

Patiëntenvoorlichting via internet

In hoeverre zijn cliënten van de Verloskundige Stadspraktijk overtuigd van de online aangeboden voedingsvoorlichting door deze praktijk?

Een onderzoek naar het gebruik van verschillende argumentatievormen en mogelijkheden voor tailoring op basis van lezereigenschappen



Marit Janssen

UMCG, Verloskundige Stadspraktijk
Vrije universiteit Amsterdam, Communicatie en
Informatiewetenschappen, Gezondheidscommunicatie



Groningen, mei 2010

In hoeverre zijn cliënten van de Verloskundige Stadspraktijk overtuigd van de online aangeboden voedingsvoorlichting door de praktijk?

Een onderzoek naar het gebruik van verschillende argumentatievormen en mogelijkheden voor tailoring op basis van lezereigenschappen

Groningen, mei 2010

Auteur

Marit Janssen

Afstudeerscriptie in het kader van

Communicatie- en Informatiewetenschappen,
Gezondheidscommunicatie
Vrije universiteit Amsterdam

Opdrachtgever

H. Stam, manager
Verloskundige Stadspraktijk Groningen

Begeleiders

mw. dr. José Sanders
Vrije universiteit Amsterdam

Begeleider UMCG

dr. J. Pols, arts-onderwijskundige
Studentenbureau UMCG

ISBN 978-90-8827-071-0

NUR 814 PR & Voorlichting

Trefw voedingsvoorlichting, voeding, zwangerschap, communicatie, voorlichting, Verloskundige Stadspraktijk

Omslag: Wenckebach Instituut, Universitair Medisch Centrum Groningen

© 2010 Studentenbureau UMCG Publicaties Groningen, Nederland.

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen, of enige andere manier, zonder voorafgaande toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16B Auteurswet 1912 j° het Besluit van 20 juni 1974, St.b. 351, zoals gewijzigd in Besluit van 23 augustus 1985, St.b. 471 en artikel 17 Auteurswet 1912, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprerecht. Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) dient men zich tot de uitgever te wenden.

Voorwoord

In augustus 2009 begon ik aan mijn laatste studieonderdeel: de masterscriptie. Na een stage bij de Verloskundige Stadspraktijk Groningen, wist ik dat ik me wilde bezig houden met voorlichting over voeding aan zwangere vrouwen. Ik heb een aantal keren mogen meelopen met intakes en verdere consulten tussen verloskundigen en zwangere vrouwen. Vrouwen die in de praktijk kwamen waren vanzelfsprekend zwanger, maar verschilden onderling bijvoorbeeld sterk in afkomst, opleidingsniveau, leeftijd en ervaring met zwangerschap. In de spreekkamer valt hierop af te stemmen, maar als het om online voorlichting gaat, krijgt iedereen dezelfde informatie aangeboden. Hierop besloot ik om online op de website van de Verloskundige Stadspraktijk (VSP) aangeboden voedingsadviezen te evalueren en ook verbeter suggesties voor optimalisering van de teksten te formuleren, zodat mijn scriptie ook nuttig zou zijn voor de VSP en haar cliënten.

Het afstudeertraject in het UMCG heb ik als zeer leerzaam ervaren. Ik heb de nodige (obstetrische) kennis heb opgedaan – wie weet of dit in de toekomst nog van pas komt - in het grootste UMC van Nederland. Wel vergt een grote organisatie als een universitair medisch centrum het nodige geduld. Zo moest mijn vragenlijst worden goedgekeurd door de medisch-ethische toetscommissie en duurde het een aantal maanden voordat ik voldoende respondenten voor mijn vragenlijst had verzameld om zinnige uitspraken te doen over het voorlichtingsmateriaal. Ter aanvulling op de vragenlijsten, waardoor de teksten geëvalueerd konden worden, heb ik 7 respondenten geïnterviewd. Het was een opluchting om voor die momenten mijn pc te verlaten en op pad te mogen om zwangere dames te ondervragen. Ik heb dit als het leukste onderdeel van mijn scriptie ervaren.

Het invoeren en verwerken van de data, vooral de kwantitatieve data in SPSS bleek een ander verhaal. Dit had ik nooit tot een goed einde kunnen brengen zonder de hulp van Maria Mos, mijn eerste begeleidster, die als telefonische vraagbaak fungeerde wanneer ik hopeloos naar de *errors* op mijn beeldscherm zat te staren. Van Joyce Lamerichs heb ik zeer prettig commentaar ontvangen op mijn theoretisch kader en evenzo waardevolle feedback op mijn interviews en de interpretatie van mijn kwalitatieve resultaten. Een dankwoord is ook op zijn plaats voor mijn familie en gaat vooral uit naar mijn moeder, die me inprentte dat ik er bijna was en vol moest houden. Ik bedank bij deze mijn vriendinnen voor hun steun en begrip in tijden dat ik meer met mijn scriptie bezig was dan goed was. Mijn huisgenoten bedank ik tot slot voor het feit dat ze zich naar mij schikten wanneer ik weer eens naar Amsterdam moest en niet kon koken.

