Deze vragen dienen om de tabaksconsumptie op dit moment te meten. De consumptie kan een uitkomstmaat in onderzoek zijn (als het doel van de interventie minderen met roken is), een achtergrond variabele, waarmee de vergelijkbaarheid van groepen kan worden beoordeeld (bijvoorbeeld een groep die wordt blootgesteld versus een vergelijkingsgroep die niet wordt blootgesteld aan een programma), en/of als determinant van stoppen met roken (zware rokers zouden moeilijker van hun gewoonte af kunnen komen).

Als er sprake is van ruimtegebrek, welke vragen zijn dan de meest essentiële? Afhankelijk van het doel van het onderzoek, kan de volgende keuze worden gemaakt:
Bij ruimte voor 1 vraag in survey onderzoek: vraag 3.3.1 (dagelijks, incidenteel of nooit roker)
Bij ruimte voor 2 vragen in survey onderzoek: vraag 3.3.1 en 3.3.2 (dagelijks, incidenteel, ex-, nooit roker)
Bij ruimte voor 3 vragen in survey- en evaluatie onderzoek: vraag 3.3.1, 3.3.2, en een samenvoeging van de vragen 3.3.3-3.3.10, in de volgende vorm:

3.4.2 Welke en hoeveel van de volgende tabakproducten rookt u gemiddeld per dag?

... sigaretten per dag
... shagjes per dag
... sigaren/cigarillo's per dag
... pijp per dag

3.5 Specifieke populaties

Adolescenten

Het vaststellen van de rookgewoonte in verschillende populaties kan gevolgen hebben voor de manier waarop bepaalde vragen kunnen worden gesteld. Dit betreft vooral adolescenten, waarbij meer aandacht moet worden besteed aan het proces van beginnen met roken.

Bij adolescenten is er vaker sprake van mis-classificatie op basis van zelf-rapportage dan bij volwassen rokers (Murray, O'Connel, Schmid & Perry, 1987; Patrick et al., 1994), hoewel enkele methodologisch solide onderzoeken slechts een miniem verschil vonden tussen zelf-rapportage en biochemische metingen van rookgedrag bij adolescenten. In het Cochrane protocol (Muro & Oxman, 1994) wordt erop gewezen dat: a. Validering van zelf-gerapporteerd rookgedrag door CO-meting niet tabakspecifiek is, en dat alleen heel recent roken kan worden vastgesteld; b. Validering door cotininebepaling 'vals positieve' reacties kan opleveren. Dit laatste betekent dat er teveel recente rokers worden gevonden omdat adolescenten die niet precies weten wanneer ze rookten door de dreiging van een test eerder aangeven dat zij gerookt hebben (terwijl dit door de test niet wordt bevestigd). Bovendien zal het biochemisch testen meer uitval opleveren vanwege de grotere belasting. De meeste van deze bezwaren gelden ook het gebruik van een zogenaamde 'Bogus pipeline' (BPL), waarbij de ondervraagde de indruk heeft dat er een test wordt uitgevoerd, terwijl er in werkelijkheid geen test plaatsvindt om de kosten te drukken. In een overzicht van onderzoek op dit gebied (Dolcini, Adler & Ginsberg, 1996) werd geconcludeerd dat de garantie van een vertrouwelijke behandeling van de gegevens bij zelf-rapportage vergelijkbare uitkomsten oplevert als verkregen door validatie. Ook de setting waarin het onderzoek plaatsvindt speelt een rol. In aanwezigheid van de ouders zal een kind bijvoorbeeld minder gemakkelijk de waarheid spreken over experimenteren met roken.

Bij de vragen waarmee het rookgedrag van adolescenten kan worden vastgesteld, dient de volgorde van de antwoordcategorieën zodanig te zijn dat er geen 'ontsnappingen' mogelijk zijn. Bijvoorbeeld een roker die 1 keer in de week rookt moet dit antwoord tegenkomen vóór het antwoord 'ik probeer roken af en toe uit'. Er is tot heden nog geen internationale consensus bereikt over hoe het rookgedrag van adolescenten bevraagd moet worden. In het Europees rookpreventie project voor adolescenten 'ESFA' werd het rookgedrag mede vastgesteld op basis van de indeling in stadia van het United States Department of Health and Human Services (USDHHS, 1994). De indeling is als volgt: regelmatige roker (rookt tenminste één keer per week), experimenterende roker (rookt tenminste één keer per maand, maar minder dan één keer per week), uitproberende roker (rookt minder dan één keer per maand), gestopte roker (is gestopt na regelmatig gerookt te hebben), niet-roker (is gestopt na geëxperimenteerd of uitgeprobeerd te hebben), en nooit-roker (heeft niet één trekje gerookt). Door middel van pretests in zeven participerende landen is de volgende vraag voor dit doel geselecteerd:

3.5.1 Welk van de volgende uitspraken past het beste bij jou?
(je mag maar één hokje aankruisen)

- ❑ Ik rook tenminste één keer per dag
- ❑ Ik rook niet dagelijks, maar tenminste één keer per week
- ❑ Ik rook niet wekelijks, maar tenminste één keer per maand
- ❑ Ik rook minder dan één keer per maand
- ❑ Ik probeer roken af en toe uit
- ❑ Ik ben gestopt nadat ik een tijd minstens één keer per week heb gerookt
- ❑ Ik ben gestopt, ik rookte altijd minder dan één keer per week
- ❑ Ik heb roken wel eens uitgeprobeerd, maar ik rook nu niet meer
- ❑ Ik heb nooit gerookt, zelfs niet een trekje

3.5.2 Hoeveel sigaretten rook je gemiddeld per week (weekend meetellen)?

- ❑ 0
- ❑ tussen 0 en 1
- ❑ 1
- ❑ 2
- ❑ 3
- ❑ 4
- ❑ 5
- ❑ 6
- ❑ 7
- ❑ 8
- ❑ 9
- ❑ 10
- ❑ 11-20
- ❑ 21-30
- ❑ 31-40
- ❑ 41-50
- ❑ 51-60
- ❑ 61-70
- ❑ meer dan 70

Verantwoording:

3.5.1 Met deze vraag kan de volgende indeling worden gemaakt:
Regelmatige roker: 'ik rook tenminste een keer per dag' of 'ik rook niet dagelijks, maar tenminste een keer per week'
Experimenteerder: 'ik rook niet wekelijks, maar tenminste een keer per maand'
Probeerder: 'ik rook minder dan een keer per maand' of 'ik probeer roken af en toe uit'
Stopper: 'ik ben gestopt nadat ik een tijd minstens een keer per week heb gerookt'
Niet-roker: 'ik ben gestopt, ik rookte altijd minder dan een keer per week ' of 'ik heb roken wel eens uitgeprobeerd, maar ik rook nu niet meer'
Nooit-roker: 'ik heb nooit gerookt, zelfs niet een trekje'

3.5.2 Met deze vraag wordt de consumptie van adolescenten gemeten. De schaal loopt zover door om de invuller niet snel het idee te geven veel te roken. Om het rookgedrag nog gedetailleerder te meten kan het gemiddelde aantal gerookte sigaretten in het weekend (tussen vrijdagavond 18.00 uur en zondagnacht 24.00 uur) worden gevraagd met dezelfde antwoord categorieën.

4. Stoppen met roken

4.1 Introductie

Bij het vaststellen van het aantal mensen in een populatie of steekproef dat stopt met roken moet men op basis van het doel van het onderzoek en/of de te onderzoeken interventie een keuze maken voor de meest geschikte uitkomstmaat en hoe deze het best kan worden vastgesteld. Stoppen met roken is in de meeste gevallen een cyclisch proces, waarbij rokers na een poging om te stoppen kunnen terugvallen voor een kortere of langere tijd en vervolgens weer 'verder gaan' met stoppen of volledig terugvallen. Stoppogingen kunnen 'spontaan' voorkomen, maar ook het gevolg zijn van een interventie. Ook niet-geplande gebeurtenissen kunnen als interventie werken (als de rokende buurman een hartaanval krijgt, bijvoorbeeld).

Het belang van de diverse uitkomstmaten kan in de tijd verschillen. Tijdens of direct na een programma kan de *puntprevalentie stoppen met roken* als uitkomstmaat gelden (welk percentage van de populatie rookt niet op het moment van de meting) terwijl op langere termijn het volhouden van het niet-roken informatiever is

4.2 Definities

In de internationale onderzoeksliteratuur worden de volgende definities van de diverse begrippen gehanteerd:
Stoppoging: een roker geeft aan een stoppoging ondernomen te hebben en heeft daarbij minimaal 24 uur niet gerookt. Dit in tegenstelling tot iemand die bijvoorbeeld door ziekte een periode niet heeft gerookt, maar niet vindt dat hij of zij is gestopt met roken.

Tijdelijke terugval: iemand heeft sinds het stopmoment (of vanaf een gewenningsperiode van twee weken na het stopmoment, zie hierna bij prevalentie van geprolongeerde abstinentie) toch gerookt (al was het maar 1 trekje). Tijdelijke terugval kan gedurende een periode van niet-roken vaker voorkomen. Volgens de zogenaamde Russell Standard (West, Hajek, Stead & Stapleton, 2005) mag dat hoogstens 5 gerookte sigaretten zijn sinds het stopmoment.

Volledige terugval: iemand heeft sinds het stopmoment méér dan 5 sigaretten gerookt (Russell Standard).

Puntprevalentie stoppen met roken: percentage onderzoeksdeelnemers die in de voormeting rookten en in de (na)meting aangeven de afgelopen 7 dagen niet gerookt te hebben. Dit is met cotinine bepaling te valideren.

Prevalentie van continue abstinentie: percentage onderzoeksdeelnemers die sinds het stopmoment niet meer dan 5 sigaretten gerookt hebben tot aan het moment van de meting.

Prevalentie van geprolongeerde abstinentie: percentage rokers die gerekend vanaf twee weken na het stopmoment niet meer dan 5 sigaretten gerookt hebben tot aan het moment van de nameting. De 'gewenningsperiode' van 2 weken wordt door de Russel Standard aanbevolen omdat tijdelijke terugval in het begin van de stoppoging weinig negatieve gevolgen blijkt te hebben.

Aanbeveling

Van de voorgaande begrippen worden *punt-prevalentie*, *continue abstinentie* en *geprolongeerde abstinentie* als uitkomstmaten gehanteerd. Wij adviseren om zo mogelijk alle drie de maten te rapporteren Het aantal stoppogingen wordt zelden als uitkomstmaat gehanteerd. Het aantal stoppogingen in het verleden, bijvoorbeeld voorafgaand aan een interventie, kan wel een belangrijke achtergrondvariabele zijn, die kan dienen om groepen te vergelijken of kan worden beschouwd als 'voorspeller' van het succes van de stoppen met roken interventie.

Periode van follow-up

De Russell Standard beveelt follow-up periodes van 6 en 12 maanden aan. Een follow-up periode van 6 maanden is minimaal vereist, terwijl 12 maanden de voorkeur heeft. Nog beter is het om beide termijnen te hanteren. Dus 6 en 12 maanden na het stopmoment (met inachtneming van 2 weken 'gewenning') vindt de nameting plaats. Uit de onderzoeksliteratuur blijkt dat 60% van de gestopte rokers binnen 3 maanden terugvalt en dat na 6 maanden ongeveer 80 % is teruggevallen. Bij 12 maanden is dat een stuk minder: ongeveer 5% van de deelnemers die het niet-roken een jaar volhielden zal terugvallen in h daaropvolgende jaar. Het moment van stoppen wordt algemeen als het beste moment gezien van waaraf de follow-up periode ingaat. Soms is dat echter lastig te bepalen. In een groepscursus zal het geen probleem zijn, omdat er een vast moment is voor alle deelnemers. Echter, bij interventies waar geen sprake is van gezamenlijk stoppen met roken, maar waar stoppogingen van deelnemers aan het onderzoek gespreid over de tijd voorkomen, zoals bij de zelfhulpmaterialen, advisering door een arts, of het beschikbaar stellen van telefonisch ondersteuning, is het moment van begin van de interventie het meest geëigend als begin van de follow-up periode.

4.3 Vragen

Om de begrippen uit 4.2 te meten, zijn de volgende vragen nodig:

Stopgedrag op dit moment

4.3.1 Hebt u afgelopen 24 uur één of meer sigaretten (shagjes, sigaren, pijp) gerookt?

- ❑ ja
- ❑ nee

4.3.2 Hebt u afgelopen 7 dagen één of meer sigaretten (shagjes, sigaren, pijp) gerookt?

- ❑ ja
- ❑ nee

4.3.3 Onderneemt u nu een stoppoging?

- ❑ ja
- ❑ nee (ga naar vraag 4.3.7)

Stopgedrag voor hen die op het moment van meting een stoppoging ondernemen

4.3.4 A. In welke maand bent u gestopt?
(Lijst van relevante maanden invoegen)

of:

B. Hoe lang geleden bent u gestopt met roken?
... dagen/weken/maanden/jaren (doorhalen wat niet gewenst is)

4.3.5 Heeft u sinds het stopmoment (of gerekend vanaf twee weken na het stopmoment (voor geprolongeerde abstinentie)) gerookt?

- ❑ Nee, geen trekje
- ❑ ja, 1-5 sigaretten
- ❑ ja, meer dan 5 sigaretten

Informatie over stoppogingen sinds het stopmoment

4.3.6 Heeft u behalve deze poging, sinds uw stopmoment (of twee weken na het stopmoment (voor geprolongeerde abstinentie)) vaker geprobeerd om te stoppen met roken?

- ❑ ja (ga naar vraag 4.3.8)
- ❑ nee (ga naar vraag 4.3.9)

4.3.7 Heeft u sinds uw stopmoment (of twee weken na het stopmoment (voor geprolongeerde abstinentie)) één of meer keren geprobeerd om te stoppen met roken?

- ❑ ja
- ❑ nee (ga naar vraag 4.3.9)

4.3.8 Heeft u het bij zo ´n poging om te stoppen wel eens 24 uur of langer volgehouden om niet te roken?

- ❑ ja, ... keer
- ❑ nee

4.3.9 Heeft u sinds uw stopmoment hulpmiddelen of methoden gebruikt bij het stoppen met roken? (meer antwoorden mogelijk)

- ❑ nee, geen hulpmiddelen gebruikt
- ❑ niet-roken cursus of groepstherapie
- ❑ nicotine kauwgom
- ❑ nicotine pleisters
- ❑ nicotine zuigtabletten
- ❑ nicotine microtabs (tabletje voor onder de tong)
- ❑ Zyban (bupropion)
- ❑ Met de huisarts gesproken over stoppen met roken
- ❑ Acupunctuur
- ❑ Lasertherapie
- ❑ Telefonische ondersteuning
- ❑ Folder
- ❑ Boek (bijvoorbeeld Allen Carr)
- ❑ andere hulpmiddelen of methodes, namelijk: .....

Informatie over stoppogingen in het verleden

4.3.10 Heeft u ooit wel eens geprobeerd om te stoppen met roken sinds u begon met regelmatig roken?

- ❑ ja
- ❑ nee (in bijlage 1 wordt hiernaar een volgende sectie verwezen)

4.3.11 Hoe lang heeft de langste periode geduurd waarin u gestopt was met roken (sinds u begon met regelmatig roken)

- ... dagen/weken/maanden/jaren (doorhalen wat niet gewenst is)
- ❑ weet ik niet

4.3.12 Hoe lang duurde uw laatste poging om te stoppen met roken?

- ... dagen/weken/maanden/jaren (doorhalen wat niet gewenst is).

4.3.13 Hoe lang geleden was de laatste stoppoging die u 24 uur of langer heeft volgehouden ?

- ... dagen/weken/maanden/jaren geleden (doorhalen wat niet wordt gewenst)
- ❑ weet ik niet

4.4 Uitleg bij de vragen

4.3.1 Het antwoord op deze vraag bepaalt of een ondernomen poging (uit vraag 4.3.3) als stoppoging aangemerkt kan worden (een poging moet minstens 24 uur duren)

4.3.2 Deze vraag dient om de puntprevalentie stoppen met roken vast te stellen.

4.3.3-4.3.5

Deze vragen gaan over het ondernemen van een stoppoging. Men kan bezig zijn met een stoppoging onafhankelijk van of men al of niet de afgelopen 7 dagen gerookt heeft. Deze vragen zijn van belang bij de indeling in de fasen van gedragsverandering (Stages of Change) (zie p. 45).

4.3.5 Deze vraag bepaalt of men niet (1e antwoord), tijdelijk (2e antwoord) of geheel is teruggevallen (3e antwoord).

4.3.6-4.3.9

Vragen over stoppoging sinds kritieke moment

4.3.6 Met deze vraag wordt het bekeken of de persoon meer stoppogingen ondernam sinds het stopmoment, buiten de poging waar men op dit moment mee bezig is. Hiermee krijgt men inzicht in het aantal malen dat een roker de cyclus van stoppen met roken doorliep.

