

Emotionele aspecten en gedragsveranderingen bij een bevolkingsonderzoek

DR. T.J. TIJMSTRA EN DRS. B. BIELEMAN*

Eind 1982 werden in Leek 428 mannen van 30-33 jaar opgeroepen voor een bevolkingsonderzoek naar risicofactoren voor hart- en vaatziekten. Twee maanden nadien werd aan alle betrokkenen een vragenlijst gestuurd om inzicht te krijgen in hun motieven om wel of niet deel te nemen, en in de emotionele beleving van de screening door de participanten. De non-participanten noemden uiteenlopende motieven om niet mee te doen; angst speelde daarbij echter vrijwel geen rol. Bij de helft van de participanten werd „iets” gevonden; een groot deel van deze respondenten antwoordde dat men na het onderzoek gezonder was gaan leven. Degenen bij wie geen „afwijking” was gevonden, bleken niet gezonder te leven dan de andere respondenten. De mogelijkheid bestaat dat sommigen van hen de uitslag opvatten als een vrijbrief om een ongezonde leefwijze te continueren.

Inleiding

In het artikel van Sanders e.a in dit nummer wordt bericht over een klein bevolkingsonderzoek naar risicofactoren voor hart- en vaatziekten dat in 1982 heeft plaatsgevonden in de gemeente Leek onder alle mannelijke inwoners van 30-33 jaar.¹ Kort na de screening is een schriftelijke enquête gehouden onder de doelgroep, waarbij twee vragen centraal stonden:

- welke motieven had men om wel of niet deel te nemen aan een dergelijke screening;
- tot welke gedragsveranderingen en emotionele effecten heeft de screening geleid, zowel bij degenen bij wie „iets afwijkends” was gevonden, als bij de „gezond verklaarde” deelnemers?

Methoden

De enquête bestond uit een korte vragenlijst met hoofdzakelijk open vragen.** De formulieren zijn begin 1983, ruim twee maanden na de screening, verzonden. Non-respondenten ontvingen enkele herinneringen en bovendien

* Vakgroep Medische Sociologie, Rijksuniversiteit Groningen.

** Tenzij anders is vermeld, hebben de antwoorden in de paragraaf Resultaten steeds betrekking op open vragen.

is nog een bericht over de enquête in de lokale krant geplaatst.

Resultaten

Van de deelnemers aan de screening zonden 210 mannen (79 procent) de vragenlijst terug; onder de non-participanten bedroeg de respons 56 procent (90 mannen).

De volgende gegevens hebben steeds betrekking op de respondenten.

Motieven om wel of niet deel te nemen

- Van de participanten achtte bijna een derde dit soort onderzoek in algemene zin „belangrijk” voor de gezondheid; 15

procent vermeldde bovendien het belang van een vroege opsporing. Eveneens een derde had deelgenomen, omdat men de screening beschouwde als een mogelijkheid de gezondheidstoestand eens te laten controleren. Voorts noemde 3 procent problemen met de eigen gezondheid, en nog eens 3 procent hart- en vaatziekten in de familie. Tenslotte werd door 14 procent van de respondenten bij deze vraag een weinig zeggend antwoord („omdat ik werd opgeroepen”) of helemaal niets ingevuld.

- Van de non-participanten zijn twee antwoorden beschikbaar, één op een open vraag en één op een vraag met voorgestructureerde antwoorden. In tabel 1 zien we dat dit heeft geleid tot tamelijk verschillende antwoordpatronen. Vooral de hoogte van de eigen bijdrage en het subjectieve oordeel over de eigen gezondheid scoren bij de tweede vraag aanzienlijk hoger.

Desgevraagd antwoordde 84 procent van de non-participanten dat angst „beslist” geen rol had gespeeld bij hun beslissing om niet mee te doen aan de screening; 8 procent antwoordde „nauwelijks” en 4 procent „enigszins”; 3 procent tenslotte antwoordde dat angst wél een belangrijke rol had gespeeld.