Marit Janssen

Mei 2010

INHOUDSOPGAVE

SAMENVATTING	1
1 INTRODUCTIE	3
2 THEORETISCH KADER	5
2.1. VOORLICHTING.....	5
2.2 MIDDELEN VOOR OVERTUIGING IN VOORLICHTING.....	6
2.3 GEZONDHEIDSVORLICHTING VIA INTERNET.....	7
2.3.1 De opkomst van internet als bron voor medische informatie: een achtergrond.....	7
2.3.2 Kansen en gevaren van gezondheidsvoorlichting op internet.....	8
2.4. DE ZWANGERE VROUW EN HAAR INFORMATIEBEHOEFTE	10
2.5 SOCIAALECONOMISCHE STATUS EN GEZONDHEIDSVERSCHILLEN.....	13
2.5.1 Gezondheidsverschillen als gevolg van sociaaleconomische status.....	13
2.5.2 Voeding tijdens de zwangerschap	14
2.5.3 Zwangerschap en alcoholgebruik.....	14
2.6 COMMUNICATIE OP MAAT	15
2.6.2 Tailoring van voedingsinformatie.....	16
2.7 HYPOTHESEN.....	16
3 METHODEN	19
3.1 ONDERZOEKSMATERIAAL	19
3.1.1 De drie teksten.....	19
3.1.2 Doelgroep.....	20
3.2 VARIABELEN.....	20
3.3 ONDERZOEKSMETHODEN	20
3.3.1 Vragenlijsten	20
3.3.2 Interviews	22
3.4 PROEFPERSONEN.....	22
4 RESULTATEN	25
4.1 PREANALYSES	25
4.1.1 Functionele analyse	25
4.1.2 Argumentatieanalyse	28
4.2 KWANTITATIEVE RESULTATEN.....	33
4.2.1 onderzoeksgroep	33
4.2.2 Beschrijvende resultaten	33
4.2.3 Toetsen en verbanden.....	34
4.3 KWALITATIEVE RESULTATEN.....	37
4.3.1 Inleiding.....	37
4.3.2 Voedingsinformatie verstrekt door de verloskundige.....	37

4.3.3 Het zoekgedrag tijdens de zwangerschap.....	39
4.3.4 Inschatting van de betrouwbaarheid in van de gevonden informatie	41
4.2.5 Evaluatie van de 3 teksten	42
4.2.6 Samenvatting	46
5 CONCLUSIE EN DISCUSSIE.....	49
5.1 ONDERZOEKSVRAAG EN DOELEN.....	49
5.2 VOEDINGSVOORLICHTING DOOR DE VERLOSKUNDIGE EN HET ZOEKGEDRAG VAN DE CLIËNT	50
5.3 EVALUATIE VAN DE DRIE TEKSTEN	51
5.4 SUGGESTIES VOOR TEKSTOPTIMALISATIE	54
6 LITERATUUR.....	57
BIJLAGE 1 HET ONDERZOEKSMATERIAAL: DE DRIE TEKSTEN.....	63
BIJLAGE 2 VRAGENLIJST, VERSIE VSP.....	71
BIJLAGE 3 VRAGENLIJST, VERSIE UMCG	74
BIJLAGE 4 FORMAT SEMIGESTRUCTUREERD INTERVIEW	84
BIJLAGE 5 AANBEVELINGEN VERLOSKUNDIGE STADSPRAKTIJK.....	85

Samenvatting

Vrouwen ontwikkelen tijdens hun zwangerschap een grote informatiebehoefte en gaan veelvuldig (op internet) op zoek naar zwangerschapsgelateerde informatie over voeding en gezondheid. Het zoekgedrag neemt vooral toe wanneer vrouwen voor het eerst zwanger zijn.

In deze scriptie werden een drietal online teksten over voeding tijdens de zwangerschap geëvalueerd met behulp van een vragenlijst en zevental interviews. De evaluatie van het voorlichtingsmateriaal diende als basis voor de verbeter suggesties voor optimalisering van de teksten die uiteindelijk gedaan werden. De teksten over voeding zijn zowel informatief als persuasief van aard. Informatief, omdat het de lezer inzicht geeft in de schadelijkheid van bepaalde producten en gewoonten tijdens de zwangerschap. Persuasief omdat het tekstdoel overtuigen is: mensen worden aangespoord tot gezond gedrag. Een middel omvat het noemen van voordelen van het gewenste gedrag of het noemen van nadelen van het ongewenste gedrag. Het concretiseren van nadelige effecten door middel van 'fear appeals' is een ander veelgebruikt middel bij overtuigende teksten.