4.3.7 Idem voor hen die op het moment van de meting niet gestopt zijn.

4.3.8 Met deze vraag wordt het aantal pogingen (van 24 uur of langer) geïnventariseerd

4.3.9 Deze vraag kan relevant zijn als in een interventie één of meer van dergelijke hulpmiddelen wordt aanbevolen. Ook verschaft de vraag inzicht in de manier en zelfstandigheid van de stoppoging.

4.3.10-4.3.13

Vragen over stoppogingen in het verleden.

4.3.10 Vraag ter selectie van hen die stoppogingen ondernamen.

4.3.11-4.3.13

De lengte van de langste poging, de lengte van de laatste poging en de lengte van de periode sinds de laatste poging zijn gerelateerd aan het succes van de huidige stoppoging

Bij gebrek aan ruimte in een vragenlijst, gelden de volgende prioriteiten:
1 vraag mogelijk: vraag 4.3.5
2 vragen mogelijk: vraag 4.3.5 en 4.3.2
3 vragen mogelijk: vraag 4.3.5, 4.3.2, 4.3.1
4 vragen mogelijk: vraag 4.3.5, 4.3.2, 4.3.1, 4.3.3
5 vragen mogelijk: vraag 4.3.5, 4.3.2, 4.3.1, 4.3.3, 4.3.4
7 vragen mogelijk: vraag 4.3.5, 4.3.2, 4.3.1, 4.3.3, 4.3.4, 4.3.6, 4.3.7
8 vragen mogelijk: vraag 4.3.5, 4.3.2, 4.3.1, 4.3.3, 4.3.4, 4.3.6, 4.3.7, 4.3.8
9 vragen mogelijk: vraag 4.3.5, 4.3.2, 4.3.1, 4.3.3, 4.3.4, 4.3.6, 4.3.7, 4.3.8, 4.3.9

Of de vragen over stoppogingen in het verleden opgenomen moeten worden hangt af van de vraagstelling van het onderzoek. Vragen 4.3.12 en 4.3.13 zijn daarbij van minder belang. Om uitspraken over de effectiviteit van stoppen met roken programma's te kunnen doen is minimaal de 4 vragen optie nodig. Als het stimuleren van stoppogingen ook een programma doel is, dient men de 8-vragen-optie te kiezen.

4.5 Specifieke populaties

Zwangere vrouwen en hun partners

Zwangere vrouwen zijn vaak sterk gemotiveerd om te stoppen met roken (of minder te gaan roken). In verschillende internationale studies is gebleken dat zo'n 30-50% van de zwangere vrouwen stopt met roken, zonder aan een interventie te zijn blootgesteld. Toch heeft stoppen-met-rokenvoorlichting bij deze groep nog zin. In een onderzoek van Bakker, Crone en Hirasing (1997) bleek dat wanneer rokende zwangeren aan een stoppen-met-roken interventie deelnemen, zo'n extra 17% stopt met roken. In de groep van zwangere vrouwen en hun partners zijn naast de eerder besproken follow-up perioden voor continue abstinentie en langdurige abstinentie ook de termijn van de zwangerschap vanaf het moment dat men weet dat men zwanger is of vanaf het moment dat men besluit zwanger te willen worden van belang (afhankelijk van het doel van het onderzoek). Om stoppen met roken in de periode van de zwangerschap te meten, zou als begin van de follow-up periode één van beide of beide momenten gebruikt moeten worden (afhankelijk van het doel van het onderzoek). Om een vergelijking met stopgedrag in andere doelgroepen mogelijk te maken, verdient het aanbeveling om naast vragen met deze aangepaste termijnen, ook vragen te stellen met de gebruikelijke termijnen, als het onderzoeksdesign het toelaat om vragen te stellen over het afgelopen jaar. Vragen over de periode na de geboorte van de baby kunnen de normale tijdstermijnen bevatten voor continue abstinentie en geprolongeerde abstinentie.

Adolescenten

Omdat adolescenten in de leeftijd van 12-16 jaar in het proces van 'aanleren van roken' verkeren, zullen hun opvattingen en ideeën over roken en stoppen anders zijn dan bij volwassenen. Onder adolescenten zijn minder dagelijkse rokers te vinden. Daarom zijn het 7-daags en 24-uur criterium voor gestopt zijn minder zinvol. Vraag 3.5.1 in 3.5 dient als uitkomstmaat met betrekking tot stoppen met roken bij adolescenten.

5. Achtergrondvariabelen

5.1 Introductie

Bij randomisatie van personen in diverse onderzoeksgroepen gaat men ervan uit dat de groepen vergelijkbaar zijn. Als de randomisatie geheel gelukt is of bij een onderzoeksopzet waarbij er gebruik wordt gemaakt van niet-gerandomiseerde vergelijkingsgroepen is het vaak nodig om in de analyses voor eventuele verschillen tussen de groepen te gecorrigeren. Bovendien hangt een aantal kenmerken van de onderzoeksgroep samen met het succes van het stoppen met roken, en van interventies op dit gebied. Deze kenmerken worden achtergrondvariabelen genoemd.

Relevante achtergrondvariabelen zijn de karakteristieken van het rookgedrag of de rookgewoonten, demografische factoren zoals leeftijd, geslacht en socio-economische status en blootstelling aan of deelname aan stoppen met roken programma´s. Psychologische variabelen zijn ook van belang in dit kader (zie hoofdstuk 6).

Omdat er geen internationale consensus over deze concepten en hun operationalisaties bestaat, kunnen in dit hoofdstuk slechts aanbevelingen worden gedaan met betrekking tot de operationalisatie van bovenstaande concepten, op basis van Nederlands onderzoek. Recent is er een rapport van de Amerikaanse overheid verschenen over uitkomstvariabelen voor de evaluatie van stoppen met roken programma's (Starr et al, 2005). Daarin zijn op systematische wijze een groot aantal succes-indicatoren samengevoegd, en worden meetinstrumenten genoemd. Een deel van de in dit hoofdstuk behandelde concepten over beleid en blootstelling kunnen ook als indicatoren voor het succes van interventies gezien worden. We verwijzen geïnteresseerde lezers naar de website waar men dit rapport kan downloaden (http://www.cdc.gov/tobacco/Indicators/KeyIndicators.htm).

5.2 Definities

Rookgewoonten

Het verzamelen van informatie over rookgewoonten is nuttig, omdat daarmee kan worden bekeken welk 'type' roker er het beste in slaagt om te stoppen of welke interventie het meest geschikt is voor welke groep rokers. Verslaafde rokers kunnen doorgaans moeilijker stoppen met roken dan niet verslaafde rokers. Dit betekent dat de mate van verslaving aan tabak een belangrijke achtergrondvariabele is. Voor deze variabele is een gestandaardiseerd meetinstrument beschikbaar, Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND, Fagerström & Schneider, 1989), die gebaseerd is op fysieke verslavingsmodellen (zie de verant-woording van de vragen in 5.4). Daarnaast bestaan alternatieve instrumenten, zoals de Cigarette Dependence Scale (CDS-12, Etter, 2005,) die uitgaat van psychologische verslavingsmodellen en op een aantal aspecten van validiteit beter scoort dan de FTND. Tot nu toe is de FTND het meest gebruikte instrument, vandaar dat we dit hier behandelen. Er bestaat een aangepaste versie van dit instrument voor adolescenten (Prokhorov, De Moor, Pallonen, Hudmon, Koehly & Hu, 2000).

Demografische factoren

Met betrekking tot stoppen met roken is het van belang om informatie te hebben over enkele demografische factoren, omdat het percentage rokers verschilt voor de verschillende categorieën van deze persoonsgebonden kenmerken. Dit geldt voor leeftijd, geslacht, opleiding en socio-economische status (SES). Zo rookte in Neder-land in 2004 28% van de bevolking van ouder dan 15 jaar. In de leeftijdscategorie 15-16 jaar lag dit percentage op 37%, terwijl van de 17-19 jarigen 42% rookte. Verder geldt dat een groter deel van de mannen rookt, dan van de vrouwen (STIVORO, 2005) en dat roken vaker voorkomt onder mensen met een lager opleidingsniveau en een lagere socio-economische status (SES) (Willemsen, 2005). Als de SES in drie categorieën wordt verdeeld, van laag naar hoog, blijkt dat in 2004 21% van de volwassenen in de hoogste categorie rookte, terwijl in de laagste categorie dit percentage 32% bedroeg (STIVORO, 2004). De SES wordt meestal gemeten door te vragen naar de opleiding en het beroep van de hoofdkostwinner van het huishouden waartoe de respondent behoort.

Rookbeleid

Met rookbeleid wordt bedoeld het geheel van maatregelen en regels met betrekking tot roken, zoals rookverboden, regels over waar wel en niet gerookt kan worden, verkoopbeperkingen, prijsmaatregelen, etc.. De perceptie van rookbeleid (in hoeverre is men op de hoogte van eventuele regels en beperkingen) is een factor die verschillen in rook- en stopgedrag kan verklaren. Op nationaal niveau is het rookbeleid voor de gehele onderzoekspopulatie hetzelfde, de perceptie ervan kan echter verschillen. De perceptie van het rookbeleid in de werk- en thuissituatie kan binnen de onderzoekspopulatie ook verschillen. De mate waarin door het rookbeleid de mogelijkheden om te roken of om rookwaar te kopen wordt beperkt, is mede bepalend voor de motivatie om te stoppen. Ook is het rookbeleid een indicator voor de norm in de sociale omgeving ten opzichte van roken.

Blootstelling aan stoppen met roken programma's

Als het doel van het onderzoek het evalueren van de effecten van één of meer stoppen met roken interventies is, dan is het belangrijk om de blootstelling aan deze interventies in kaart te brengen. Daarnaast wil men ook informatie hebben over de blootstelling aan andere invloeden dan de te evalueren interventies. Het kan dan gaan om een cursus stoppen met roken, een bezoek aan de huisarts of andere hulpverleningsinstanties waarin over stoppen met roken is gesproken, etc.. Ook de blootstelling aan de aandacht in de (massa)media ten aanzien van roken en stoppen met roken kan relevant zijn.

Vaak worden deze factoren overigens in een evaluatie meegenomen, die min of meer gescheiden van de effect-evaluatie wordt uitgevoerd. Deze manier van evalueren wordt procesevaluatie genoemd. Hierin wordt dan ook in kaart gebracht op welke manier een interventie is uitgevoerd door de verantwoordelijke mensen en instanties, met het doel om een eventueel (gebrek aan) effect te kunnen verklaren. Een procesevaluatie kan op diverse manieren worden uitgevoerd, afhankelijk van het doel dat men voor ogen heeft. We beperken ons hier tot het meten van factoren, die in een vragenlijst onder rokers en ex-rokers gemeten kunnen worden. Ook over de operationalisatie van deze concepten bestaat geen overeenstemming onder deskundigen. De hier gepresenteerde operationalisaties dient men dan ook als een suggestie te zien.

5.3 Vragen

De bovenstaande concepten kunnen met de volgende vragen worden gemeten.

Rookgewoonten

5.3.1 Hoe lang na het ontwaken steekt u uw eerste sigaret of shagje op?

- ❑ binnen 5 minuten
- ❑ 6-30 minuten
- ❑ 31-60 minuten
- ❑ na 60 minuten

5.3.2 Vindt u het moeilijk om niet te roken op plaatsen waar het verboden is? (bv. bioscoop, bibliotheek, kerk, school, ziekenhuis)

- ❑ ja
- ❑ nee

5.3.3 Welke sigaret of welk shagje zou u het moeilijkst kunnen opgeven?

- ❑ de eerste ‘s morgens
- ❑ en andere

5.3.4 Rookt u in de eerste uren na het opstaan meer per uur, dan gedurende de rest van de dag?

- ❑ ja
- ❑ nee

5.3.5 Rookt u als u ziek bent en het grootste deel van de dag in bed ligt?

- ❑ ja
- ❑ nee

5.3.6 Hoe oud was u toen u voor het eerst een sigaret uitgeprobeerd hebt?

- ❑ Jonger dan 8 jaar
- ❑ 8 jaar
- ❑ 9 jaar
- ❑ 10 jaar
- ❑ 11 jaar
- ❑ 12 jaar
- ❑ 13 jaar
- ❑ 14 jaar
- ❑ 15 jaar of ouder

5.3.7 Als u alle sigaretten optelt die u in uw leven hebt gerookt, hoeveel heeft u dan gerookt?

- ❑ 0
- ❑ tussen 0 en 1
- ❑ 1-4
- ❑ 5-24
- ❑ 25-49
- ❑ 50-99
- ❑ 100-149
- ❑ 150-199
- ❑ 200 of meer

Demografische factoren

5.3.8 Wat is uw geboortedatum?

.... - .... - ....

5.3.9 Wat is uw geslacht?

- ❑ man
- ❑ vrouw

5.3.10 Wat is de hoogst genoten, al dan niet voltooide opleiding van de hoofd-kostwinner van het huishouden waar u deel van uitmaakt?

- ❑ Lager onderwijs (eventueel met LAVO, VGLO)
- ❑ Lager beroeps onderwijs (LBO, LTS, ITO, LEAO, LHNO, Huishoud-school, Lagere Landbouw/Tuin-bouw/ Nauti-sche School, 3 jaar Handelsavondschool)
- ❑ Middelbaar algemeen voortgezet onderwijs (MAVO, IVO, (M)ULO, Middenschool, 3 jaar HBS/VWO/VHMO/Athe-neum/ Gymnasium)
- ❑ Middelbaar beroepsonderwijs (MBO, MTS, UTS, MEAO, Bestuursambt GA1,

MHNO, INAS, Verpleeg-ster, KMS, Politieschool, Middelbare Landbouw/Tuinbouw/Nautische/Detailhandelsschool, MBA/SPD-1)

- ❑ Hoger algemeen en voorbereidend wetenschappelijk onderwijs (HAVO, CWO, MMS, HBS, Gymnasium, Lyceum, Atheneum)
- ❑ Hoger beroepsonderwijs en wetenschappelijk onderwijs - kandidaats (HBO, HTS, HEAO, Hoger bestuursambt (GA2), SPD 2/3, Hogere Land-bouw/Tuinbouw/Zeevaart/Detailhandels school, NLO, MO-A (2e/3e graads), Politie/Sociale/Pedagogische Academie, KMA, MO-B (1e graads), Kandidaatsopleiding
- ❑ Wetenschappelijk onderwijs - doctoraal (Doctoraal opleiding, Drs., Ir, arts, tandarts, apotheker, Dr.)

5.3.11 Tot welke beroepsgroep behoort de hoofdkostwinner van het huishouden waar u deel van uitmaakt? (indien hoofdkostwinner niet meer werkzaam is: laatst uitgeoefende beroep invullen)

- ❑ Bedrijfshoofd/directeur bij bedrijf met 10 of meer werknemers
- ❑ Bedrijfshoofd/directeur bij bedrijf met 9 of minder werknemers
- ❑ Zelfstandige beoefenaar hoger vrij beroep, zoals bijv. dokter, advocaat
- ❑ Zelfstandige boer of tuinder
- ❑ Hogere employee/ambtenaar
- ❑ Middelbare employee/ambtenaar
- ❑ Lagere employee/ambtenaar
- ❑ Geschoolde handarbeider
- ❑ Ongeschoolde handarbeider
- ❑ Student/huisvrouw/huisman
- ❑ Weet niet/wil niet zeggen

Rookbeleid

5.3.12 Op mijn werkplek/het bedrijf waar ik werk:

- ❑ mag overal worden gerookt
- ❑ zijn er afspraken over waar wel en niet kan worden gerookt
- ❑ mag alleen worden gerookt in ruimten die daar speciaal voor zijn aangewezen
- ❑ is er een volledig rookverbod
- ❑ ik heb geen werk

5.3.13 Bij mij thuis:

- ❑ mag overal worden gerookt
- ❑ zijn er afspraken over waar wel en niet kan worden gerookt
- ❑ is er een volledig rookverbod

Blootstelling aan stoppen met roken programma´s

5.3.14 Heeft u sinds het invullen van de vorige vragenlijst een stoppen met roken groepscursus gevolgd?

- ❑ ja
- ❑ nee, ga door naar vraag 23

5.3.15 Wie organiseerde deze cursus?

- ❑ Thuiszorg/Kruiswerk
- ❑ GGD
- ❑ anders:

5.3.16 Uit hoeveel bijeenkomsten bestond de cursus die u volgde?

... bijeenkomsten

5.3.17 Hoeveel van deze bijeenkomsten heeft u bijgewoond?

... bijeenkomsten

5.3.18 Heeft u het cursusboek gelezen?

- ❑ (bijna) helemaal gelezen
- ❑ meer dan de helft gelezen
- ❑ ongeveer de helft gelezen
- ❑ minder dan de helft gelezen
- ❑ (bijna) niet gelezen

5.3.19 Heeft de cursus u geholpen bij uw poging om te stoppen met roken?

- ❑ heel veel geholpen
- ❑ veel geholpen
- ❑ niet veel en niet weinig geholpen
- ❑ weinig geholpen
- ❑ heel weinig geholpen

5.3.20 Heeft sinds het invullen van de vorige vragenlijst (toelichting over lijst) een of meerdere hulpverlener(s) met u gesproken over stoppen met roken?