Reacties op de uitslag

- Ruim de helft van de participanten zei dat er „iets” was gevonden. De antwoorden op de nadere vraag wat er was gevonden, stemden goed overeen met de resultaten van het klinisch onderzoek (zie tabel 1 bij Sanders e.a.¹). De eerste reacties van deze 107 respondenten waren als volgt:

- 23 procent was van plan zijn gedrag (voeding, leefwijze) te veranderen („Het cholesterolgehalte was te hoog. Dat had ik niet verwacht. Geen echte boter meer, minder kaas, ander vlees”);
- 19 procent had de afwijkende uitslag wel voorzien („Een iets te hoog chole-

Tabel 1 – Table 1. Motieven om niet aan de screening deel te nemen: antwoorden op de open vraag (n = 82) en op de vraag met voorgestructureerde antwoorden (n = 84-87). Percentages – Motives for non-participation in the screening: answers to the open question (n = 82) and to the multiple choice question (n = 84-87). Percentages.

	Open	Multiple choice
Is already having regular check-ups	36	34
Had no time	28	31
Found the required contribution (f 25,-) too high	16	41
Forgotten	13	20
Feels healthy	10	33
Regards screening as meaningless	4	8
Dislikes blood sampling, etc.	–	9
Objects to having to fast in advance	–	6

Synopsis

Tijmstra TJ, Bieleman B. Emotional aspects and behaviour changes associated with mass screening. *Huisarts en Wetenschap* 1985; 28: 204-6.

Introduction. Shortly after mass screening for cardiovascular risk factors among the male population aged 30-33 years in a small rural community in the North of The Netherlands, an enquiry was held among the target group with emphasis on two questions:

- what were the motives for participation or non-participation;
- what were the behaviour changes and emotional effects resulting from the screening.

Methods. The enquiry was held with the aid of a questionnaire with mainly open questions.

Results. Of the mass screening participants 210 men (79 percent) returned the questionnaire; the response of the non-participants was 56 percent (90 men). The following data always pertain to the respondents.

• *Motives for participation or non-participation.* Nearly one-third of the participants regarded mass screening in general as „important” for health; 15 percent in addition mentioned the importance of early detection. Another one-third had participated because they regarded the screening as a chance to have a check-up on their health. Another 6 percent mentioned problems with their own health or cardiovascular diseases in the family.

Two answers of the non-participants are available: one to an open question and one to a multiple choice question. *Table 1* shows that this had led to rather diverse answer patterns. To the pertinent question, 84 percent of the non-participants an-

swered that fear had „definitely” not played a role in their decision not to participate in the screening, whereas only 3 percent answered that fear had indeed played a role.

• *Reactions to the outcome.* Some 50 percent of the participants reported that „something” had been found. Common first reactions of these 107 respondents were: 23 percent intended to change their behaviour (nutrition, way of life); 19 percent had anticipated the deviant outcome; 19 percent reacted with equanimity to the outcome; 19 percent, however, were very surprised about the outcome; 8 percent were startled by the outcome, which had made them anxious or uncertain. The answers also showed that most respondents discerned an unmistakable correlation between the screening outcome and their own way of life.

To the pertinent question, 88 men reported that the screening outcome had prompted them to change their behaviour: 77 men had changed their nutritional pattern (usually less fat), 16 men had started to take more exercise, and 16 men had reduced their alcohol consumption. Five men reported that they had stopped smoking, and ten men that they had begun to smoke less. In 103 respondents „nothing” had been found. To the pertinent question 45 men answered that they interpreted the outcome as a „certificate of healthy behaviour”. *Table 2* shows, however, that the way of life of these men was not evidently healthier than that of the other 255 respondents.

Key-words: Cardiovascular diseases; Emotions; Mass screening; Patient compliance.

Address of authors: Vakgroep Medische Sociologie, Antonius Deusinglaan 1, 9713 AV Groningen, The Netherlands.

Table 2 – Table 2. *Het gezondheidsgedrag van de „gezond verklaarde” en de andere respondenten. Percentages – The health behaviour of the respondents „certified healthy” and the other respondents. Percentages.*

	„Certified healthy” (n=45)	Others (n=255)
Finds his own way of life:		
- (very) healthy	60	51
- neither unhealthy nor healthy	38	43
- (very) unhealthy	2	6
Does or omits things for his health	69	76
Exercises for his health	36	37
Watches his diet for his health	31	49
Smokes cigarettes	42	47
Drinks alcohol:		
- never	9	8
- occasionally (at parties, etc.)	27	29
- regularly (e.g. every weekend)	51	45
- daily	13	18

terolgehalte. Ik wist dat ik weleens te vet voedsel nam”);

- 19 procent reageerde tamelijk lachend op de uitslag („Cholesterol 6,41, triglyceriden 4,05. Ik barstte in lachen uit”);

- 19 procent was daarentegen zeer verbaasd over de uitslag („Te hoog cholesterol gehalte – 6,11. Dat is onmogelijk: ik rook nooit, twee keer in de week voetbaltraining, een keer gymnastiek, ik gebruik geen alcohol”);

- 8 procent tenslotte was geschrokken van de uitslag en was er angstig of onzeker door geworden („Iets te hoog cholesterolgehalte. Dat is niet zo best, mede door het feit dat de ernst van de situatie niet omschreven was. Slechts kille cijfers werden verstrekt”).