In dit onderzoek is ten eerste gekeken naar de effecten van verschillende representaties van argumentatie op lezerwaardering en –overtuiging. Hiertoe werden drie teksten die voedingsadviezen bevatten opgenomen in de vragenlijst: (1) 'Mag ik alles eten tijdens mijn zwangerschap?', (2) 'Waarom moet ik oppassen met rauw vlees en rauwe melk?' en (3) 'Hoe schadelijk is alcohol als ik zwanger ben?' Elke onderzochte tekst bevatte weliswaar een advies, maar de teksten verschilden onderling in hun aanwezigheid en uitgebreidheid van argumentatie. Zo waren in tekst één geen argumenten opgenomen, bevatte tekst twee een enkel argument en werden in de derde tekst zes argumenten aangetroffen. Het bleek dat lezers tekst 1 het minst waardeerden (lezers gaven een gemiddelde waardering van

5,5 punten op basis van een 7-punts Likert-schaal) en de meeste waardering hadden voor tekst 3 (6,4). Tekst 2 werd gewaardeerd met het cijfer 5,9. De lezerovertuiging van de drie teksten kende eenzelfde tendens, namelijk een score van 5,7 voor tekst 1, een 6,4 voor tekst 2 en een 6,5 voor tekst 3. De verschillen tussen de teksten waren zowel voor waardering als voor overtuiging significant. De kwalitatieve resultaten ondersteunden de kwalitatieve resultaten. De geïnterviewde vrouwen beoordeelden teksten waarin gebruik werd gemaakt van argumentatie positiever dan de tekst waarin geen gebruik werd gemaakt van argumentatie, omdat ze door de gegeven argumenten beter een afweging konden maken voor het opvolgen van het betreffende advies dat gegeven werd in de tekst.

Het lijkt belangrijk om bij het ontwerpen van voorlichting rekening te houden met statusverschillen. Daarom werd in deze scriptie verder onderzocht of opleidingsniveau en ervaring met zwangerschap van invloed waren op de waardering en overtuiging ten aanzien van de voedingsvoorlichting. Het opleidingsniveau ten eerste is verbonden aan iemands sociaaleconomische status. Hoogopgeleiden hebben vanwege hun opleidingsniveau vermoedelijk een grotere informatiebehoefte dan hun laagopgeleide groepsgenoten. Er bleek echter geen significant verschil aanwezig te zijn in lezerwaardering en –overtuiging tussen laag- en hoogopgeleiden. Tot slot werd gekeken of vrouwen met en zonder ervaring voorlichting anders evalueerden. Vrouwen hebben een sterk verhoogde informatiebehoefte bij een eerste zwangerschap. De verwachting was dat vrouwen die voor het eerst zwanger waren de informatie kritischer beoordeelden en de teksten daardoor minder zouden waarderen en minder overtuigd zouden zijn van de adviezen. Het bleek echter geen verschil te maken of vrouwen voor het eerst zwanger waren of niet. De interviews lieten zien dat vrouwen die al ervaring hadden met zwangerschap minder op zoek gingen naar informatie. Het is echter van

groot belang dat ook de groep vrouwen met zwangerschapservaring zich huidige adviezen over voedingsrichtlijnen tijdens de zwangerschap eigen maakt, omdat adviezen aan veranderingen onderhevig kunnen zijn.

De teksten over voeding tijdens de zwangerschap hoeven dus niet geoptimaliseerd te worden als het gaat om de lezerkenmerken opleidingsniveau en ervaring met zwangerschap. Wellicht zijn er andere kenmerken waarop het voorlichtingsmateriaal getailored kan worden, zodanig dat de voorlichting beter wordt gewaardeerd door zwangeren en zij meer overtuigd zullen zijn van de boodschap. Het is wel raadzaam om bij het geven van adviezen te allen tijde gebruik te maken van argumentatie. Uit het onderzoek bleek dat men meer overtuigd was van voorlichting naarmate er meerdere argumenten waren opgenomen. Dit hangt waarschijnlijk ook samen met het onderwerp van de tekst: alcohol. Van alcohol zijn de schadelijke effecten namelijk meer bewezen en ook meer omstrede dan de gevolgen bij het eten van bepaald voedsel.

1 Introductie

'To generalize is to be an idiot' – William Blake

In dit onderzoek worden bestaande voorlichtende teksten afkomstig van de Verloskundige Stadspraktijk Groningen (VSP) geëvalueerd. Het online voorlichtingsmateriaal wordt ingezet bij de voorlichting aan zwangere vrouwen en geeft informatie over voeding tijdens de zwangerschap. Er is gekozen voor het onderwerp voeding, ten eerste omdat voeding een basisbehoefte betreft en mensen al een verhoogde interesse hebben in het onderwerp (Férmendez-Celemín & Jung, 2006). Dit geldt in het bijzonder voor vrouwen. Als het op gezondheidsvoorlichting aankomt, is voeding een thema waarnaar veelvuldig wordt gezocht (De Nooijer et al, 2005). Tijdens hun zwangerschap overdenken vrouwen ten slotte hun eigen leefstijl op het gebied van voeding, omdat ze naast het verantwoordelijk zijn voor hun eigen lichaam, er nog een nieuwe taak bij krijgen: de verantwoordelijkheid voor hun ongeboren kind. Hierdoor ontstaat een grote informatiebehoefte ten aanzien van voeding en zwangerschap (Swajcer et al, 2008).