- ❑ nee
- ❑ ja, dat was :
- ❑ de huisarts
- ❑ de tandarts
- ❑ een specialist
- ❑ de verloskundige
- ❑ anders, nl.....

5.3.21 Hoe vaak bent u in de media (radio, TV, krant, etc.) in de afgelopen [periode vanaf kritieke moment invoegen] informatie over stoppen met roken tegen gekomen?

- ❑ heel vaak
- ❑ vaak
- ❑ soms
- ❑ nooit
- ❑ weet niet

5.3.22 Van welke van de volgende niet-roken acties heeft u wel eens iets gezien, gehoord of gelezen? (opsomming van alle relevante campagne onderdelen invoegen)(meer antwoorden mogelijk)

5.3.23 Hoe vaak heeft u (omschrijving van campagne onderdeel) gezien?

- ❑ heel vaak
- ❑ vaak
- ❑ soms
- ❑ nooit
- ❑ weet niet

5.3.24 Heeft (omschrijving van campagne onderdeel) u geholpen bij uw poging om te stoppen met roken?

- ❑ heel veel geholpen
- ❑ veel geholpen
- ❑ niet veel en niet weinig geholpen
- ❑ weinig geholpen
- ❑ heel weinig geholpen

5.4 Uitleg bij de vragen

5.3.1-5.3.5 Dit is een verkorte versie van het meetinstrument 'Fagerström Tolerance questionniare' voor de vaststelling van de mate van verslaving (Fagerström & Schneider, 1989). De inkorting van 8 tot 6 vragen (vraag 3.3.5 naar hoeveel men rookt hoort hier ook bij) is op basis van onderzoek van Heatherton, Kozlowski, Frecker en Fagerström (1991) gebeurd. In hoofdstuk 7 wordt beschreven hoe een score voor de mate van verslaving met behulp van deze vragen kan worden berekend.

5.3.6 De leeftijd waarop men begon met roken is mede bepalend voor het succes van stoppogingen. Hoe jonger men begon, hoe moeilijker men gemiddeld van het roken af kan komen.

5.3.7 Het roken van 100 sigaretten staat ongeveer gelijk aan het gedurende een jaar minstens één keer per week roken. Met dit gegeven kan men volgens de aanwijzingen van de WHO incidentele rokers onderverdelen in experimenteerders (zij die niet meer dan 100 sigaretten in hun leven rookten) en blijvend incidentele rokers (zij die meer dan 100 sigaretten hebben gerookt maar niet dagelijks roken, zie ook bijlage 1).

5.3.8-5.3.9 Leeftijd en geslacht. Geboortedatum levert de meest gedetailleerde schaal voor leeftijd op, na omrekening. In plaats van geboortedatum kan ook naar leeftijd worden gevraagd. Het antwoord is dan echter op hele jaren afgerond.

5.3.10-5.3.11 In hoofdstuk 7 wordt beschreven hoe uit deze twee vragen over opleiding en werk een indeling in SES kan worden gemaakt. De cursieve gedeelten in vraag 5.3.10 hoeven in een schriftelijke vragenlijst niet te worden weergegeven. Als deze vraag in een (telefonisch) interview wordt gebruikt dient de nadere toelichting per categorie om de interviewer te helpen bij het indelen van de respondenten.

5.3.12-5.3.13 Deze vragen betreffen de perceptie van de aanwezigheid van een rookbeleid (al dan niet formeel) op de werkplek en thuis. De achterliggende gedachte is dat rokers wiens vrijheid om overal te roken waar ze dat willen, beperkt is, eerder gemotiveerd zullen zijn om te proberen te stoppen, en meer steun en bevestiging uit hun omgeving kunnen verwachten.

5.3.14-5.3.19 In deze vragen wordt nagegaan of en in welke mate men deelnam aan een cursus stoppen met roken. In vraag 5.3.14 kan eventueel de soort cursus worden nagevraagd, door antwoordcategorieën toe te voegen. De procesevaluatie kan worden uitgebreid (indien gewenst) met vragen naar de mate van gebruik of toepassing van onderdelen van het programma. In vraag 5.3.18 wordt een voorbeeld gegeven van een vraag naar de mate waarin het cursusboek werd gebruikt. Vraag 5.3.19 betreft de ingeschatte effectiviteit van de cursus bij het stoppen met roken. Als er behoefte is aan een uitge-

breidere proces evaluatie, kan op meer manieren worden nagegaan wat er precies werd gedaan en gebruikt, en hoe men de diverse onderdelen van het programma waardeerde.

5.3.20 Hulpverleners kunnen roken aan de orde stellen in hun consulten. Deze vraag gaat na of dit het geval was. Als deze benadering door hulpverleners onderdeel is van het programma, is dit een relevante vraag om via de respondent inzicht te krijgen in de mate van uitvoering van het programma-onderdeel door hulpverleners. Als deze inspanning van de hulpverlener geen programma-onderdeel was, kan deze vraag inzicht geven in niet-geplande externe invloeden. Deze invloeden kunnen mogelijk een deel van het effect verklaren. Als dat zo is spreekt men van alternatieve verklaringen voor het bereiken van het effect.

5.3.21-5.3.24 Met deze vragen wordt nagegaan of en in hoeverre de respondent werd blootgesteld aan massamediale aandacht voor stoppen met roken. Afhankelijk van de methode van onderzoek kan dit op verschillende manieren worden gemeten. Door middel van zogenaam-de 'ongeholpen' vragen krijgt met de beste informatie (zgn. ongeholpen bekendheid). Dat zijn de vragen waarbij wordt gevraagd of men in algemene zin iets gezien, gehoord of gelezen heeft in de media over roken. Bij een positief antwoord kan worden gevraagd om datgene wat men zag, hoorde of las te omschrijven. Aan de hand van deze omschrijving kan worden bekeken of de persoon aan de te evalueren interventie werd blootgesteld of aan iets anders. Vervolgens wordt voor de niet genoemde onderdelen van de interventie nagegaan of de onderzoeksgroep deze kent (zgn. geholpen bekendheid). Deze manier van vragen kan gebeuren in de vorm van een (telefonisch) interview. In een schriftelijke vragenlijst is het vragen naar ongeholpen blootstelling echter minder valide, omdat de vragen over geholpen bekendheid aanleiding kunnen geven tot het corrigeren de antwoorden op de vragen naar ongeholpen bekendheid. Daarom betreffen de vragen 5.3.21-5.3.22 de geholpen bekendheid. In vraag 5.3.22 wordt nagegaan welke media uitingen worden herkend. Eventueel kunnen hierbij in een persoonlijk interview voorbeelden worden getoond (toonkaarten waarop de uitingen van de interventie staan afgebeeld). In vraag 5.2.23 wordt gevraagd naar de frequentie van blootstelling aan massamediale aandacht voor stoppen met roken. Specifieke onderdelen kunnen d nog apart worden bevraagd op de manier zoals weergegeven in de vraag 5.3.24.

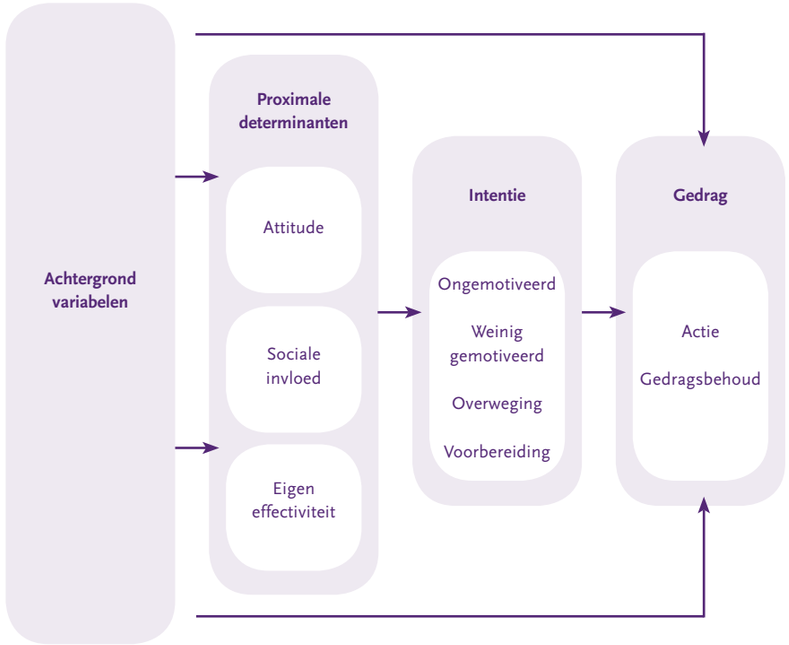
6. Determinanten

6.1 Introductie

De redenen en motieven die mensen hebben om een bepaald (on)gezond gedrag uit te voeren, worden ook wel determinanten genoemd. De één wil stoppen met roken omdat hij iedere ochtend hoestend wakker wordt, de ander omdat hij er gele nagels van krijgt. Als stoppen met roken het doel is van een interventie, is het belangrijk om te weten welke determinanten ten grondslag liggen aan het totstandkomen van de intentie om te stoppen, het tot uitvoering brengen van het besluit om te stoppen en het volhouden op lange termijn, met andere woorden welke determinanten een rol spelen bij elke overgang van een bepaalde fase van gedragsverandering naar de volgende. Uit de onderzoeksliteratuur blijkt dat het samenstel van determinanten voor elke overgang verschillend is. Interventies dienen afhankelijk van het doel van de interventie en de samenstelling van doelgroep, de juiste determinanten te beïnvloeden. In evaluatiestudies kan worden nagegaan of de interventie ook werkelijk in staat is geweest om die determinanten te veranderen.

6.2 Definities

Om (gezondheids)gedrag te verklaren zijn verschillende sociaal psychologische theorieën ontwikkeld. Globaal gesproken is er bij deze theorieën een indeling te herkennen die een drietal factoren onderscheidt: attitudes, sociale invloeden en eigen-effectiviteits-verwachtingen. Een model dat deze drie factoren als de (proximale) determinan-ten van gedrag beschouwt is bijvoorbeeld het Attitude - Sociale invloed - Eigen - effectiviteit model (ASE-model) (Mudde & De Vries, 1998; De Vries, Dijkstra & Kuhlman, 1988, zie figuur 1). Inmiddels is er een nieuwe versie van dit model ontwikkeld, het zogenaamde I-change model (De Vries, Mudde, Leijs et al., 2003) waarin het oorspronkelijke model is uitgebreid met concepten betreffende vaardigheden. Omdat deze nieuwe versie zijn geldigheid nog moet bewijzen in onderzoek, gaan we hier uit van het oorspronkelijke model. De categorisering van de achtergrondvariabelen in het ASE-model laten we achterwege om redenen van beknoptheid. In hoofdstuk 5 werden de meest relevante achtergrond variabelen al behandeld.



Figuur 1. Het ASE-model (Naar: DeVries & Mudde, 1998; Mudde, & De Vries, 1998).

Het ASE-model gaat er van uit dat menselijk gedrag tot op zekere hoogte beredeneerd is. Met andere woorden, het model heeft als uitgangspunt dat mensen kunnen aangeven waarom ze willen stoppen met roken. Volgens het ASE-model zijn de redenen die mensen geven voor hun stopgedrag, of voor hun intentie om te stoppen, te classificeren in 1. de attitude ten opzichte van het stoppen met roken, of wel de afweging van voor- en nadelen, 2. de sociale invloed, oftewel de invloed die uitgaat van anderen, wat anderen vinden, verwachten en doen met betrekking tot het stoppen met roken, en 3. de eigen-effectiviteit, ofwel het vertrouwen dat de persoon heeft in zijn eigen kunnen aangaande het stoppen met roken.

Willemsen (1997) concludeert in een overzicht van onderzoek naar de determinanten van het proces van stoppen met roken dat de intentie om te gaan stoppen wordt bepaald door een positieve attitude, een sterkere sociale invloed, een hoger eigen-effectiviteitsinschatting, meer pogingen om te stoppen in het verleden en een minder sterke afhankelijkheid van tabak. Het ondernemen van een stoppoging wordt voorspeld door een sterkere intentie om te stoppen, een hogere eigen-effectiviteitsinschatting, meer pogingen om te stoppen in het verleden, een minder sterke afhankelijkheid van tabak en de afwezigheid van barrières, zoals het ontbreken van vaardigheden, of faciliteiten als stopprogramma´s. Het succesvol volhouden van het niet-roken heeft weer een ander samenstel van determinanten: een hogere eigen-effectiviteitsinschatting gemeten na de poging of na een programma om te stoppen, een minder sterke afhankelijkheid van tabak, positieve ondersteuning vanuit de sociale omgeving, enerzijds door een niet-rokende partner, en anderzijds door de afwezigheid van rokers in de omgeving. In termen van het hiervoor besproken model, blijken cognities (ASE-variabelen) een rol te spelen, waarbij de externe variabelen ‘aantal eerdere pogingen’ en ‘mate van afhankelijkheid van tabak’ ook invloed hebben. Bovendien kunnen praktische barrières een belemmering vormen voor het ondernemen van een stoppoging.

Nederlands onderzoek laat zien dat de vooruitgang van rokers door de eerste fasen in het proces van stoppen (van ongemotiveerd naar overweging), vooral wordt beïnvloed door een positievere attitude, terwijl de overgang van overweging via voorbereiding naar actie meer onder invloed van de eigen effectiviteit gebeurt. Ook bleek dat interventies die de attitude in positieve zin beïnvloedden, rokers uit die eerste fasen stimuleerden tot vooruitgang door de fasen terwijl rokers in de overwegings- en voorbereidingsfasen profiteerden van informatie die de eigen effectiviteit vergrootte (Mudde & De Vries, 1998).

De attitude ten aanzien van het stoppen met roken

De term attitude verwijst naar een aangeleerde neiging om op een systematische manier gunstig of ongunstig te reageren op het object van de attitude (Fishbein & Ajzen, 1975). Als iemand een positieve attitude heeft ten opzichte van stoppen met roken, dan zal hij eerder geneigd zijn om met roken te stoppen. Voor de vakterm attitude is in het Nederlands geen eenduidige vertaling. De meest gangbare vertalingen verwijzen naar houding en opvattingen. In deze woorden is echter (in tegenstelling tot de term attitude) niet impliciet een directe betrekking op gedrag opgenomen.

Uit eerdere onderzoeken naar de determinanten van stoppen met roken is gebleken dat bepaalde attitudes sterk gerelateerd zijn aan het stopgedrag. Dit worden de saillante attitudes genoemd. Het is natuurlijk ondoenlijk om in elk onderzoek alle mogelijke attitudes ten aanzien van stoppen met roken te meten. Daarom beperkt men zich vaak tot de meest saillante attitudes, zoals die in eerdere onderzoeken naar voren zijn gekomen.
Het is ook mogelijk om zelf een (voor)onderzoek te doen naar de meest saillante attitudes van de doelgroep, bijvoorbeeld door middel van (groeps)interviews.
Een saillante attitude die (de intentie tot) het stoppen met roken voorspelt, is bijvoorbeeld:
- als ik niet rook, verbetert mijn gezondheid
Naast attitudes ten aanzien van de voordelen van het stopgedrag (‘pros’), zijn er ook attitudes te onderscheiden die intentie om te stoppen of het stopgedrag negatief beïnvloeden (‘cons’). Een voorbeeld hiervan is:
- als ik niet rook, ga ik de gezelligheid van het roken missen

De invloed van de sociale omgeving

Of iemand stopt met roken is niet alleen afhankelijk van zijn of haar opvattingen over het stoppen met roken, maar ook van wat belangrijke anderen hiervan vinden. Dit wordt de sociale norm genoemd. Belangrijke anderen kunnen bijvoorbeeld de partner, kinderen, familie, vrienden en collega's zijn. Het gaat er bij de *sociale norm* niet om wat belangrijke anderen daadwerkelijk vinden of doen, maar om de indruk (perceptie) die de persoon in kwestie heeft over de opvattingen van anderen.

Bovendien is het zo, dat wanneer iemand ziet (of denkt te zien), dat belangrijke anderen zich op een bepaalde manier gedragen, zal deze persoon eerder geneigd zijn om zich ook zo te gedragen. In de sociale psychologie wordt dit *'modeling'* genoemd (Bandura, 1986). Ook gaat er van het gedrag van anderen een indirecte sociale druk uit, omdat men uit het gedrag van anderen ook een mening kan afleiden. Iemand die rookt zal er zeker niet tegen zijn. De operationalisatie van deze determinant wordt doorgaans aangeduid met *'waargenomen gedrag'*.