Uit de antwoorden bleek verder dat de meeste respondenten een duidelijke samenhang zagen tussen de uitkomsten van de screening en de eigen leefwijze.

• Desgevraagd zeiden 88 mannen dat de uitkomst van de screening voor hen aanleiding was geweest hun gedrag te veranderen: 77 mannen hadden hun voedingspatroon veranderd (meestal minder vet), 16 mannen waren meer aan lichaamsbeweging gaan doen, en nog eens 16 mannen hadden hun alcoholconsumptie verminderd. Tenslotte zeiden vijf mannen dat ze met roken waren gestopt, terwijl tien mannen minder zouden zijn gaan roken.

• Bij 103 respondenten was „niets” gevonden. Niettemin hadden vijf van hen naar aanleiding van de screening besloten hun gedrag te veranderen.

Desgevraagd antwoordden 45 mannen dat zij de uitslag interpreteerden als een „bewijs van gezond gedrag”. Uit *tabel 2* blijkt echter dat deze mannen niet een duidelijk gezonder leefwijze hadden dan de 255 andere respondenten.

Beschouwing

Het ligt voor de hand de uitkomsten van dit onderzoek te vergelijken met de uitkomsten van soortgelijk onderzoek bij screening op kanker. We zien dat bij screening op kanker allerlei met angst en bezorgdheid samenhangende emoties een rol spelen bij het besluit om wél of juist niet deel te nemen.^{2 3} Bij de hier besproken screening op risicofactoren voor hart- en vaatziekten blijken deze emoties van ondergeschikt belang, wat overeenstemt met de uitkomsten van een onderzoek naar de „psychologische neveneffecten” van de Kaunas-Rotterdam Intervention Study.⁴ Men ziet deelname aan de screening vooral als een

mogelijkheid om de algemene gezondheidstoestand eens te laten controleren. Opvallend is voorts dat de uitkomst dat er „iets” aan de hand is, in een zeer groot aantal gevallen leidt tot gezonder gedrag, althans op korte termijn. Een complicatie hierbij is het mogelijke „vrijbrief-effect” bij de deelnemers bij wie geen afwijkingen zijn gevonden, terwijl zij niet gezonder blijken te leven dan de andere respondenten. Met dit effect zal rekening moeten worden gehouden bij het afwegen van de voor- en nadelen van dit soort screeningsprogramma's.

¹ Sanders A, Schipper J, Vermeulen-Knopff Y. Een klein bevolkingsonderzoek naar risicofactoren voor hart- en vaatziekten. Huisarts en Wetenschap 1985; 28: 00.

² Van den Heuvel WJA. Over het bevolkingsonderzoek. In: Sturmans F, red. Verkenningen in de sociale geneeskunde. Nijmegen: Dekker en Van de Vegt, 1981.

³ Van Kampen-Donker M, Spruit IP, De Lezanne Coulander C, e.a. Deelname aan een screeningsonderzoek op borstkanker. Enkele resultaten van het Intermediair jubileumproject. Intermediair 1978; nr. 14: 9-13.

⁴ Reelick NF, Schuurman JH, Van 't Hof MA, De Haes WFM, Appels A. De Kaunas-Rotterdam Intervention Study (KRIS) IX. Psychologische neveneffecten ten gevolge van screening en 5 jaar interventie: meetproblemen en resultaten. Tijdschr Soc Gezondheidszorg 1983; 61: 204-207.

Literatuur bij:

Van Weel C.

Preventie in de huisartspraktijk

[Redactioneel commentaar] (pag. 191)

¹ Van Veen WA. Preventie en praktijkvoering [Redactioneel commentaar]. Huisarts en Wetenschap 1985; 28: 118-20.

² Sanders A, Schipper J, Knopf Y. Een klein bevolkingsonderzoek naar risicofactoren voor hart- en vaatziekten. Huisarts en Wetenschap 1985; 26: 202-3.