Gezondheidsvoorlichting laat nogal eens te wensen over (zie bijvoorbeeld De Nooijer et al, 2005), zo ook binnen de setting van verloskundige praktijken (Waelput & Achterberg, 2007). Nationale en internationale cliëntonderzoeken laten zien dat zowel de kwaliteit van de relatie met de verloskundige als de informatievoorziening bepalende factoren zijn voor de tevredenheid van zwangere cliënten. De informatievoorziening staat hierbij zelfs bovenaan de lijst van verbeterpunten¹. Deze scriptie haakt in op de afstemming van de informatievoorziening door de verloskundige praktijk aan haar cliënten. Tot nog toe is er weinig

onderzoek gedaan naar voedingsvoorlichting en het nut van voorlichtingsmateriaal over dit onderwerp in de setting van de verloskundige praktijk (zie hiervoor bijvoorbeeld Harvey & Fleming, 2003).

De voorlichting zal worden onderzocht is afkomstig van internet. Het medium internet groeit nog steeds en blijkt over een bron van informatie voor gezondheidsdoeleinden te beschikken. Gezondheidsinterventies via internet zijn in Nederland sterk in opkomst en deze informatie trekt veel aandacht (De Nooijer et al, 2005). Consumenten en patiënten gaan zowel voorafgaand aan hun bezoek als na hun consult met de specialist massaal op zoek naar gezondheidsinformatie (zie voor cijfers: Sillence et al., 2007; Fox et al, 2000; Taylor & Leitman, 2002). Hoewel internet kansen biedt als het gaat om gezondheidsvoorlichting, liggen er ook serieuze gevaren op de loer. Ten eerste is niet alle informatie via internet betrouwbaar. Niet alle lezers zijn daarnaast in staat om informatie te beoordelen op betrouwbaarheid (Henwood et al, 2003). Onderzoekers weten echter nog weinig van de middelen die lezers gebruiken om informatie op waarde te schatten (Sillence et al, 2007) en de mate waarin mensen onderling verschillen in hun capaciteiten om betrouwbare informatie te achterhalen (Henwood et al, 2003). Onderzoekers stellen dat online gezondheidsvoorlichting meer en beter geëvalueerd dient te worden, omdat er nog onvoldoende kennis is over of gezondheidsinterventies via internet effectief zijn en onder welke condities dit het geval is (De Nooijer et al, 2005).

Naast de gevaren biedt internet ook kansen als het gaat om gezondheidsdoeleinden (zie hiervoor hoofdstuk 2, paragraaf 2.2.2). Voorlichting via internet biedt verschillende kansen en mogelijkheden en dat blijft niet onopgemerkt bij patiënten. Eerder onderzoek onder cliënten van de VSP (Wagemakers et al, 1999) toonde aan dat hun cliënten geen uitzondering vormden op de toenemende behoefte om gezondheidsgerelateerde informatie op internet op te zoeken. Blijkbaar is de informatiebehoefte van vrouwen

¹ Deze uitspraken werden gedaan op basis van een in 2008 extern uitgevoerd onderzoek naar de informatievoorziening binnen de VSP aan cliënten. Het onderzoeksrapport is niet openbaar toegankelijk.

groter dan de informatie die zij ontvangen. Zij verschillen vermoedelijk onderling wel in hun informatiebehoefte, want de onderzochte groep cliënten van de VSP verschilde in hun mate van tevredenheid over de informatievoorziening door de praktijk. Daarom kijkt deze scriptie in hoeverre de voorlichting ten aanzien van het veelgezochte onderwerp voeding tijdens de zwangerschap voldoet aan de eisen van de verschillende cliënten. Dit onderzoek kijkt in hoeverre zwangere vrouwen van elkaar verschillen als het gaat om hun informatiebehoefte. Fernández-Celemín en Jung (2006) stellen hiertoe het volgende: 'Not all consumers are the same. So one size fits all does not work in nutrition communication' (Fernández-Celemín & Jung, 2006: 86).

Deze studie onderzoekt een drietal bestaande teksten over voeding en alcohol tijdens de zwangerschap onderzocht door middel van vragenlijstonderzoek en aanvullende interviews met zwangere vrouwen. Het onderzoeksmateriaal is afkomstig van de website van de Verloskundige Stadspraktijk Groningen². Deze scriptie dient twee doelen: ten eerste het evalueren van de teksten en ten tweede het doen van aanbevelingen voor optimalisatie van de teksten. Voor de evaluatie van de teksten gebruikt het onderzoek vooral onderzoeksvragenlijsten, maar ook interviewresultaten spelen een rol. Voor de tweede doelstelling, gelden de interviews als belangrijkste bron. Ook hier geldt dat de resultaten verkregen uit de vragenlijst ondersteunend zijn aan de output van de interviews.