Bij het stoppen met roken, of de intentie om te stoppen, komt de sociale invloed ook tot uiting in de *sociale steun* die een persoon ondervindt, of verwacht te ondervinden. Ook hier gaat het om de perceptie van steun (stimulans om te stoppen) van belangrijke anderen, en niet om de daadwerkelijke sociale steun. De indruk die iemand heeft van de mate van stimulans (of tegenwerking) die hij krijgt, beïnvloedt de neiging om te gaan stoppen.

De eigen-effectiviteitsinschatting ten aanzien van het stoppen met roken

De derde factor die van invloed is op de geneigdheid van iemand om te stoppen met roken (of juist niet) is de eigen-effectiviteitsinschatting. Hieronder wordt verstaan: het vertrouwen dat een persoon in zijn eigen vaardigheden heeft om het gedrag uit te voeren. Hierbij gaat het er dus om dat mensen het idee hebben dat het ze zal lukken om te stoppen met roken.

Over het algemeen kan een beeld worden verkregen van iemands vertrouwen in eigen kunnen (eigen-effectiviteit) door iemand in een vragenlijst verschillende situaties of gemoedstoestanden voor te leggen, en voor elke situatie of toestand te vragen naar het vertrouwen (Kok et al., 1990). Bij het vragen naar iemands eigen-effectiviteit blijkt dat vragen naar 'hoe moeilijk iets is' in de praktijk niet zo goed werkt. Iemand kan namelijk stoppen met roken heel erg moeilijk vinden, maar desondanks er toch van overtuigd zijn dat het hem zal lukken om te stoppen. De vraag naar de inschatting of het 'lukt om niet te roken' is daarom in dit verband accurater.

Evenals bij de attitude kan ook bij de eigen-effectiviteit een aantal saillante vragen worden onderscheiden. Hiermee worden dus situaties en gemoedstoestanden bedoeld, die in eerdere onderzoeken vaak naar voren zijn gekomen als voorspellers van het stopgedrag. Dergelijke gemoedstoestanden zijn bijvoorbeeld 'zich gestresst of gespannen voelen', 'kwaad zijn' en 'somber zijn´. Situaties die met betrekking tot de eigen-effectiviteit een sterke relatie met het stopgedrag hebben, zijn bijvoorbeeld 'in een café, op een feest of op visite zijn', 'een sigaret van het eigen merk aangebo-den krijgen' en 'iemand zien genieten van het roken'.

Fasen van gedragsverandering

De mate waarin men serieus van plan is om te stopen met roken is in belangrijke mate bepalend voor het daadwerkelijk ondernemen van een stoppoging en het succes ervan. Prochaska en DiClemente (1983) hebben in hun 'stages of change'-model een duidelijke afgrenzing gemaakt van die intentie. Rokers die niet van plan zijn om binnen een jaar te stoppen, verkeren in de ongemotiveerde fase (immotive stage). Men is in de weinig gemotiveerde fase (precontemplation stage) als men van plan is binnen een jaar te stoppen, maar niet binnen de komende zes maanden. Wil men dit wel, dan is men in de overwegingsfase (contemplation stage). Contemplators die binnen een maand willen stoppen met roken, worden specifieker omschreven als zijnde in de voorbereidingsfase (preparation stage). Om een gedetailleerder beeld te krijgen van de intentie om te stoppen, kunnen de ongemotiveerden nog worden onderverdeeld in rokers die van plan zijn binnen vijf jaar, ooit of nooit te stoppen met roken.

Ex-rokers worden volgens het model van de fasen van gedragsverandering als volgt ingedeeld. Ex-rokers die korter dan 6 maanden van het roken af zijn, bevinden zich in de actie fase (action stage). Ex-rokers die al langer dan een half jaar met het roken zijn gestopt worden ingedeeld in de volhoudfase (maintenance stage). Deze indeling in fasen wordt tegenwoordig ook vaak als uitkomstmaat gehanteerd in stoppen met roken onderzoek. De verschuiving in positieve richting over de fasen, bijvoorbeeld van de ongemotiveerde fase naar de voorbereidings fase, is dan ook een positieve uitkomst van een interventie. Door deze uitbreiding van de oorspronkelijke dichotome uitkomstmaat (wel of niet stoppen), beschikt men over een sensitie-vere uitkomstmaat (Velicer et al. , 1992). Een voordeel daarvan is dat het mogelijk is om effecten van interventies aan te tonen in kleinere onderzoeksgroepen.

6.3 Vragen

De hierna beschreven vragen zijn na analyse van diverse datasets bij de capaciteitsgroep Gezondheidsvoorlichting van de UM tot stand gekomen. Door verschillende populaties hierbij te betrekken, is getracht een set van de meest saillante items voor het meten van ASE-variabelen te verkrijgen. Deze items zullen voor de meeste onderzoekspopulaties opgaan. De vragen zijn zo geformuleerd dat rokers en ex-rokers ze kunnen invullen. In een instructie dient hierover uitleg gegeven te worden (zie bijlage 1)

6.2.1 Als ik blijvend niet rook, verbetert mijn gezondheid

- ❑ gezondheid verbetert veel
- ❑ gezondheid verbetert
- ❑ gezondheid verbetert een beetje
- ❑ gezondheid verbetert niet
- ❑ weet niet

6.2.2 Als ik blijvend niet rook, ga ik de gezelligheid van het roken missen

- ❑ ezelligheid erg missen
- ❑ gezelligheid missen
- ❑ gezelligheid een beetje missen
- ❑ gezelligheid niet missen
- ❑ weet niet

6.2.3 Als ik blijvend niet rook, wordt mijn kans op longkanker kleiner

- ❑ kans wordt veel kleiner
- ❑ kans wordt kleiner
- ❑ kans wordt een beetje kleiner
- ❑ kans wordt niet kleiner
- ❑ weet niet

6.2.4 Als ik blijvend niet rook, kan ik me minder goed ontspannen

- ❑ veel minder ontspannen
- ❑ minder ontspannen
- ❑ een beetje minder ontspannen
- ❑ niet minder ontspannen
- ❑ weet niet

6.2.5 Als ik blijvend niet rook, ben ik tevreden over mezelf

- ❑ heel tevreden
- ❑ tevreden
- ❑ een beetje tevreden
- ❑ niet tevreden
- ❑ weet niet

6.2.6 Als ik blijvend niet rook, krijg ik last van ontwenningsverschijnselen

- ❑ veel last van ontwenningsverschijnselen
- ❑ last van ontwenningsverschijnselen
- ❑ een beetje last van ontwenningsverschijnselen
- ❑ geen last van ontwenningsverschijnselen
- ❑ weet niet

6.2.7 Als ik blijvend niet rook, is dat beter voor de gezondheid van de mensen om me heen

- ❑ veel beter
- ❑ beter
- ❑ een beetje beter
- ❑ niet beter
- ❑ weet niet

6.2.8 Als ik blijvend niet rook, verveel ik mij vaker

- ❑ verveel ik mij veel vaker
- ❑ verveel ik mij vaker
- ❑ verveel ik mij een beetje vaker
- ❑ verveel ik mij niet vaker
- ❑ weet niet

6.2.9 Stimuleert uw partner u om blijvend niet te roken?

- ❑ veel
- ❑ gemiddeld
- ❑ weinig
- ❑ nee
- ❑ niet van toepassing

6.2.10 Stimuleren uw kinderen u om blijvend niet te roken?

- ❑ veel
- ❑ gemiddeld
- ❑ weinig
- ❑ nee
- ❑ niet van toepassing

6.2.11 Stimuleert uw familie u om blijvend niet te roken?

- ❑ veel
- ❑ gemiddeld
- ❑ weinig
- ❑ nee
- ❑ niet van toepassing

6.2.12 Stimuleren uw vrienden u om blijvend niet te roken?

- ❑ veel
- ❑ gemiddeld
- ❑ weinig
- ❑ nee
- ❑ niet van toepassing

6.2.13 Stimuleren uw collega's u om blijvend niet te roken?

- ❑ veel
- ❑ gemiddeld
- ❑ weinig
- ❑ nee
- ❑ niet van toepassing

6.2.14 Rookt uw partner?

- ❑ ja
- ❑ nee
- ❑ niet van toepassing

6.2.15 Hoeveel van uw thuiswonende kinderen roken?

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

6.2.16 Hoeveel van uw familieleden roken?

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

6.2.17 Hoeveel van uw vrienden roken?

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

6.2.18 Hoeveel van uw collega's roken?

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

6.2.19 U voelt zich gestresst of gespannen. Lukt het u dan om niet te roken?

- ❑ zeker wel
- ❑ waarschijnlijk wel
- ❑ neutraal/weet niet
- ❑ waarschijnlijk niet
- ❑ zeker niet
- ❑ weet niet

6.2.20 U bent (erg) kwaad. Lukt het u dan om niet te roken?

- ❑ zeker wel
- ❑ waarschijnlijk wel
- ❑ neutraal/weet niet
- ❑ waarschijnlijk niet
- ❑ zeker niet
- ❑ weet niet

6.2.21 U bent uit (in een café, op een feest of op visite). Lukt het u dan om niet te roken?

- ❑ zeker wel
- ❑ waarschijnlijk wel
- ❑ neutraal/weet niet
- ❑ waarschijnlijk niet
- ❑ zeker niet
- ❑ weet niet

6.2.22 U voelt zich (erg) somber. Lukt het u dan om niet te roken?

- ❑ zeker wel
- ❑ waarschijnlijk wel
- ❑ neutraal/weet niet
- ❑ waarschijnlijk niet
- ❑ zeker niet
- ❑ weet niet

6.2.23 U krijgt een sigaret van uw eigen merk aangeboden. Lukt het u dan om niet te roken?

- ❑ zeker wel
- ❑ waarschijnlijk wel
- ❑ neutraal/weet niet
- ❑ waarschijnlijk niet
- ❑ zeker niet
- ❑ weet niet

6.2.24 U ziet iemand genieten van het roken. Lukt het u dan om niet te roken?

- ❑ zeker wel
- ❑ waarschijnlijk wel
- ❑ neutraal/weet niet
- ❑ waarschijnlijk niet
- ❑ zeker niet
- ❑ weet niet

Fasen van gedragsverandering

6.2.25 Bent u van plan om te stoppen met roken in de toekomst?

- ❑ ja, binnen 1 maand
- ❑ ja, binnen 6 maanden, maar niet in de komende maand
- ❑ ja, binnen een jaar, maar niet in de komende 6 maanden
- ❑ ja, binnen vijf jaar
- ❑ ja, maar niet binnen 5 jaar
- ❑ nee, niet van plan om te stoppen

6.4 Uitleg bij de vragen

De vragen over attitude, social invloed en eigen effectiviteit dienen in deze volgorde te worden gesteld. Als het hele ASE-model wordt gemeten, dienen de vragen over intentie na de vragen over attitude, sociale invloed en eigen-effectiviteit te worden gesteld. De vragen over rookgedrag moeten dan weer volgen op de vragen over intentie (zie hoofdstuk 3 en 4).

6.2.1, 6.2.3, 6.2.5. 6.2.7 Dit zijn vragen met betrekking tot voordelen van niet roken.

6.2.2, 6.2.4, 6.2.6. 6.2.8 Dit zijn vragen met betrekking tot de nadelen van niet roken. De voordelen en nadelen worden ´door elkaar´ gevraagd om antwoordtendenties te ontdekken (het ´ongezien´ aankruisen van vragen).

6.2.9-6.2.13 Dit zijn vragen naar de gepercipieerde stimulans vanuit de sociale omgeving. Als er geen ruimte is voor deze vijf vragen, kan men de volgende gecomprimeerde vraag gebruiken, die uiteraard minder informatie geeft.

6.3.1 Stimuleren mensen in uw omgeving u om blijvend niet te roken?

- ❑ veel
- ❑ gemiddeld
- ❑ weinig
- ❑ nee
- ❑ niet van toepassing

6.2.14-6.2.18 Dit is een vraag naar waargenomen rookgedrag van anderen. Op dezelfde manier kan het gepercipieerde rookgedrag van belangrijke anderen worden bevraagd. De partner blijkt meest-al de belangrijkste invloed te zijn.

Bij ruimtegebrek kan het rookgedrag van anderen ook met één vraag worden gemeten, namelijk:

6.3.2 Hoeveel van de mensen in uw omgeving zijn rokers?

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

6.2.19-6.2.24 Dit zijn vragen naar de eigen effectiviteitsverwachting van de ondervraagde. Het gaat hier om de inschatting in hoeverre men denkt in staat te zijn om niet te roken in situaties die te maken hebben met emoties (6.2.19, 6.2.20, 6.2.22), met gewoonte (6.2.21) en met verleiding (6.2.23, 6.2.24). Als er ruimtegebrek is, kan eigen effectiviteit ook met 1 vraag worden gevraagd. Uit onderzoek is gebleken dat die ene vraag bijna evenveel voorspelt van het stopgedrag als een schaal. Een schaal kan echter meer inzicht verschaffen in waar interventies zich op zouden moeten richten, of waar de specifieke problemen van een persoon op dit vlak liggen. Indien met slechts ruimte heeft voor één vraag, wordt de volgende vraag geadviseerd (Mudde, Kok & Strecher, 1995). De vraag is dan als volgt:

6.3.3 Lukt het u om niet te roken in elke situatie die zich kan voordoen?

- ❑ zeker wel
- ❑ waarschijnlijk wel
- ❑ neutraal/weet niet
- ❑ waarschijnlijk niet
- ❑ zeker niet
- ❑ weet niet

6.2.25 Deze vraag betreft de indeling in eerste fasen van gedragsverande-ring, volgens het Stages of Change model (Prochaska & DiClemen-te, 1983; Velicer, Fava, et al., 1995). De antwoordopties zijn zo geordend dat rokers zichzelf niet misclassificeren door een te ruime categorie te kiezen. Ex-rokers kunnen in de actie- en volhoudfasen worden geplaatst op basis van hun antwoorden op de vragen over al of niet gestopt zijn of bezig zijn met een poging en de lengte van de periode die ze niet rookten uit het vorige hoofdstuk.

6.4 Specifieke populaties

Zoals al werd gezegd, zijn de vragen in 6.2 afkomstig uit verschillende onderzoeksgroepen bestaande uit volwassen Nederlanders, mannen en vrouwen, van gemiddeld opleidingsniveau, en in diverse fasen van gedragsverandering. Hoe meer de onderzoeksgroep hiervan afwijkt, hoe minder goed deze set vragen zal 'passen'. Bij afwijkende groepen zal het nodig zijn om vooronderzoek te verrichten. Daarvoor zijn aanwijzingen te vinden in het werk van Fishbein en Ajzen (1975). Er is ook een duidelijke en praktische handleiding in het Nederlands beschikbaar (De Vries, 1993; Schaalma, 1993).

7. Analyse en rapportage

7.1 Introductie

Door statistische analyses kan men nagaan of een gevonden verschil tussen twee groepen of tussen de voor- en nameting een werkelijk verschil is, of dat het aan toeval toegeschreven zou kunnen worden. Een werkelijk verschil noemt men dan een significant verschil. De kans dat het gevonden verschil op basis van toeval wordt gevonden, mag een vooraf gestelde waarde niet overschrijden (de overschrijdingskans). Overschrijdt de kans de vastgestelde waarde, dan noemt men het gevonden verschil niet significant. In het algemeen vindt men dat als die kans groter is dan 5%, het verschil niet significant is. De overschrijdingskans moet dus kleiner dan 0.05 zijn.

Statistische analyse van onderzoeksgegevens is een specialisme, dat hier niet nader besproken kan worden. (Voor meer informatie verwijzen we naar enkele goede handboeken: Slotboom, 2002; Heus, Leeden, Gazendam, 2003; Agresti, 1996; Lewis-Beck, 1995; Tabachnick & Fidell, 2000). Lezers die deze vaardigheid missen, doen er goed aan in een vroeg stadium van het onderzoek een statisticus in te schakelen, omdat de onderzoeksvragen en de keuze voor een bepaalde onderzoeksopzet veelal consequenties hebben voor de analyses die mogelijk zijn.

7.2 Uitvallers

In een onderzoek zal er bijna altijd sprake zijn van uitvallers. Dat kunnen respondenten zijn die één of meer vragenlijsten niet invulden, of deelnemers aan een programma die tijdens de loop van het programma besluiten niet meer mee te doen. Van de eerste categorie uitvallers mist men een deel van de gegevens (meestal de gegevens van één of meer nametingen), van de tweede groep weet men (als ze wel alle vragenlijsten invulden) dat ze het programma niet ontvangen hebben zoals het bedoeld was. In het geval van stoppen met roken onderzoek benadert men de eerste soort uitvallers doorgaans vanuit een conservatief standpunt: dat wil zeggen dat men aanneemt dat uitvallers met ontbrekende data niet gestopt zijn met roken. Dit noemt met de 'intention to treat' benadering. De achterliggende gedachte is dat uitval niet toevallig voorkomt en dat er door die uitval een selectie plaatsvindt van bijvoorbeeld de meest geïnteresseerde en succesvolle deelnemers. Data van respondenten die overleden zijn of verhuisd zijn naar een niet te achterhalen adres hoeven niet in de analyses betrokken te worden.