³ Tijmstra Tj, Bieleman B. Emotionele aspecten en gedragsveranderingen bij een bevolkingsonderzoek. Huisarts en Wetenschap 1985; 28: 204-6.

⁴ Van Weel C. Anticiperende geneeskunde in de praktijk [Dissertatie]. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam, 1981.

⁵ Van Ree JW. Het Nijmeegse Interventieproject [Dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1982.

⁶ Haynes RB, Sackett DL, Taylor DW, et al. Increased absenteeism from work after detection and labeling of hypertensive patients. N Engl J Med 1978; 299: 741-4.

Bijlage. Het scoringssysteem voor de diagnose IBS van Kruis e.a. (vervolg van pag. 196)

Kruis e.a.⁴ onderzochten een groep polikliniekpatiënten met buikklachten op twee manieren:

- op de gebruikelijke specialistische wijze;
- volgens een basaal onderzoeksschema, aangevuld met een eenvoudige vragenlijst.

Met behulp van multiple regressie-analyse werd vervolgens een weging van de diverse factoren uitgevoerd, waaruit een gewogen scoringssysteem resulteerde (tabel 8). Vervolgens is gekeken welk aantal punten een goed onderscheid tus-

sen het IBS en organische aandoeningen aangeeft. Bij een score van 44 punten bleek de sensitiviteit voor het IBS 64 procent en de specificiteit 99 procent. Bij een lagere score daalde de specificiteit, hetgeen inhoudt dat men meer organische aandoeningen ten onrechte het etiket IBS gaf. De voorspellende waarde van een score van 44 punten was bij de groep patiënten met buikpijn, flatulentie en een wisselend defecatiepatroon 99 procent; in deze polikliniekpopulatie werd bij bovengenoemde klachten in 31 procent van de gevallen de diagnose IBS gesteld.

Tabel 8 – Table 8. Scores voor de diagnose irritable bowel syndrome volgens Kruis e.a. – Scores for the diagnosis irritable bowel syndrome according to Kruis et al.

History	Score
1. Do you come here because of abdominal pain? Are you bothered by flatulence? Are you bothered by irregular defaecation?	34
2. Do your complaints go back more than two years?	16
3. What is the nature of the pain: burning, cutting, violent, terrible, crushing, tedious, dull, moderately severe? ^a	23
4. Do you alternately have constipation and diarrhoea?	14
5. Have you noticed blood in your stools?	- 98
<hr/>	
Examination	
1. Abnormal findings and/or a history characteristic of a diagnosis other than irritable bowel syndrome	- 47
2. Erythrocyte sedimentation rate > 20/mm	- 13
3. Leucocytosis > 10,000/mm ³	- 50
4. Haemoglobin level females < 7.5 mmol/l/males < 8.8 mmol/l	- 98
<hr/>	
Total	

^a Score only if at least one description in the first line or a total of more than two are indicated. A total score of 44 or higher warrants a definite diagnosis of IBS.

Vervolg literatuur pag. 202

⁹ Continue Morbiditeits Registratie NUHI, Werkgroep Epidemiologie in de huisartspraktijk. Gewone ziekten. Nijmegen: Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, 1980.

¹⁰ Derks M, Van Eck R. Terreinverkenningen naar problemen rond geslachtsziekten. Zeist: NISSO, 1978.

¹¹ Van Wijngaarden JK, Wigtersma L. AIDS en de huisarts. Huisarts en Wetenschap 1983; 26: 452-6.

¹² Wemekamp H. Fluor als niet-seksueel overdraagbare aandoening. SOA-bulletin

1982; 3, 16-9.

¹³ Koerselman GF. Geslachtsziekte-hypochondrie. SOA-bulletin 1984; 5 (3): 2-4.

¹⁴ Van Ulsen J. Nieuwe snelle diagnostische methoden voor het aantonen van Neisseria gonorrhoea en Chlamydia trachomatis. SOA-bulletin 1984; 5 (1): 15.

¹⁵ Stolz E, Michel MF. De therapie van infecties door Neisseria gonorrhoea. SOA-bulletin 1983; 4: 14-7.

¹⁶ Van Everdingen JJE, Dumas AM, Coutinho RA. Herpes genitalis. Ned Tijdschr Geneesk 1984; 128: 2270-5.

¹⁷ Schadé E, Walig C. Microbiologie. Een handleiding voor de huisartspraktijk. Amsterdam, Brussel: Elsevier, 1985.