De online teksten bevatten allen een advies en in twee van de drie teksten worden deze adviezen ondersteund aan de hand van argumentatie. Deze teksten verschillen echter in hun uitgebreidheid van argumentatie: één tekst maakt gebruik van enkelvoudige argumentatie (argumentatie door het gebruik van één enkel argument), terwijl de andere tekst meerdere argumenten aanvoert ter overtuiging. Het achterhaald welke voorkeur lezers hebben ten aanzien van het gebruik van argumentatie in voorlichtende teksten.

Ook tracht dit onderzoek eventuele verschillen in de attitude tegenover teksten tussen verschillende doelgroepen in kaart te brengen. Zwangere vrouwen evalueren het onderzoeksmateriaal door enerzijds te kijken naar het tekstinhoudelijke aspect argumentatie en anderzijds door persoonsafhankelijke kenmerken zoals sociaaleconomische status en ervaring met zwangerschap. Het meenemen van lezerkenmerken is zinvol, omdat niet elke lezer op dezelfde wijze door een tekst beïnvloed wordt (Das, De Wit & Stroebe, 2003). Het afstemmen van boodschappen op de achtergrond van individuen of groepen noemt men ook wel 'communicatie op maat' of 'tailoring'. Door afwegingen te maken omtrent het gebruik van argumentatie en door de informatie zoveel mogelijk toe te spitsen op de verschillende gebruikers, kan men de voorlichting over voeding door de Verloskundige Stadspraktijk nog verder verbeteren. De onderzoeksvraag die centraal staat luidt dan als volgt: *Hoe kan de online voorlichting van de Verloskundige Stadspraktijk over voeding tijdens de zwangerschap worden geoptimaliseerd, rekening houdend met zowel tekstinhoudelijke aspecten als lezerskenmerken?*

Hoofdstuk 2 introduceert de theorie die de basis vormt voor dit onderzoek. Het hoofdstuk sluit af met het noemen van de hypothesen, opgesteld op basis van de literatuur. Hoofdstuk 3 geeft de methoden weer. In het vierde hoofdstuk komen de resultaten aan bod, waarna hoofdstuk 5 'Conclusie en discussie' een antwoord geeft op de onderzoeksvraag.

² www.verloskundigestadspraktijk.nl

2 Theoretisch kader

2.1. Voorlichting

In dit onderzoek staat een drietal online teksten centraal, die vallen onder de praktijkvoorlichting van de Verloskundige Stadspraktijk. In dit eerste hoofdstuk zet ik allereerst uiteen wat precies onder voorlichting wordt verstaan en aan welke eisen het moet voldoen om effectief te kunnen zijn. Ook ga ik specifiek in op de context en doelen van online of schriftelijk voorlichting.

Voorlichting is geen eenduidig begrip. Volgens Kerstens en Seesink (2009) houdt voorlichting het volgende in: 'Het [...] bijbrengen van vaardigheden en aankweken van houdingen, met de bedoeling bij te dragen tot het verbreden van gedragspatronen en leefstijlen die de gezondheid van mensen bevorderen' (Kerstens & Seesink, 2009: 101). Bij voorlichting moeten doelen worden gesteld; de zender dient zich ten allen tijde af te vragen wat hij met de voorlichting wil bereiken. Kerstens en Seesink (2009) onderscheiden drie hoofddoelen van voorlichting (1) het kennisdoel, (2) het houdingsdoel en (3) het gedragsdoel. Het kennisdoel omvat het vergroten van kennis; dit is pure informatieoverdracht. Het vergroten van kennis stelt de zorgvrager (beter) in staat om te anticiperen op bijvoorbeeld een levenswijze of ingreep. Volgens Celemín en Jung (2006) leidt het toegenomen aanbod aan (gezondheids)voorlichting niet tot een exponentiële toename in kennis bij de lezer, maar stelt het hem of haar (beter) in staat tot het maken van keuzes omtrent gezondheid. Het tweede doel omvat de houding van de zorgvrager, zoals angst, interesse en motivatie. Bij het derde doel, het gedragsdoel, gaat om het veranderen van gedrag door het oefenen van een vaardigheid. Het gedragsdoel stelt de vraag: wat gaat de zorgvrager als gevolg van de voorlichting doen of laten? Het laatst genoemde doel zal centraal staan in dit onderzoek naar de werking van overtuigende teksten.

Gedragsdoelen kennen een *appellerende functie*: er wordt een beroep gedaan op de ontvanger om iets te doen of te laten (Röling, 1994).

Teksten zoals de online voorlichtingsteksten op de website van de Verloskundige Stadspraktijk, behoren tot het voorlichtingsmateriaal dat gekenmerkt wordt door een naslagfunctie. Schriftelijk materiaal, zoals een voorlichtingsbrochure, wordt vaak meegegeven wanneer het onderwerp eerst mondeling is geïntroduceerd. Schriftelijk materiaal – dit geldt ook voor online materiaal – is dus ondersteunend aan mondelinge voorlichting. Schriftelijke communicatiemiddelen worden dikwijls ingezet om het kennisniveau van de lezer te vergroten of informatie te herlezen. Ook wordt dergelijk materiaal ingezet om (mondelinge) denkbeelden te corrigeren (Kerstens & Seesink, 2009). Het corrigeren van denkbeelden is nodig wanneer over een bepaald onderwerp verschillend gesproken wordt door media, omgeving en specialisten. Een informatiebrochure kan hierover uitsluitend geven. Tenslotte kunnen schriftelijke middelen worden ingezet om mogelijkheden voor visualisatie te ondersteunen. In schriftelijk communicatiemateriaal worden dikwijls visualisaties opgenomen, zoals schema's en afbeeldingen, welke veelal ondersteunend zijn aan de tekst. Volgens Givaudan et al (2002) helpen brochures om complexe informatie makkelijker te begrijpen.