Hoe men met de tweede soort uitvallers (programma niet of gedeeltelijk gevolgd, maar wel aan alle metingen meegedaan) om moet gaan, hangt af van de onderzoeksvraag. Als

het gaat om een veldonderzoek, waarbij men geïnteresseerd is in het bereik en het effect van een stoppen met roken interventie in een realistische situatie, dan moeten die uitvallers worden meegenomen in de analyse van de resultaten. Als het mogelijk is, kan de mate van blootstelling aan het programma in een score worden uitgedrukt, en kan worden aangetoond dat er verband is tussen die mate van blootstelling en de uitkomst. Gaat het om een experiment, waarbij bijvoorbeeld een nieuwe methode wordt uitgeprobeerd, dan is het interessanter om te kijken wat er gebeurt met rokers die aan het complete programma werden blootgesteld. In deze situatie kan men degenen die afhaakten uit het onderzoek verwijderen. In de rapportage van het onderzoek moet altijd worden vermeld hoe er met uitvallers van beide soorten werd omgegaan, en hoe groot deze uitval was.

Een derde reden waardoor respondenten uit het onderzoek kunnen verdwijnen is het verwijderen van data vanwege onbetrouwbaarheid. Algemeen wordt de regel gehanteerd dat als een respondent meer dan 10% van de vragen in een vragenlijst niet invulde, de data van deze respondent niet bruikbaar is. Tabachnick en Fidell (2000) geven aanwijzingen hoe met de resterende missende waarden omgegaan kan worden, waarbij het substitueren van het groepsgemiddelde als meest gebruikte techniek wordt genoemd.

7.3 Hercodering en berekening van nieuwe variabelen

In deze paragraaf wordt ervan uitgegaan dat de gegevens werden verkregen met een vragenlijst of uit interviews, en dat ze door middel van statistische software worden geanalyseerd. Dit analyseren kan bestaan uit eenvoudige bewerkingen, bijvoorbeeld het maken van frequentietabellen en kruistabellen, waarbij de codering van de vragen minder belangrijk is, tot meer geavanceerde statistische bewerkingen, zoals multivariate variantie analyse of regressie analyse om het interventie-effect op rookgedrag te analyseren, gecorrigeerd voor verstorende variabelen (confounders). In het geval van geavanceerde multivariate analyses maakt het veel uit hoe de vragen werden gecodeerd, en hoe scores uit schalen werden berekend. De uitleg in het vervolg van deze paragraaf is vooral bedoeld voor deze laatst genoemde analyses. Per groep vragen zal worden weergegeven hoe de vragen te coderen en hoe nieuwe variabelen te berekenen.

Rookgedrag

Omdat het doel van het meeste onderzoek zal zijn om te kijken hoeveel rokers stoppen met roken, verdient het aanbeveling om de variabelen te coderen in de richting van niet-roken, met andere woorden: hoe hoger de score op een bepaalde variabele, hoe meer kans op niet-roken. Als dit principe wordt gevolgd, zijn de uitkomsten van analyses gemakkelijker te interpreteren en is de kans op foutieve interpretaties kleiner. Hiervoor is het ook nodig om niet-roken of stoppen met roken te coderen als 1 en (door)roken als 0. Het is de gewoonte om ontbrekende waarden (missing values) te coderen als 9 of 99 (afhankelijk van het aantal posities dat nodig is voor het coderen van de overige antwoordcategorieën).

Als men een maat voor de totale tabaksconsumptie wil hebben, kan men het gemakkelijkst de overige geconsumeerde rookwaren als volgt omrekenen naar sigaretten uit de vragen 3.3.3-3.3.9 of 3.4.2. Een sigaret bestaat uit 1 gram tabak, daarom kan men ervan uitgaan dat 1 pakje shag of pijptabak van 40 gram gelijk is aan 40 sigaretten, 1 sigaar (van ongeveer 4 gram) komt overeen met 4 sigaretten, en 1 cigarillo van ongeveer 2 gram is zoveel als 2 sigaretten.

Vanuit hetzelfde principe wordt het rookgedrag van adolescenten (vraag 3.5.1) gehercodeerd in zes groepen (zie verantwoording van vraag 3.5.1), waarbij de regelmatige roker een 0 krijgt, en een nooit roker een 5.

Stoppen met roken

Het ondernemen van een stoppoging codeert men als 1, terwijl het niet-ondernemen een 0 krijgt. Zo ook krijgt een gestopte roker, zowel in de bepaling van niet-roken, als in de bepaling van continue abstinentie of geprolongeerde abstinentie, een 1 en een roker een 0. De vraag over gebruikte hulpmiddelen (4.3.9) kan het best worden gecodeerd als afzonderlijke ja-nee vragen. Dit levert dan minimaal 4 variabelen op in dit geval. In de vragen 4.3.1 in combinatie met 4.3.3, en vraag 4.3.10 geldt ook dat een poging als 1 wordt gecodeerd en de afwezigheid ervan als 0.

Achtergrondvariabelen

Mate van verslaving dient als volgt te worden bepaald:

1. Categoriseer de dagelijkse tabaksconsumptie, berekend zoals hiervoor werd aangegeven, als volgt:
   10 of minder sigaretten: 0 punt
   11-20: 1 punten
   21-30: 2 punten
   31 of meer: 3 punten
2. Codeer de vragen als volgt: in vraag 5.3.1 krijgt categorie 1 een 3, categorie 2 een 2, categorie 3 een 1 en categorie 4 een 0. Bij vragen 5.3.2-5.3.5 krijgt de eerste mogelijkheid telkens een 1 en de tweede een 0.
3. Tel de punten van dagelijkse tabaksconsumptie en codes van de vragen 5.3.1 t/m 5.3.5 bij elkaar op. De score kan variëren van 0 tot 10 punten. Deze score kan als een continue variabele gebruikt worden, maar kan als volgt worden gecategoriseerd: 0-2: zeer weinig afhankelijk, 3 weinig afhankelijk, 4 matig afhankelijk, 5 afhankelijk, 6-10 sterk afhankelijk (Fagerström, Heatherton & Kozlowski, 1992). De score wordt voor klinische toepassingen ook wel als dichotome maat gebruikt,

waarbij een score van 6 of hoger als sterk afhankelijk wordt beschouwd (Fagerström et al., 1996).

Berekening van een score voor welstand (Sociaal-Economische Status of SES)
Door vraag 5.3.10 en 5.3.11 te combineren volgens onderstaande kruistabel kunnen de respondenten in vier of vijf welstandsklassen worden verdeeld.

beroep \ opleiding	Wetensch. onderwijs doctoraal	Hoger beroeps en wetensch. onderwijs - kandidaats	Hoger alg. en voorbereidend wetensch. onderwijs	Middelbaar beroepsonderwijs	Middelbaar algemeen voortgezet onderwijs	Lager beroeps onderwijs	Lager onderwijs	onbekend
Bedrijfshoofd 10+ Bedrijfshoofd 9-; Vrije beroepen; Boeren en tuinders;	A	A	A	A	A	A	A	A
Hogere employees	A	A	A	A	Bb	Bo	Bo	Bo
Middelbare employees	A	Bb	Bb	Bb	Bo	C	C	C
Lagere employees	A	Bo	Bo	Bo	Bo	C	C	C
Geschoolde handarbeiders	A	Bo	C	C	C	C	C	C
Ongeschoolde handarbeiders	A	Bo	C	C	C	C	D	D
Huisvrouwen en studenten;								
Geen opgave (zonder beroep)	Bo	Bo	C	C	C	D	D	D

De klassen worden als volgt omschreven:

A (hoog) Directeuren van grote ondernemingen, grote middenstanders, artsen, advocaten, notarissen, staffunctionarissen, grote boeren, hoge ambtenaren en officieren, alle academisch gevormden. Meestal vrij luxe woonomgeving.

Bb Directeuren van kleinere ondernemingen, middelgrote middenstanders, ambtenaren en kantoorpersoneel in hoge posities, onderwijzers, boeren met een behoorlijk bedrijf. Doorgaans verblijvend in vrij luxe woonwijken.

Bo Eigenaren van kleine bedrijven, de kleinere middenstanders, ambtenaren en kantoorpersoneel in de middenposities, De woning is doorgaans gelegen in een redelijk 'gegoede' woon wijk.

C Geschoolde arbeiders, zeer kleine zelfstandigen, lagere ambtenaren en lager technisch of administratief personeel. De woning bevindt zich in de regel in een (betere) arbeiderswijk.

D (laag) Ongeschoolde arbeiders, losse werklieden, en zij die van een zeer klein pensioen moeten rondkomen. De woning bevindt zich in de regel in de wat armere wijken van de stad of het dorp, soms zelfs in een uitgesproken achterbuurt.

In plaats van deze indeling kan ook alleen het opleidingsniveau als indicator voor SES worden gebruikt.

Rookbeleid

Vraag 5.3.12: categorie 1 en 5 wordt 0, categorie 2 wordt 1, categorie 3 wordt 2, categorie 4 wordt 3.
Vraag 5.3.13: categorie 1 wordt 0, categorie 2 wordt 1 en categorie 3 wordt 2.

Blootstelling aan programma's

De codering van de meeste vragen spreekt voor zich, waarbij het zich kunnen herinneren of deelnemen een 1 krijgt, terwijl het zich niet kunnen herinneren of niet deelnemen een 0 krijgt. Vraag 5.3.18, 5.3.19 en 5.3.24: 1e categorie wordt 4, categorie 2 wordt 3, categorie 3 wordt 2, categorie 4 wordt 1 en categorie 5 wordt 0. Bij vraag 5.3.21 en 5.3.23 krijgt de 1e categorie een 3, de 2e categorie een 2, de 3e categorie een 1, de vierde en vijfde categorieën een 0. Vraag 5.3.20 dient als afzonderlijke ja-nee vragen te worden gecodeerd.

Determinanten

Attitude t.o.v. niet roken:
Voordelen van niet roken (pro's): vraag 6.2.1, 6.2.3, 6.2.5, 6.2.7: 1e categorie wordt 3, 2e categorie wordt 2, 3e categorie wordt 1, de 4e en 5e categorieën worden 0.

Nadelen van niet roken (cons): vraag 6.2.2, 6.2.4, 6.2.6, 6.2.8: 1e categorie wordt -3, 2e categorie wordt -2, 3e categorie wordt -1 en de 4e en 5e categorie worden 0. Daarna

het gemiddelde te berekenen van vraag 6.2.1 t/m 6.2.8, afhankelijk van de uitkomsten van een factoranalyse. Als pro's en cons als aparte factoren naar voren komen, kan men beslissen deze als aparte concepten te behandelen en dus per concept een gemiddelde te berekenen.

Sociale stimulans om niet te roken: vragen 6.2.9 t/m 6.2.13 coderen als volgt: 1e categorie wordt 3, 2e categorie wordt 2, 3e categorie wordt 1, de 4e en 5e catego-rieën worden 0. Daarna het gemiddelde te berekenen van de vragen 6.2.9 t/m 6.2.13.

Rookgedrag omgeving/modeling: vraag 6.2.14 te coderen als ja=1 en overige is 0. Als deze vraag in combinatie met de vragen 6.2.15 t/m 6.2.18 wordt gebruikt, kan ja als 4 worden gecodeerd. Dan een gemiddelde te berekenen van de betrokken vragen. Vraag 6.2.15 t/m 6.2.18: 1e categorie wordt 4, 2e categorie wordt 3, 3e categorie wordt 2, 4e categorie wordt 1, 5e categorie wordt 0.

Eigen effectiviteit: vragen 6.2.19 t/m 6.2.24: 1e categorie wordt 2, 2e categorie wordt 1, 3e en 6e categorie wordt 0, de 4e categorie wordt -1 en 5e categorie wordt -2. Daarna een gemiddelde te berekenen van de vragen 6.2.19 t/m 6.2.24.

Codering van de fasen van gedragsverandering:

immotive	0 (categorie 4, 5 en 6 in vraag 6.2.25)
precontemplator	1 (categorie 3 in vraag 6.2.25)
contemplator	2 (categorie 2 in vraag 6.2.25)
preparator	3 (categorie 1 in vraag 6.2.25)
actie	4 (heeft de afgelopen 24 uur niet gerookt (vraag 4.3.4), onderneemt nu een stoppoging (vraag 4.3.3) en is niet lager dan 6 maanden gestopt, vraag 4.3.4)
maintenance	5 (heeft langer dan 6 maanden niet gerookt zonder tijdelijke terugval (vraag 4.3.5 en 4.3.5)

Een roker die de afgelopen 24 uur niet heeft gerookt, maar zegt niet met een stoppoging bezig te zijn, wordt aan de hand van vraag 6.2.25 in een van de eerste drie fasen ingedeeld. Een ex-roker die langer dan 6 maanden geleden is gestopt maar toch heeft gerookt in de afgelopen 6 maanden wordt ingedeeld in de actie fase.

7.4 Rapportage

Het correct rapporteren van de resultaten van een onderzoek vereist nauwkeurigheid en specifieke vaardigheden. Wetenschappelijke tijdschriften hebben referenten tot hun beschikking die ingezonden artikelen beoordelen. Meestal wordt door hen van de auteurs veel details gevraagd in de beschrijving van de gevolgde procedures en gebruikte statistische technieken. De meer psychologisch georiënteerde tijdschriften vragen aan auteurs om de richtlijnen te volgen, die werden vastgelegd in een handboek (American Psychologist Association (APA), 2001), terwijl de medisch georiënteerde tijdschriften de zogenaamde Vancouver stijl prefereren (International Committee of Medical Editors, 1997). Voor de correcte rapportage van RCT's is onlangs een handleiding tot stand gekomen, de zogenaamde Consort Statement, die door veel vooraanstaande tijdschriften is geadopteerd (Altman et al., 2001).

Om de resultaten van verschillende onderzoeken te kunnen vergelijken in een meta-analyse, worden speciale eisen gesteld aan de rapportage. Schotberg en Breteler (1994) concluderen in hun overzichtsstudie naar de resultaten van stoppen met roken interventies dat ongeveer de helft van de aangetroffen evaluatiestudies in aanmerking kwamen voor meta-analyse. De oorzaak hiervan ligt vooral in methodo-logische aspecten van de studies (rapportage van de kosten van deelname aan interventies, randomisatie en drop-out). Ook het gezaghebbende Cochrane Centre, dat systematische reviews uitvoert, ook op het gebied van stoppen-met-roken, constateert dat veel veldstudies niet aan de eisen voor opname in meta-analyses in aanmerking komen (Muro & Oxman, 1994). Het is echter niet altijd mogelijk om de effectiviteit van stoppen met roken interventies te onderzoeken in zogenaamde randomised controlled trials. Enerzijds omdat het praktisch niet mogelijk is (gebrek aan financiën, onmogelijkheid om zelfgeselecteerde aspirant deelnemers te randomiseren, de onmogelijkheid om voorlichters te ´blinderen´, etc.), anderzijds omdat de gegevens uit een gerandomiseerde placebo gecontroleerde studie niet altijd praktische relevantie hebben (in de praktijk heeft men meestal te maken met groepen die zich zelf ´geselecteerd´ hebben in een bepaalde interventie waarbinnen het effect van de interventie anders zal zijn dan in een gerandomiseerde onderzoeksgroep).