Verloskundigen hechten grote waarde aan schriftelijke informatiebrochures die vrouwen thuis kunnen doorlezen (Wagemakers et al, 1999). Het is echter maar de vraag of vrouwen ook inderdaad iets doen met de meegekregen informatie. De effecten van dergelijke schriftelijke voorlichting blijven in de ogen van gezondheidsprofessionals onzeker (Johnson, 1999; Johnson & Sandford, 2005). Behalve twijfels of het communicatiemateriaal daadwerkelijk wordt gelezen en indien dit het geval is, wat de effecten zijn,

kleven er nog aantal nadelen aan schriftelijke voorlichting. Een nadeel van schriftelijk materiaal zoals folders en brochures is dat deze middelen laag scoren als het gaat om het opwekken van interesse bij de lezer, het beïnvloeden van ideeën en het veranderen van gedrag. Bovendien kent schriftelijke voorlichting geen mogelijkheden voor het toespitsen van specifieke informatie op de ontvanger. Dit fenomeen wordt ook wel 'tailoring' genoemd, een term die in de gezondheidsvoorlichting in opkomst is. Hierover handelt paragraaf 6: communicatie op maat.

In deze paragraaf werden de verschillende doelen die voorlichting kan hebben, uiteengezet. In deze scriptie wordt vanuit tekstinhoudelijk oogpunt de nadruk gelegd op de appelerende functie: lezers ertoe aansporen om iets te doen of te laten. Gedragsverandering is niet gemakkelijk te bewerkstelligen (Harrabin et al, 2003). De lezer gaat zich niet zomaar anders gedragen. Hier is overtuiging voor nodig. In de volgende paragraaf wordt ingegaan op het gebruik van argumentatie in (gezondheids)voorlichting en de effecten van verschillende vormen van argumentatie.

2.2 Middelen voor overtuiging in voorlichting

Veel medische publiekscommunicatie is gericht op gedragsverandering (Das, De Wit & Stroebe, 2003). Gedragsverandering kan enkel plaats vinden wanneer mensen worden overtuigd van het nut van ander, gezond gedrag. Argumentatie speelt dan ook een grote rol in gezondheidscommunicatie.

Voorlichting bevat argumentatie om mensen te overtuigen en valt daarom onder persuasieve communicatie. 'Persuasieve communicatie' is volgens Miller (1980) 'een boodschap die gericht is op het vormen, bekrachtigen of veranderen van de respons van een persoon'. De zender heeft als doel dat mensen hun gedrag gaan veranderen. Voorlichting is niet alleen persuasief, maar kent ook een informatief karakter. Informatieve teksten zijn volgens Galjaard (1997) voorzien van informatie die inzicht geeft in bepaalde mogelijkheden, kansen en risico's. Lezers bepalen of ze een

mening vormen, een keuze maken, een gedrag volhouden of andere gewoonten vormen. Door nadelen van het ongewenste gedrag te geven en voordelen van het gewenste gedrag, worden lezers aangespoord om gezond gedrag te gaan vertronen, zoals minder roken of matiger drankgebruik. Argumentatie aan de hand van voor- en of nadelen wordt ook wel 'pragmatische argumentatie' genoemd (Hornikx, 2003). Hierbij wordt geredeneerd van gevolg naar oorzaak. Pragmatische argumentatie wordt veel gebruikt in overtuigende teksten (Hornikx, 2003). Hoewel pragmatische argumentatie veel gebruikt wordt om gedragsverandering tot stand te brengen, wordt de onwenselijkheid van de gevolgen binnen persuasieve voorlichting volgens Schellens en De Jong (2000) zelden nadrukkelijk ondersteund.

Argumenten verschillen niet alleen in hun soort, maar ook in hun uitgebreidheid. Zo onderscheiden Schellens en Steehouder (2008) enkelvoudige en meervoudige argumentatie. Vaak wordt in argumentatie meer dan één standpunt of gegeven gepresenteerd (Schellens & Steehouder, 2008). Een overtuigende tekst bevat altijd ten minste één standpunt: het centrale standpunt. Uitgebreide argumentatie kent tussen- en eindstandpunten. Standpunten worden doorgaans beargumenteerd aan de hand van één of meerdere argumenten. Argumenten kunnen in een tekst onderling afhankelijk van elkaar zijn (twee of meer gegevens hebben elkaar nodig om het argument compleet te maken) of onafhankelijk (hiervan is sprake wanneer twee of meer gegevens elk een zelfstandig argument voor het standpunt vormen).

Naast verschillen in uitgebreidheid, verschillen argumenten ook op basis van concreetheid. Risico's kunnen in algemene zin gepresenteerd worden (het drinken van alcohol heeft *een slechte invloed* of is *schadelijk*) of juist erg bekrachtigd, waarbij gebruik wordt gemaakt van 'fear appeal' (Das, De Wit & Stroebe, 2003). De onderzoekers stellen in hun artikel dat zogeheten fear appeals - die een sterk beroep doen op angstgevoelens - in het verleden veel gebruikt werden binnen de gezondheidseducatie (Das, De Wit & Stroebe, 2003).

De mate waarin een lezer overtuigd raakt van een tekst, hangt af van verschillende eigenschappen van de lezer. Zo is de betrokkenheid van de lezer van invloed. Wanneer een lezer betrokken is bij het onderwerp, zou hij minder snel overtuigd zijn en meer weerstand bieden dan een lezer die niet bij het onderwerp betrokken is (Chen et al, 1992).

Binnen de sociale psychologie wordt de Protectie Motivatie Theorie (PMT; Rogers, 1975) gebruikt om gezondheidsgedrag te voorspellen bij interventies. Volgens dit model zijn mensen geneigd zich tegen een gezondheidsrisico te beschermen als ten eerste het risico groot is en ten tweede het aanbevolen gedrag effectief is. Voorlichting dient daarom de ernst en risico's van het ongezonde gedrag te benadrukken en een positieve uitwerking van de oplossing te geven. Uit onderzoek is gebleken dat de kwaliteit van de gepresenteerde argumenten doorslaggevend is voor het gedrag van de lezer. Tot slot is voorlichting effectiever naarmate de consument meer vertrouwen heeft in de afzender van de boodschap (Slovic, 2000).

De volgende paragraaf haakt op gezondheidsvoorlichting via het medium internet, waarvan het onderzoeksmateriaal afkomstig is.

2.3 Gezondheidsvoorlichting via internet

Deze paragraaf gaat specifiek in op gezondheidsvoorlichting via internet en schetst een achtergrond bij het toenemende gebruik van internet voor gezondheidsdoeleinden (paragraaf 2.3.1). Vervolgens komen kansen en gevaren van gezondheidsvoorlichting via internet aan de orde (paragraaf 2.3.2).

2.3.1 De opkomst van internet als bron voor medische informatie: een achtergrond

Internet is tegenwoordig een belangrijke, zo niet onmisbare bron als het gaat om het vergaren van gezondheidsinformatie- en advies. Het aanbod aan gezondheidsinformatie is

de laatste jaren sterk toegenomen (Fernández-Celemín & Jung, 2006). Steeds meer mensen ontdekken internet als informatiebron voor talloze medische informatie. Onderzoeken wijzen uit dat tachtig procent van de Amerikaanse volwassen bevolking op internet op zoek gaat naar medisch advies, tegen zestig procent van de volwassenen in Europa (Sillence et al., 2007; Taylor & Leitman, 2002).

De invloed van internet op de manier waarop mensen omgaan met gezondheid en ziekte is volgens Lamerichs (2008) groot. Er zijn bovendien grote verschillen aanwezig in de manier waarop patiënten internet raadplegen. Verschillende onderzoeken laten zien dat patiënten veelvuldig het medium internet gebruiken om aan medische informatie te komen (Tuffrey and Finlay, 2002; Dhillon et al, 2003; Bernhardt and Felter, 2004; Jeannott et al, 2004). Deze tendens hangt samen met het feit dat men zich tegenwoordig meer zorgen maakt over zijn of haar gezondheid (Fernández-Celemín & Jung, 2006).

Toename van het internetgebruik voor gezondheidsdoeleinden heeft geleid tot verschillende onderzoeken naar online interventies. Zo deden De Nooijer et al (2005) onderzoek naar gezondheidsbevordering via internet in Nederland. Doel van hun studie was om bestaande kennis op het gebied van effectiviteit van internetinterventies te delen en nieuwe inzichten op te doen in het kader van gezondheidsbeleid. De onderzoekers richtten zich op websites die een raakvlak hadden met onder andere voeding, bewegen, roken en alcoholconsumptie. Uit de systematische review van De Nooijer et al (2005) blijkt dat het medium binnen het kader van gezondheidsinformatie door volwassenen het vaakst werd geraadpleegd ten behoeve van informatie over symptomen en behandelmethoden van bepaalde ziekten, gevolgd door informatie over voeding en bewegen. Vrouwen en mannen hebben voorkeur voor verschillende onderwerpen: terwijl mannen zich op internet meer bezig houden met hoe ze hun gezondheid kunnen bewaken, blijken vrouwen meer geïnteresseerd in het thema voeding (De Nooijer et al, 2005). Het toegenomen aanbod aan gezondheidsinformatie leidt niet tot een expo-

nentiële toename in kennis bij de lezer, maar stelt deze (beter) in staat tot het maken van keuzes omtrent gezondheid. (Fernández-Celemín & Jung, 2006). Verschillende bronnen zorgen voor een meer gebalanceerde, evenwichtige kijk op informatie door de lezer. Zo stellen Henwood et al (2003) dat hoe meer gezondheidsinformatie beschikbaar wordt gesteld op internet, des te meer geïnformeerde patiënten er zullen zijn die beter weten welke voor- en nadelen bepaalde behandelingen met zich meebrengen. Informatie dient dan wel gebalanceerd te zijn, van betrouwbare bronnen afkomstig en dusdanig gecommuniceerd te worden dat de informatie begrepen wordt door de massa (Fernández-Celemín & Jung, 2006).