Hierna wordt aangegeven welke secties in ieder geval in een adequate rapportage aanwezig moeten zijn (APA, 2001):

1. Samenvatting of abstract (volgens regels van het tijdschrift)

2. Inleiding
- Kader van het onderzoek (financiering, opdrachtgever, etc)
- Overzicht van de huidige kennis over het onderwerp
- Onderzoeksvragen, hypothesen (op welke vragen wordt antwoord gezocht, welk effect veronderstelt men te zullen vinden)

3. Methode sectie:
- *Werving en selectiecriteria:* hoe zijn deelnemers in het onderzoek betrokken, wat heeft men gedaan om deelnemers bij elkaar te krijgen, zijn daarbij selectiecriteria gebruikt,

bijvoorbeeld alleen rokers zonder andere verslaving geselecteerd of zwangere vrouwen uitgesloten.
- *Onderzoeksopzet:* gebeurde de toewijzing aan onderzoeksgroepen random, systematisch, door matching of anders, hoeveel en welke onderzoekscondities waren er, was er sprake van zgn. blindering (dubbel blind: respondent en behandelaar weten niet in welke conditie de respondent zit; enkel blind: alleen de respondent weet niet in welke conditie hij of zij zit; of geen blindering)
- Een verantwoording van de grootte van de onderzoeksgroep(en).
- *Meetinstrumenten:* welke methode werd toegepast (schriftelijke vragenlijst, interview, etc.) welke meetinstrumenten werden gebruikt, welke concepten werden gemeten en met welke vragen, hoe werden de antwoorden gecodeerd, hoe kwam men aan deze meetinstrumenten, werden ze al eerder gebruikt? In hoeverre zijn de meetinstrumenten gevalideerd en betrouwbaar?
- *Procedure:* hoe verliep het onderzoek in de tijd, bijvoorbeeld eerst werden de respondenten uit een adressenbestand geselecteerd, daarna ontvingen ze een brief met het verzoek deel te nemen, vervolgens werd bekeken of ze aan de criteria voldeden, daarna ontvingen ze een vragenlijst?
- *Behandeling uitvallers/drop-out:* hoe werd omgegaan met respondenten die een of meer vragenlijsten niet invulden, hoe werd omgegaan met uitvallers uit het programma?
- *Programma(´s):* waar werd het programma uitgevoerd (setting), uit hoeveel bijeenkomsten bestond het, hoe werden die verspreid over de tijd, hoe lang duurde de bijeenkomsten, uit welke onderdelen bestond het programma, werd er gebruik gemaakt van meerdere programma´s, werd er 'nicotine vervanging' toegepast (pleisters, kauwgom, etc.), in welke dosering, werden er herhaalbijeenkomsten of booster sessie toegevoegd, etc.; waren er kosten voor de deelnemers, hoe groot waren de groepen? Vonden er gedurende het onderzoek andere gebeurtenissen plaats waardoor het te onderzoeken gedrag kon worden beïnvloed?
- *Analyse:* een korte beschrijving welke statistische procedures werden gevold met welke variabelen en welk doel.

4. Resultaten sectie:
- *Omschrijving onderzoeksgroepen:* grootte van groep waarin effect wordt bepaald, demografische karakterisering (leeftijd, geslacht, opleiding), rookgedrag (zelfgerapporteerde gemiddelde dagelijkse consumptie, soort tabaksgebruik, fysiologische bevestiging toegepast en welke?); stopgedrag (hoeveel pogingen in verleden van 24 uur of langer, hoe lang duurde de langste stoppoging), mate van tabaksverslaving.
- Omschrijving van de grootte van uitval.
- Bij toetsing van verschillen tussen groepen en van effecten (bijvoorbeeld door middel van t-test, F-tests en chi-kwadraat) ook gemiddelden of medianen weergeven met bijbehorende variantie maat (bijvoorbeeld de standaard deviatie). Ook dient voldoende informatie gegeven te worden over de toetsing, zodat de lezer precies kan zien hoe men tot de conclusies komt.
- Om in een meta-analyse opgenomen te kunnen worden, dient er informatie te worden gegeven over de sterkte van verbanden (in maten die niet afhankelijk zijn van de groepsgrootte), en de effectmaat of -maten (of deze moeten uit het gerapporteerde af te leiden zijn).

5. Conclusies en discussie
- Deze sectie dient te beginnen met een duidelijk oordeel over het al of niet bevestigen van de hypotheses.
- Een vergelijking met andere bevindingen is meestal relevant.
- Commentaar op eventuele tekortkomingen van de studie.
- De praktische en theoretische implicaties van de bevindingen (wat draagt deze studie bij aan de oplossing van het probleem).

In hoofdstuk 1 werd al weergegeven dat er diverse soorten onderzoek kunnen worden onderscheiden, die verschillende onderzoeksdesigns hebben en op verschillende vragen antwoord kunnen geven. Surveys dienen om de huidige toestand te beschrijven (zie ook het volgende hoofdstuk). Cohort studies onderzoeken wat er met mensen gebeurt gedurende de tijd, bijvoorbeeld onder invloed van een interventie. Klinische trials zijn bedoeld om uit te vinden of de ene (medische) interventie beter is dan een andere. Een laatste vorm van onderzoek is het patiënt-controle onderzoek. Hierbij wordt bekeken waarom de ene groep die leidt aan een bepaalde ziekte, verschilt van een andere vergelijkbare groep zonder die ziekte. Elk van deze soorten onderzoek heeft specifieke implicaties voor de rapportage, naast de algemene eisen die hiervoor werden beschreven. Voor meer gedetailleerde informatie over welke aspecten bij de rapportages van diverse soorten van onderzoek ven belang zijn, zie Crombie (1996).

8. Survey onderzoek

8.1 Introductie

De voorgaande hoofdstukken hadden vooral betrekking op onderzoek waarbij gebruik wordt gemaakt van experimentele designs. Naast het gebruik van experimentele designs wordt in onderzoek naar rookgedrag ook gebruik gemaakt van zogenaamde surveys. Een survey is een eenmalige systematische ondervraging van mensen met als doel de huidige toestand te beschrijven. Meestal is de doelpopulatie dermate groot, dat gebruik wordt gemaakt van een steekproef. In dit hoofdstuk zullen de belangrijkste facetten van het gebruik van surveys uiteen worden gezet. Tenslotte zullen vragen worden aanbevolen, die bij surveys ten aanzien van rookgedrag kunnen worden gebruikt.

8.2 Steekproef

Zoals in hoofdstuk 2 is vermeld, kan bij experimentele designs vaak worden gesproken van een zelfgeselecteerde onderzoekspopulatie. Dit betreft dan bijvoorbeeld de werknemers van een bedrijf, kinderen op een school, deelnemers aan een cursus, enzovoort. Bij een survey komt de onderzoekspopulatie tot stand naar aanleiding van een steekproef uit de bevolking. Vaak is dit een steekproef uit een eenduidig omschreven deel van de totale bevolking. Bijvoorbeeld een steekproef uit de Nederlandse bevolking boven 30 jaar; een steekproef uit de Nederlandse ziekenhuismedewerksters; een steekproef uit de inwoners van de gemeente Groningen.

Het is de bedoeling om uiteindelijk de conclusies van een survey te kunnen generaliseren naar de populatie waaruit de steekproef komt. Dit impliceert dat de steekproef een goede afspiegeling moet zijn van de gehele onderzoekspopulatie. De beste manier om deze afspiegeling te bewerkstelligen is het trekken van een willekeurige (aselecte) steekproef. Een aselecte steekproef houdt in dat iedere persoon uit de populatie een gelijke kans heeft om in de steekproef terecht te komen.

Een aselecte steekproef kan bijvoorbeeld uit de privé telefoonaansluitingen worden getrokken of uit het bevolkingsregister. Door het al of niet kunnen bereiken van mensen uit die steekproef kan er selectie optreden, waardoor de vergelijking met de totale populatie in mindere mate mogelijk is. Bijvoorbeeld, in een steekproef uit telefoonnummers zijn de geheime nummers niet meegetrokken, bovendien zal het benaderen van mensen via de telefoon inhouden dat er relatief meer vrouwen worden bereikt, omdat die of vaker thuis zijn of vaker de telefoon opnemen. De manier van het benaderen van mensen uit een steekproef uit het bevolkingsregister kan ook tot selectie leiden. Het simpele feit dat niet iedereen de Nederlandse taal kan lezen, houdt al een selectie in bij gebruik van schriftelijke vragenlijsten.

8.3 Non-respons

De grootste problemen met betrekking tot het aantal personen bij een survey ontstaan doordat de feitelijk bereikte steekproef veel kleiner is dan de aanvankelijk getrokken steekproef. Dit is het gevolg van de vaak hoge ‘nonrespons’ bij surveys. Er kunnen grofweg twee redenen zijn voor het niet invullen van een vragenlijst. Ten eerste is het mogelijk dat de respondent de vragenlijst om de één of andere reden niet kan invullen. Men heeft bijvoorbeeld geen tijd om de vragenlijst in te vullen, men kan ziek zijn, enzovoort. Een tweede mogelijkheid is dat bepaalde respondenten de vragenlijst niet invullen, omdat ze dit niet willen. Nonrespons kan mede bepaald worden door het onderwerp van de survey. Juist de personen met een afwijkend gedrag zouden oververtegenwoordigd kunnen zijn onder de weigeraars. Met betrekking tot het rookgedrag zou het zo kunnen zijn dat juist de hardnekkige rokers de vragenlijst niet willen invullen. Hoe meer kan worden aangenomen dat de reden voor nonrespons op basis van toeval optreedt, hoe kleiner de kans op selectie zal zijn. Geen of zeer weinig selectie houdt in dat de resultaten van de survey generaliseerbaar zijn naar de gehele populatie.

Het probleem van de nonrespons is moeilijk op te lossen. Wel zijn er methoden om de (invloed van) nonrespons zo klein mogelijk te laten zijn. Ten eerste kan worden getracht de interne motivatie van de respondenten te beïnvloeden. Dit kan bijvoorbeeld worden gedaan door aan de respondenten duidelijk te maken dat de resultaten van de survey voor de wetenschap belangrijk zijn. En uiteindelijk dus ook voor de respondenten. Ook kan de motivatie met externe middelen worden vergroot. Dit betekent dat de respondenten bedankt worden voor het invullen van de vragenlijst door middel van een presentje of een beloning. Tenslotte kan het probleem van nonrespons op een statistische manier worden opgelost. Hiervoor is het nodig om te weten op welke variabelen selectie optrad. Als men bijvoorbeeld weet dat er 50% vrouwen in een populatie voorkomt, terwijl men respons heeft van een groep waarin 70% vrouwen voorkomt, dan weet men dat mannen ondervertegenwoordigd zijn. Een veelgebruikte manier om een steekproef te corrigeren is deze te ‘wegen’, naar bijvoorbeeld geslachtsverdeling of leeftijdsopbouw in de populatie. Een andere methode is het opnemen van de variabele(n) waarop selectie optrad in analyses als confounder. Uiteraard is het niet aan te bevelen om bij de planning van het onderzoek uit te gaan van deze statistische methoden. Deze kunnen hooguit worden gebruikt als ‘noodgreep’ bij de analyse van de resultaten.

8.4 Gebruik van surveys

Surveys kunnen worden gebruikt om de prevalentie (het vóórkomen) van een bepaald gedrag of een ziekte te kunnen schatten, of om te toetsen of er binnen een populatie een statistisch verband bestaat tussen twee of meer factoren.

Zoals reeds in hoofdstuk 3 is beschreven, impliceert de prevalentie een dwarsdoorsnede van de populatie, een momentopname. Naast deze (punt)prevalentie kan nog een relevante andere prevalentiemaat worden onderscheiden. Wanneer in een survey wordt nagegaan of een bepaalde toestand bij een individu tot op dat moment ooit aanwezig was, spreken we van 'life-time prevalence' (Bouter & Van Dongen, 1995). Het percentage van de onderzoekspopulatie dat ooit heeft gerookt (zie ooit rokers, hoofdstuk 3) voor het bereiken van de leeftijd van 50 jaar, is een voorbeeld van een life-time prevalence.

Surveys worden, naast het gebruik om de prevalentie van een bepaald gedrag of ziekte in kaart te brengen, ook gebruikt om te toetsen of er een bepaald statistisch verband bestaat tussen variabelen. Het gaat hierbij dus om verklarende probleemstellingen. Het verband tussen de SES en roken is een voorbeeld van zo'n stelling. Bij dergelijk onderzoek moet echter het probleem van de 'causaliteit' in acht worden genomen. Hiermee wordt bedoeld dat de tijdsvolgorde waarin bepaalde dingen gebeuren (wat was er eerst?) niet kan worden gemeten in een survey. Er kunnen alleen causale verbanden worden aangetoond als men i staat is het moment waarop een voorval in het verleden plaatsvond vast te stellen, door bijvoorbeeld nu te vragen 'heeft u in 2004 griep gehad?' Dit feit kan dan met een ander feit dat men nu meet, bijvoorbeeld 'heeft u zich dit jaar voor griep laten vaccineren?' in verband worden gebracht. Er is dan sprake van een duidelijke tijdsvolgorde.

In bepaalde gevallen is het wel duidelijk wat als oorzaak en wat als gevolg van een bepaald feit moet worden gezien. In het voorbeeld van SES en roken, ligt het meer voor de hand dat bijvoorbeeld een lage SES eerder een oorzaak zal zijn van rookgedrag, dan een gevolg. Soms is het achterhalen van een tijdsvolgorde bij een survey echter veel gecompliceerder. Dit is dan vooral het geval bij het vaststellen van de tijdsvolgorde van opvattingen, zoals de attitude en eigen-effectiviteits verwachtingen, en gedrag. Het is bekend dat de attitude en eigen-effectiviteits verwachtingen gedrag beïnvloeden, maar ook het omgekeerde kan het geval zijn. Mensen kunnen bijvoorbeeld op een bepaalde manier over roken denken als gevolg van hun rookgedrag. Vaak wordt de attitude bijgesteld als men een bepaald gedrag is gaan vertonen, ten voordele van dat gedrag. Ook is bekend dat het slagen of falen van bijvoorbeeld een poging om te stoppen met roken zijn weerslag heeft op de eigen-effectiviteits verwachtingen.

Kortom, wanneer men door middel van een survey uitspraken wil doen over een verband tussen twee variabelen, beperkt men zich het beste tot variabelen waarbij de tijdsvolgorde van de afzonderlijke variabelen zonder meer duidelijk is. Dus het verband tussen bijvoorbeeld leeftijd, geslacht, SES, de leeftijd ten tijde van het eerste experiment, aantal stoppogingen, en het huidig rookgedrag, is uitstekend te achterhalen middels een survey. Echter, wanneer ook cognitieve factoren, zoals de attitude, gepercipieerde sociale invloed en eigen-effectiviteits verwachtingen, worden meegenomen in het onderzoek, is een design met metingen op verschillende momenten aan te raden om duidelijkheid te krijgen over verbanden.

8.5 Vragen

Voor de uitvoering van een effectieve survey dient een selectie van de in de voor-gaande hoofdstukken aanbevolen vragen gesteld te worden. Dit betreft de volgende vragen.

Rookgedrag:

vragen 3.3.1 - 3.3.9 (of vervangende vraag 3.4.2 voor con-sumptie, voor adolescenten vraag 3.5.1 - 3.5.2)

Stoppen met roken:

4.3.1 - 4.3.13 (afhankelijk van het doel van de survey).

Achtergondvariabelen:

5.3.1 - 5.3.13 (afhankelijk van het doel van de survey), 5.3.14 - 5.3.24 (als het doel van de survey is om de bekendheid met bepaalde massamediale of andere programma onderdelen te onderzoeken)

Determinanten:

afhankelijk van het doel van de survey kunnen vragen over determinanten worden opgenomen.

Literatuur

Agresti, A. (1996). An introduction to categorical data-analysis. New York: John Wiley.

Altman, D.G., Schulz, K.F., Moher, D. Egger, M., Davidoff, F., Elbourne, D., et al. (2001). The revised CONSORT statement fo reporting randomized trails: explanation and elaboration. Annals of Internal Medicine, 134, 663-694.

American Psychologist Association (APA) (2001). Publication manual of the American Psychologist Association, Fifth Edition. Washington DC: American Psychologist Assosciation.

Bakker, M.J., Crone, M.R. & Hirasing, R.A. (1997). Preventie van passief roken door het ongeboren en het geboren kind (The prevention of passive smoking by the unborn and born child). Medisch Contact, 52, 799-800

Bandura, A. (1986). Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. New York: Prentice-Hall.

Borenstein, M. & Cohen, J. (1988). Statistical power analysis: a computer progam. Hillsdale NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Bouter, L.M. & van Dongen, M.C.J.M. (2000). Epidemiologisch onderzoek : opzet en interpretatie. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Breteler, M.H.M., Schotberg, E.J. and Schippers, G.M. (1996). The effectiveness of smoking cessation programs: Determinants and outcomes, Psychology & Health, 11, 133-53.

Breukelen, G. van (1994). Onderzoeksopzet en onderzoeksrapportage. Maastricht: Universiteit Maastricht, Methodologie en Statistiek, module 20.

Cook, T.D. & Campbell, D.T. (1979). Quasi-experimentation: Design and analysis issues for field settings. Boston: Houghton Mifflin.

Crombie, I.K. (1996). The pocket guide to critical appraisal. London: BMJ Publishing Group.

Dalkey, N. & Helmer, O. (1962). An Experimental Application of the Delphi Method to the Use of Experts. Santa Monica, US: The RAND Corporation.

Damoiseaux, V. (1993). Het pretesten van voorlichtingsmateriaal. In: V. Damoiseaux, H.T. van der Molen & G.J. Kok (Eds.) Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering. Assen: Van Gorkum.

De Vries, H. & Mudde, A.N. (1998). Predicting stage transitions for smoking cessation applying the attitude-social influence-efficacy model. Psychology and Health, 13, 369-385.

De Vries, H. (1993). Determinanten van gedrag. In: V. Damoiseaux, H.T. van der Molen & G.J. Kok (Eds.) Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering. Assen: Van Gorkum.

De Vries, H., Dijkstra, M. & Kuhlman, P. (1988). Self-efficacy: The third factor besides attitude and subjective norm as a predictor of behavioral intentions. Health Education Research, 3, 273-282.

De Vries, H., Mudde, A.N., Leijs, I., Charlton, A., Variainen, E., Buijs, G., et al. (2003). The European Smoking Prevention Framework Approach (EFSA): An example of integral prevention. Health Education Research, 18, 611-626.

Dolcini, M.M., Adler, N.E. & Ginsberg, D. (1996). Factors influencing agreement between self-report and biological measures of smoking among adolescents. Journal of Research on Adolescence, 6, 515-542.

Etter, J.F. (2005). A comparonson of het content-, contruct- and predivitive validity of the cigarette dependence scale and the Fagerstöm test for nicotine dependence. Drug and Alcohol Dependence, 77, 259-268.

Fagerström, K.O., Heatherton, T.F. & Kozlowski, L.T. (1992). Nicotine addiction and its assessment. Ear Nose Throat Journal, 69, 763-767.

Fagerstöm, K.O., Kunze, M., Schoberberger, R., Breslau, N., Hughes, J.R., Hurt, R.D., at al. (1996). Nicotine dependence versus smoking prevalence: comparisons among countries and categories of smokers. Tobacco Control, 5, 52-56.

Fagerström, K.O. & Schneider, N. (1989). Measuring nicotine dependence; A review of the Fagerström Tolerance Questionnaire. Journal of Behavioral Medicine, 12, 159-82.

Fishbein, M. & Ajzen, I. (1975). Belief, attitude, intention and behavior: An introduction to theory and reseach. Reading MA: Addison-Wesley.

Glasgow, R.E., Mullooly, J.P., Vog,t T.M., Stevens, V., Lichtenstein, E., Holis, J.F., et al. (1993). Biochemical validation of smoking status: Pros, cons and data from four low-intensity intervention trials. Addictive behaviors, 18, 522-527.

Green, L.W. & Kreuter, M.W. (1999). Health promotion planning: An educational and environmental approach (3rd ed.). Mountain View: Mayfield.

Heatherton, T.F., Kozlowski, L.T., Frecker, R.C. & Fagerström, K.O. (1991). The Fagerström Test for Nicotine Dependence: A revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. British Journal of Addiction, 86, 1119-1127.

Heus, P. de, Leeden, R. van der & Gazendam, B. (2003). Toegepaste data-analyse: technieken voor niet-experimenteel onderzoek in de sociale wetenschappen. Utrecht: LEMMA.

International Committee of Medical Editors (1997). Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals. Annals of Internal Medicine, 126, 36-47.

Kok, G.J., Vries, H. de, Boer, D-J den, Dijkstra, M., Gerards, F. M., Hospers, H.J. & Mudde, A.N. (1990). De rol van eigen-effectiviteit bij de beïnvloeding van gezondheidsgedrag. In: A.P. Buunk, D. van Krefeld & R. van der Vlist (Red.), Sociale psychologie & stereotypen, organisaties, gezondheid. VUGA, 's-Gravenhage, p. 140-157.

Kuypers, G. (1995). ABC van een onderzoeksopzet. Muiderberg: Cotinho.

Lewis-Beck, M.S. (1995). Data-analysis: an introduction. Thousand oaks, CA: Sage Publications.

Linstone, H. & Turoff, M. (1975). Introduction in The Delphi Method: Techniques and Applications. London: Addison-Wesley Publishing Company.

Meerling, (1995). Methoden en technieken van psychologisch onderzoek. Meppel: Boom.

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

Mudde, A.N., Kok, G.J. & Strecher, V.J. (1995). Self-efficacy as a predictor for the cessation of smoking: methodological issues and implications for smoking cessation programs. Psychology and Health, 10, 353-367.

Muro, C.D. & Oxman, A.D. (eds.) (1994). Cochrane Collaboration Handbook [updated September 1997]. In: The Cochrane Library [database on disk and CDROM]. The Cochrane Collaboration. Oxford: Update Software, issue 4.

Murray, D.M., O'Connell, C.M., Schmid, L.A. & Perry, C.L. (1987). The validity of smoking self-reports by adolescents: a reexamination of the bogus pipe-line procedure. Addictive Behaviors, 12, 7-15.

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

Prochaska, J.O. & DiClemente, C.C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. Journal of Consulting an Clinical Psychology, 51, 390-395.

Prokhorov, A.V., De Moor, C., Pallonene, U.E., Hudmon, K.S., Koehly, L. & Hu, S. (2000). Validation of the modified Fagerstöm tolerance questionnaire with salivary cotinine among adolescents. Addictive Behaviours, 25, 429-433.

Schaalma, H. (1993). De analyse van gedragsdeterminanten. In: V. Damoiseaux, H.T. van der Molen & G.J. Kok (Eds.) Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering. Assen: Van Gorkum.

Schotberg, E.J. & Breteler, M.H.M. (1994). Stoppen met roken: determinanten van succes. Nijmegen: UNRAB

Slotboom, A. (2002). Statistiek in woorden : een gebruikersvriendelijke beschrijving van de meest voorkomende statistische termen en technieken. Groningen: Wolters-Noordhoff.

Starr, G., Rogers, T., Schooley, M., Porter, S., Wiesen, E., Jamison, N. (2005). Outcome indicators for evaluating comprehensive tobacco control programs. Atlanta, GA: Centres for Disease Control and Prevention. Retrieved October 2005, from National Centre for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Tobacco Information and Prevention Source (TIPS), http://www.cdc.gov/tobacco/Indicators/KeyIndicators.htm.

STIVORO (2005). Jaarverslag 2004. Den Haag: STIVORO. Retrieved October 2005, from http://www.stivoro.nl/jaarverslag.html.

STIVORO (2004). Roken de harde feiten 2004. Retrieved October 2005, from http://www.stivoro.nl/cijfers.html.

Swanborn, P.G. (1991). Methoden van sociaal-wetenschappelijk onderzoek. Meppel: Boom.

Swanborn, P.G. (2004). Basisboek sociaal onderzoek. Meppel: Boom.

Tabachnick, B.G. & Fidell, L.S. (2000). Using mulitvariate statistics. New York: HarperCollins College publishers.

U.S. Department of Health and Human Services (USDHHS) (1994). Preventing tobacco use among young people: A Report of the Surgeon General. Atlanta, Georgia: US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health.

Velicer, W. F., J. L. Fava, Prochaska, J.O., Abrams, D.B., Emmons, K.M. & Pierce, J., (1995). Distribution of smokers by stage in three representative samples. Preventive Medicine, 24: 401-411.

Velicer, W.F., Prochaska, J.O., Rossi, J.S. & Snow, M.G. (1992). Assessing outcome in smoking cessation studies. Psychological Bulletin, 111, 23-41.

Vroom, B. (1994). De tekst getest: handleiding voor het pretesten van schriftelijk materiaal. Assen : Van Gorcum.

West, R., Hajek, P., Stead, L. & Stapleton, J. (2005). Outcome criteria in smoking cessation trials: Proposal for a common standard. Addiction, 100, 299-303.

Willemsen, M.C. (1997). Kicking het habit: The effectiveness of smoking cessation programs in Dutch worksites. Proefschrift Universiteit Maastricht.

Willemsen, M.C. (2005). Trends bij de Nederlandse bevolking. In: K. Knol, C. Hilvering, D.J.Th. Wagener, & M.C.Willemsen (Eds.). Tabaksgebruik: gevolgen en bestrijding, pp. 43-64. Utrecht: Lemma.

World Health Organization (WHO) (1998). Guidelines for controlling and monitoring the tobacco epidemic. Geneva: WHO monograph nr. WM 290 98GU.

Bijlage 1

Vragenlijst

In de lijst die hierna volgt zijn alle vragen uit de voorgaande hoofdstukken bij elkaar gevoegd. De volgorde van de concepten is niet dezelfde als de volgorde van de hoofdstukken waarin ze behandeld werden. De concepten dienen echter in deze volgorde te staan om onderlinge beïnvloeding te voorkomen (zie hoofdstuk 6). Binnen de concepten staan de vragen in deze lijst ook niet altijd in de volgorde zoals ze in de voorgaande hoofdstukken werden behandeld. Dit heeft praktische redenen in verband met het doorverwijzen van respondenten door de vragen.
Afhankelijk van het doel van het onderzoek en of men een voormeting of een nameting gat uitvoeren, dienen de onderdelen uit deze vragenlijst gecombineerd te worden. Er zijn diverse concepten die slechts een keer gemeten hoeven te worden (geslacht, socio-economische status, tabaksconsumptie als het geen uitkomstmaat is, etc.).

In de lijst zijn de concepten aangeduid in cursief. Ook zijn er enkele opmerkingen tussen gevoeg in cursief. Als deze lijst gebruikt wordt voor data verzameling, dienen de cursieve gedeelten niet te worden weergegeven. Tussen de diverse secties in de lijst zijn introducerende teksten opgenomen voor de respondent. Aan het eind is een formulering te vinden die de vertrouwelijkheid van de behandeling uitlegt, en de respondent wijst op het recht tot verwijdering van zijn gegevens uit het onderzoek.

Rookgedrag

(indien schiften van respondenten nodig is op deze plaats als bijvoorbeeld niet rokers niet aan het onderzoek deel hoeven te nemen. Anders kunnen deze vragen bij overige vragen over rookgedrag)

1. Rookt u wel eens?

- ❑ ja, dagelijks (ga door naar vraag 3)
- ❑ ja, af en toe (ga door naar vraag 3)
- ❑ nee, helemaal niet (ga door naar vraag 2)

2. Heeft u vroeger wel dagelijks gerookt?

- ❑ ja (doorsturen naar relevante vraag of bedanken voor de medewerking als deze groep respondenten niet in het onderzoek verlangd wordt).
- ❑ Nee (idem)

Determinanten

Nu volgt een aantal vragen over uw ideeën over stoppen met roken. In de vragen wordt gesproken over 'blijvend niet roken'. Als u nu rookt, moet u zich voorstellen dat u zou stoppen en het niet roken volhoudt. Als u een ex-roker betekent dit dat u het niet-roken volhoudt.

3. Als ik blijvend niet rook, verbetert mijn gezondheid

- ❑ gezondheid verbetert veel
- ❑ gezondheid verbetert
- ❑ gezondheid verbetert een beetje
- ❑ gezondheid verbetert niet
- ❑ weet niet

4. Als ik blijvend niet rook, ga ik de gezelligheid van het roken missen

- ❑ gezelligheid erg missen
- ❑ gezelligheid missen
- ❑ gezelligheid een beetje missen
- ❑ gezelligheid niet missen
- ❑ weet niet

5. Als ik blijvend niet rook, wordt mijn kans op longkanker kleiner

- ❑ kans wordt veel kleiner
- ❑ kans wordt kleiner
- ❑ kans wordt een beetje kleiner
- ❑ kans wordt niet kleiner
- ❑ weet niet

6. Als ik blijvend niet rook, kan ik me minder goed ontspannen

- ❑ veel minder ontspannen
- ❑ minder ontspannen
- ❑ een beetje minder ontspannen
- ❑ niet minder ontspannen
- ❑ weet niet

7. Als ik blijvend niet rook, ben ik tevreden over mezelf

- ❑ heel tevreden
- ❑ tevreden
- ❑ een beetje tevreden
- ❑ niet tevreden
- ❑ weet niet

8. Als ik blijvend niet rook, krijg ik last van ontwenningsverschijnselen

- ❑ veel last van ontwenningsverschijnselen
- ❑ last van ontwenningsverschijnselen
- ❑ een beetje last van ontwenningsverschijnselen
- ❑ geen last van ontwenningsverschijnselen
- ❑ weet niet

9. Als ik blijvend niet rook, is dat beter voor de gezondheid van de mensen om me heen

- ❑ veel beter
- ❑ beter
- ❑ een beetje beter
- ❑ iet beter
- ❑ weet niet

10. Als ik blijvend niet rook, verveel ik mij vaker

- ❑ verveel ik mij veel vaker
- ❑ verveel ik mij vaker
- ❑ verveel ik mij een beetje vaker
- ❑ verveel ik mij niet vaker
- ❑ weet niet

De volgende vragen gaan over mensen in uw omgeving en hoe zij tegenover roken en stoppen met roken staan.

11. Stimuleert uw partner u om blijvend niet te roken?

- ❑ veel
- ❑ gemiddeld
- ❑ weinig
- ❑ nee
- ❑ niet van toepassing

12. Stimuleren uw kinderen u om blijvend niet te roken?

- ❑ veel
- ❑ gemiddeld
- ❑ weinig
- ❑ nee
- ❑ niet van toepassing

13. Stimuleert uw familie u om blijvend niet te roken?

- ❑ veel
- ❑ gemiddeld
- ❑ weinig
- ❑ nee
- ❑ niet van toepassing

14. Stimuleren uw vrienden u om blijvend niet te roken?

- ❑ veel
- ❑ gemiddeld
- ❑ weinig
- ❑ nee
- ❑ niet van toepassing

15. Stimuleren uw collega's u om blijvend niet te roken?

- ❑ veel
- ❑ gemiddeld
- ❑ weinig
- ❑ nee
- ❑ niet van toepassing

16. Rookt uw partner?

- ❑ ja
- ❑ nee
- ❑ niet van toepassing

17. Hoeveel van uw thuiswonende kinderen roken?

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

18. Hoeveel van uw familieleden roken?

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

19. Hoeveel van uw vrienden roken?

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

20. Hoeveel van uw collega's roken?

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

Er zijn situaties waarin het gemakkelijk is om niet te roken. In andere situaties kan het moeilijker zijn. In de volgende vragen wordt telkens een situatie geschetst. Kunt u aangeven of het u het zal lukken om niet te roken in die situaties?

21. U voelt zich gestresst of gespannen. Lukt het u dan om niet te roken?

- ❑ zeker wel
- ❑ waarschijnlijk wel
- ❑ neutraal/weet niet
- ❑ waarschijnlijk niet
- ❑ zeker niet
- ❑ weet niet

22. U bent (erg) kwaad. Lukt het u dan om niet te roken?

- ❑ zeker wel
- ❑ waarschijnlijk wel
- ❑ neutraal/weet niet
- ❑ waarschijnlijk niet
- ❑ zeker niet
- ❑ weet niet

23. U bent in uit (in een café, op een feest of op visite). Lukt het u dan om niet te roken?

- ❑ zeker wel
- ❑ waarschijnlijk wel
- ❑ neutraal/weet niet
- ❑ waarschijnlijk niet
- ❑ zeker niet
- ❑ weet niet

24. U voelt zich (erg) somber. Lukt het u dan om niet te roken?

- ❑ zeker wel
- ❑ waarschijnlijk wel
- ❑ neutraal/weet niet
- ❑ waarschijnlijk niet
- ❑ zeker niet
- ❑ weet niet

25. U krijgt een sigaret van uw eigen merk aangeboden. Lukt het u dan om niet te roken?

- ❑ zeker wel
- ❑ waarschijnlijk wel
- ❑ neutraal/weet niet
- ❑ waarschijnlijk niet
- ❑ zeker niet
- ❑ weet niet

26. U ziet iemand genieten van het roken. Lukt het u dan om niet te roken?

- ❑ zeker wel
- ❑ waarschijnlijk wel
- ❑ neutraal/weet niet
- ❑ waarschijnlijk niet
- ❑ zeker niet
- ❑ weet niet

Intentie/fasen van gedragsverandering

De volgende vragen gaan over wat u van plan bent in de toekomst te doen.

27. Bent u van plan om te stoppen met roken in de toekomst?

- ❑ ja, binnen 1 maand
- ❑ ja, binnen 6 maanden, maar niet inde komende maand
- ❑ ja, binnen een jaar, maar niet in de komende 6 maanden
- ❑ ja, binnen vijf jaar
- ❑ ja, maar niet binnen 5 jaar
- ❑ nee, niet van plan om te stoppen

Rookedrag (vervolg)

Kunt u hierna aangeven welke rookwaar u rookt en hoeveel u ervan rookt:

28. Rook u sigaretten, dus niet zelfgerold?
(meer antwoorden mogelijk)

- ❑ ja, namelijk:
  - ❑ teer- en nicotine arme filtersigaretten (niet zelfgerold)
  - ❑ andere sigaretten met filter (niet zelfgerold)
  - ❑ sigaretten zonder filter (niet zelfgerold)
- ❑ ik rook geen sigaretten

29. Rookt u shag (in de vorm van zelfgerolde sigaretten of zelfgemaakte filter sigaretten)?
(meer antwoorden mogelijk)

- ❑ ja, namelijk:
  - ❑ zware shag
  - ❑ half-zware shag
  - ❑ lichte shag
- ❑ ik rook geen shag

30. Hoeveel sigaretten en/of shagjes rookt u gemiddeld totaal per dag?

- .... sigaretten en shagjes per dag
- ❑ niet van toepassing

31. Rookt u pijptabak?

- ❑ ja, ik rook pijptabak
- ❑ nee, ik rook geen pijptabak

32. Hoevaak rookt u gemiddeld per week een pijp?

- ❑ ... keer per
- ❑ niet van toepassing

33. Rookt u sigaren of cigarillo's

- ❑ Ja, ik rook sigaren of cigarillo's
- ❑ Nee, ik rook geen sigaren of cigarillo's

34. Hoeveel sigaren of cigarillo's rookt u gemiddeld per week?

- ... sigaren of cigarillo's per week
- ❑ niet van toepassing

Stopgedrag

Nu volgen er vragen over het ondernemen van een stoppoging.

35. Heeft u de afgelopen 24 uur één of meer sigaretten (shagjes, sigaren, pijp) gerookt?

- ❑ ja
- ❑ nee

36. Heeft u de afgelopen 7 dagen één of meer sigaretten (shagjes, sigaren, pijp) gerookt?

- ❑ ja
- ❑ nee

37. Onderneemt u nu een stoppoging?

- ❑ ja
- ❑ nee (ga naar vraag 41)

38. In welke maand bent u gestopt?

A. (Lijst van relevante maanden invoegen)

- ❑ ik ben niet gestopt

of:

B. Hoe lang geleden bent u gestopt met roken?

- ... dagen/weken/maanden/jaren (doorhalen wat niet gewenst is)
- ❑ ik ben niet gestopt

39. Heeft u sinds het stopmoment (of gerekend vanaf twee weken na het stopmoment (voor geprolongeerde abstinentie)) gerookt?

- ❑ Nee, geen trekje
- ❑ ja, 1-5 sigaretten
- ❑ ja, meer dan 5 sigaretten

40. Heeft u behalve deze poging, sinds uw stopmoment (of twee weken na het stop-moment (voor geprolongeerde abstinentie)) één of meer keren gepro-beerd om te stoppen met roken?

- ❑ ja (ga naar vraag 42)
- ❑ nee (ga naar vraag 43)

41. Heeft u sinds uw stopmoment (of twee weken na het stopmoment (voor geprolon-geerde abstinentie)) één of meer keren geprobeerd om te stoppen met roken?

- ❑ ja
- ❑ nee (ga naar vraag 43)

42. Heeft u het bij zo'n poging om te stoppen wel eens 24 uur of langer volgehouden om niet te roken?

- ❑ ja, ... keer
- ❑ nee

43. Heeft u sinds uw stopmoment hulpmiddelen of methoden gebruikt bij het stoppen met roken? (meer antwoorden mogelijk)

- ❑ nee, geen hulpmiddelen gebruikt
- ❑ niet-roken cursus of groepstherapie
- ❑ nicotine kauwgom
- ❑ nicotine pleisters
- ❑ nicotine zuigtabletten
- ❑ nicotine microtabs (tabletje voor onder de tong)
- ❑ Zyban (bupropion)
- ❑ Met de huisarts gesproken over stoppen met roken
- ❑ Acupunctuur
- ❑ Lasertherapie
- ❑ Telefonische ondersteuning
- ❑ Folder
- ❑ Boek (bijvorobeeld Allen Carr)
- ❑ andere hulpmiddelen of methodes, namelijk: .....

Nu volgen er vragen over stoppogingen die u ooit ondernam.

44. Heeft u ooit wel eens geprobeerd om te stoppen met roken sinds u begon met regelmatig roken?

- ❑ ja
- ❑ nee (ga door naar vraag 48)

45. Hoe lang heeft de langste periode geduurd waarin u gestopt was met roken (sinds u begon met regelmatig roken)

- ... dagen/weken/maanden/jaren (doorhalen wat niet gewenst is)
- ❑ weet ik niet

46. Hoe lang duurde uw laatste poging om te stoppen met roken?

... dagen/weken/maanden/jaren (doorhalen wat niet gewenst is).

47. Hoe lang geleden was de laatste stoppoging die u 24 uur of langer heeft volgehouden?

.. dagen/weken/maanden/jaren geleden (doorhalen wat niet wordt gewenst)

- ❑ weet ik niet

Achtergrond variabelen

Vragen over rookgewoonte meestal alleen relevant in voormeting.

Nu volgen een paar vragen over uw rookgewoonte.

48. Hoe lang na het ontwaken steekt u uw eerste sigaret of shagje op?

- ❑ binnen 5 minuten
- ❑ 6-30 minuten
- ❑ 31-60 minuten
- ❑ na 60 minuten

49. Vindt u het moeilijk om niet te roken op plaatsen waar het verboden is? (bv. bioscoop, bibliotheek, kerk, school, ziekenhuis)

- ❑ ja
- ❑ nee

50. Welke sigaret of welk shagje zou u het moeilijkst kunnen opgeven?

- ❑ de eerste 's morgens
- ❑ een andere

51. Rookt u in de eerste uren na het opstaan meer per uur, dan gedurende de rest van de dag?

- ❑ ja
- ❑ nee

52. Rookt u als u ziek bent en het grootste deel van de dag in bed ligt?

- ❑ ja
- ❑ nee

53. Hoe oud was u toen u voor het eerst een sigaret uitgeprobeerd hebt?

- ❑ jonger dan 8 jaar
- ❑ 8 jaar
- ❑ 9 jaar
- ❑ 10 jaar
- ❑ 11 jaar
- ❑ 12 jaar
- ❑ 13 jaar
- ❑ 14 jaar
- ❑ 15 jaar of ouder

54. Als u alle sigaretten optelt die u in uw leven hebt gerookt, hoeveel heeft u dan gerookt?

- ❑ 0
- ❑ tussen 0 en 1
- ❑ 1-4
- ❑ 5-24
- ❑ 25-49
- ❑ 50-99
- ❑ 100-149
- ❑ 150-199
- ❑ 200 of meer

Nu een aantal vragen over persoonlijke gegevens.

55. Wat is uw geboortedatum?

.... - .... - ....

56. Wat is uw geslacht?

- ❑ man
- ❑ vrouw

57. Wat is de hoogst genoten, al dan niet voltooide opleiding van de hoofd kostwinner van het huishouden waar u deel van uitmaakt?

- ❑ Lager onderwijs
- ❑ Lager beroeps onderwijs
- ❑ Middelbaar algemeen voortgezet onderwijs
- ❑ Middelbaar beroepsonderwijs
- ❑ Hoger algemeen en voorbereidend wetenschappelijk onderwijs
- ❑ Hoger beroepsonderwijs en wetenschappelijk onderwijs - kandi-daats
- ❑ Wetenschappelijk onderwijs - doctoraal

58. Tot welke beroepsgroep behoort de hoofd kostwinner van het huishouden waar u deel van uitmaakt? (indien hoofd kostwinner niet meer werkzaam is: laatst uitgeoefende beroep invullen)

- ❑ Bedrijfshoofd/directeur bij bedrijf met 10 of meer werknemers
- ❑ Bedrijfshoofd/directeur bij bedrijf met 9 of minder werknemers
- ❑ Zelfstandige beoefenaar hoger vrij beroep, zoals bijv. dokter, advocaat
- ❑ Zelfstandige boer of tuinder
- ❑ Hogere employee/ambtenaar
- ❑ Middelbare employee/ambtenaar

- ❑ Lagere employee/ambtenaar
- ❑ Geschoolde handarbeider
- ❑ Ongeschoolde handarbeider
- ❑ Student/huisvrouw
- ❑ Weet niet/wil niet zeggen

Nu twee vragen over waar u wel en niet kan roken.

59. Op mijn werkplek/het bedrijf waar ik werk:

- ❑ mag overal worden gerookt
- ❑ zijn er afspraken over waar wel en niet kan worden gerookt
- ❑ mag alleen worden gerookt in ruimten die daar speciaal voor zijn aangewezen
- ❑ is er een volledig rookverbod
- ❑ ik heb geen werk

60. Bij mij thuis:

- ❑ mag overal worden gerookt
- ❑ zijn er afspraken over waar wel en niet kan worden gerookt
- ❑ is er een volledig rookverbod

De volgende vragen gaan over stoppen met roken cursussen.

61. Heeft u sinds het invullen van de vorige vragenlijst een stoppen met roken groeps-cursus gevolgd?

- ❑ ja
- ❑ nee (ga door naar vraag 69)

62. Wie organiseerde deze cursus?

- ❑ Thuiszorg/Kruiswerk
- ❑ GGD
- ❑ anders:

63. Uit hoeveel bijeenkomsten bestond de cursus die u volgde?

... bijeenkomsten

64. Hoeveel van deze bijeenkomsten heeft u bijgewoond?

... bijeenkomsten

65. Heeft u het cursusboek gelezen?

- ❑ (bijna) helemaal gelezen
- ❑ meer dan de helft gelezen
- ❑ ongeveer de helft gelezen
- ❑ minder dan de helft gelezen
- ❑ (bijna) niet gelezen

66. Heeft de cursus u geholpen bij uw poging om te stoppen met roken?

- ❑ heel veel geholpen
- ❑ veel geholpen
- ❑ niet veel en niet weinig geholpen
- ❑ weinig geholpen
- ❑ heel weinig geholpen

De volgende vragen gaan over aandacht voor stoppen met roken.

67. Heeft sinds het invullen van de vorige vragenlijst (toelichting over lijst) een of meerdere hulpverlener(s) met u gesproken over stoppen met roken?

- ❑ nee
- ❑ ja, dat was
  - ❑ de huisarts
  - ❑ de tandarts
  - ❑ een specialist
  - ❑ de verloskundige
  - ❑ anders, nl.....

68. Hoe vaak bent u in de media (radio, TV, krant, etc.) in de afgelopen [periode vanaf kritieke moment invoegen] informatie over stoppen met roken tegen gekomen?

- ❑ heel vaak
- ❑ vaak
- ❑ soms
- ❑ nooit
- ❑ weet niet

69. Van welke van de volgende niet-roken acties heeft u wel eens iets gezien, gehoord of gelezen? (opsomming van alle relevante campagne onderdelen invoegen)(meer antwoorden mogelijk)

70. Hoe vaak heeft u (omschrijving van campagne onderdeel) gezien?

- ❑ vaak
- ❑ regelmatig
- ❑ soms
- ❑ nooit

71. Heeft (omschrijving van campagne onderdeel) u geholpen bij uw poging om te stoppen met roken?

- ❑ heel veel geholpen
- ❑ veel geholpen
- ❑ niet veel en niet weinig geholpen
- ❑ weinig geholpen
- ❑ heel weinig geholpen

Toelichting: Voor dit onderzoek kan het mogelijk zijn dat we u nogmaals vragen om een korte vragenlijst in te vullen. Om deze lijst naar uw huis-adres te kunnen sturen, willen we uw naam en adres graag weten.

Naam _____

Straat en nummer _____

Postcode en plaats _____

Deze gegevens die u in deze vragenlijst invulde zullen volgens de Wet Persoonsregistratie worden behandeld. Dat betekent dat na afronding van het onderzoek de persoonsgegevens (namen en adressen) zullen worden vernietigd, dat openbaar gemaakte gegevens de gehele onderzoeksgroep zullen betreffen en niet kunnen worden teruggevoerd op personen, dat er geen persoonlijke gegevens zullen worden doorgegeven aan anderen en dat de adressen niet voor andere doeleinden gebruikt zullen worden dan het versturen van vervolg vragenlijsten in het kader van dit onderzoek. Als u op een later tijdstip besluit dat u de gegevens die u in deze lijst invulde niet meer ter beschikking wilt stellen van de onderzoekers, kunnen deze gegevens na een schriftelijk verzoek worden verwijderd. Richt uw verzoek tot: [gegevens onderzoeksinstantie invoegen].

Hartelijk bedankt voor het invullen van deze vragenlijst.

Bijlage 2

Definities Rookgedrag

Om standaard vragen te kunnen opstellen en gebruiken, is het van belang dat er overeenstemming bestaat over de begrippen en definities. De onderstaande indeling is door de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO, 1998) gedefinieerd.

Elke populatie kan worden verdeeld in rokers en niet-rokers:

A Een roker is iemand die in de 7 dagen voorafgaande aan de meting een of meer sigaretten, shag, sigaren of pijp heeft gerookt.
Rokers kunnen worden geclassificeerd in twee categorieen.

A1 Dagelijkse rokers, die ten minste een keer per dag een tabaksproduct roken.

A2 Incidentele rokers, die in de afgelopen 7 dagen 1 tabaksproduct heeft gerookt, maar niet dagelijks rookt. Deze groep houdt in:

A2.1 Rokers die minderen: rokers die een periode dagelijks hebben gerookt, maar nu niet dagelijks roken.

A2.2 Blijvend incidentele rokers: rokers die nooit dagelijks hebben gerookt, maar meer dan 100 sigaretten (of een equivalent ervan) gedurende hun leven hebben gerookt, hetgeen ongeveer gelijk is aan ooit gedurende tenminste een jaar een of meer tabaksproducten per week roken

A2.3 Experimenteerders: rokers die incidenteel roken en minder dan 100 sigaretten (of een equivalent ervan) gedurende hun leven hebben gerookt (of niet tenminste een jaar een of meer tabaksproducten per week) .

2. Een niet roker is iemand die in de afgelopen 7 dagen voorafgaande aan de meting niet heeft gerookt. Niet rokers kunnen worden ingedeeld in drie categoriëen:

B1 Ex-rokers hebben een periode dagelijks gerookt, maar zijn nu een niet-roker

B2. Nooit rokers hebben 1. nooit gerookt, of 2. zijn ex-experimenteerders

B3 Ex-incidentele rokers zijn nu niet-roker, hebben nooit dagelijks gerookt wel incidenteel, en rookten 100 of meer sigaretten (of een equivalent daarvan) (of tenminste een jaar een of meer tabaksproducten per week).

In de volgende tabel wordt het voorgaande schematisch weergegeven:

	Huidig rookgedrag		
Vroeger rookgedrag	Dagelijks (A1)	Incidenteel (A2)	Niet-roker (B)
Dagelijkse roker	Dagelijkse roker (A1)	Roker die mindert (A2.1)	Ex-roker (B1)
Nooit dagelijks maar meer dan 100 sigaretten (of tenminste een jaar een of meer tabaksproducten/week)	–	Blijvend incidentele roker (A2.2)	Ex-incidentele roker (B3)
Nooit dagelijks en minder dan 100 sigaretten (of niet tenminste een jaar een of meer tabaksproducten/week)	–	Experimenteerder (A2.3)	Nooit roker (B2)
Nooit gerookt	–	–	

Voor het doel van evaluatie van interventies kan de volgende indeling gemaakt worden:

Rokers:	A1 + A2.1 + A2.2 + A2.3
Ooit-rokers:	A1 + A2.1 + A2.2 + A2.3 + B1 + B3
Ooit dagelijkse rokers:	A1 +A2.1 + B1
Ex-roker:	B1 + B3

Buiten de vragen in die in hoofdstuk 3 werden besproken zijn de volgende vragen nodig voor bovenstaande indeling:

B2.1a. Als u alle sigaretten die u in uw leven gerookt heeft bij elkaar telt, zijn dat er dan meer dan 100?

- ❑ ja
- ❑ nee

of:

B2.1b. Heeft u ooit gedurende tenminste een jaar een of meer sigaretten, shagjes, sigaren of pijpen per week gerookt?

- ❑ ja
- ❑ nee

100 sigaretten gerookt gedurende zijn of haar leven, is ongeveer gelijk aan een jaar incidenteel roken (WHO, 1998). Omdat het verschil alleen relevant is voor incidentele en ex-rokers (zie tabel), kan een van beide vragen worden gebruikt. STIVORO gebruikt vraag B2.1b.

Colofon

Samenstelling
Dr. Aart N. Mudde[1]
Dr. Marc C. Willemsen[2]
Dr. Stef Kremers[3]
Prof. dr. Hein de Vries[3]

[1] Open Universiteit Nederland, faculteit Psychologie
[2] STIVORO voor een rookvrije toekomst
[3] Universiteit Maastricht, capaciteitsgroep Gezondheidsvoorlichting

Copyright
STIVORO voor een rookvrije toekomst, 2006

Uitgave
STIVORO voor een rookvrije toekomst,
Postbus 16070, 2500 BB Den Haag

Advies
Dr. M. Chatrou, Universiteit Leiden, vakgroep Klinische Psychologie;
Dr. R. Breteler, Katholieke Universiteit Nijmegen, vakgroep Klinische Psychologie en Persoonlijkheidsleer;
Dr. G. van der Rijt †, Katholieke Universiteit Nijmegen, Instituut voor Massacommunicatie;
Prof. Dr. K. Knol, emeritus hoogleraar Universiteit Groningen;
Dr. M. Pieterse, Universiteit Twente, vakgroep Psychologie;
Dr. A. Dijkstra, Universiteit Groningen, vakgroep Sociale Psychologie;
Dr. S. van der Broucke, Vlaams Instituut Gezondheidsbevordering, Brussel;
Drs. M. Wiebing, STIVORO;
Drs. R.M. van der Meer, STIVORO.