Er liggen verschillende redenen ten grondslag aan het feit dat mensen zich massaal tot het internet wenden op zoek naar medische informatie. Mensen raadplegen internet onder andere om zich voor te bereiden op het gesprek met de arts (Henwood et al, 2003). Eenmaal in gesprek met de arts, blijken gebrekkige communicatiemogelijkheden van de arts, onderbezetting, tijdgebrek en tijdrovende protocollen aan de kant van de zorgverlener in de hand te wekken dat patiënten ook na hun doktersbezoek thuis hun heil zoeken op het internet (Keijsers, 2002). Zo willen patiënten volgens Nettleton et al (2005) na afloop van een consult meer te weten komen over een gestelde diagnose of een behandeling. Wanneer cliënten niet de gewenste voorlichting krijgen van hun arts of specialist of de voorlichting niet bevredigend is, dan biedt internet dus voor velen een uitkomst. Internet lijkt een belangrijke, zo niet onmisbare bron als het gaat om het vergaren van gezondheidsinformatie en -advies.

Mensen krijgen niet alleen behoefte aan gezondheidsinformatie naar aanleiding van consulten, zij kunnen ook spontane behoeften ontwikkelen aan medisch gerelateerde onderwerpen, bijvoorbeeld bij ontstane klachten of naar aanleiding van gezondheidsinformatie vanuit de omgeving of de media. Ook transities tenslotte, zoals die van zwangerschap (gezinsuitbreiding) worden massaal aangegrepen om informatie te zoeken (Swajcer et al, 2008, zie hiervoor in het bijzonder paragraaf 2.4). De informatiebehoefte die

ontstaat als gevolg van zwangerschap wordt besproken in paragraaf 3. Voordat deze informatiebehoefte wordt behandeld, worden in de volgende paragraaf eerst de kansen en gevaren van gezondheidsvoorlichting op internet besproken. Aan deze kansen, maar zeker ook gevaren, worden ook zwangere vrouwen blootgesteld.

2.3.2 Kansen en gevaren van gezondheidsvoorlichting op internet

Internet biedt vele kansen, maar zeker ook gevaren. Wanneer gezondheidsvoorlichting enkel via het medium internet wordt aangeboden, wordt de boodschap gemist door mensen die geen internet tot hun beschikking hebben of niet hiermee om weten te gaan. Dit fenomeen wordt in de literatuur aangeduid als de 'digitale kloof': de ongelijkheid in het bezit van een computer, toegang tot internet en computer- en internetvaardigheden tussen groepen binnen een populatie, naar sociale, economische of culturele status (zie hiervoor Van Dijk, 2003). Wanneer consumenten daarnaast op eigen kracht informatie vergaren, bestaat de kans op 'sociale isolatie': de afwezigheid van specialisten op het web kan leiden tot eenzaamheid (Jansen et al, 2002; De Nooijer et al, 2005).

Internetgebruikers moeten zich vaak een weg navigeren door talloze websites van verschillende kwaliteit. Doordat gezondheidsinformatie vanaf elke plek ter wereld kan worden aangeboden en ontvangen, kan de kwaliteit moeilijk worden bewaakt (Van Dijk, 2003; De Nooijer et al, 2005). Lezers van gezondheidsinformatie worden hiermee blootgesteld aan talloze invloeden (Sillence et al, 2007). Bij hun zoektocht is het essentieel dat ze betrouwbare van onbetrouwbare informatie weten te onderscheiden (Sillence et al, 2007). Dit geldt zowel voor de consument als voor de patiënt, waarvan de laatste naast zijn afspraken met de specialist op zoek gaat naar extra informatie over zijn gezondheid dan wel ziekte. Henwood et al (2003) spreken in dit verband over *information literacy*: vaardigheden zoals kennis hebben van waar informatie gevonden kan worden, begrip van de context waarin de informatie is geplaatst, interpretatie van de informatie en het integreren van de

informatie naar besluitvormingsprocessen die betrekking hebben op de gezondheid van de patiënt. Volgens Henwood et al (2003) - die onderzoek deden onder vrouwen in de overgang en informatievoorziening aan deze groep vrouwen - blijken niet alle patiënten in staat om onderscheid te maken tussen betrouwbare en onbetrouwbare bronnen en bestaan er grote verschillen in de manier waarop patiënten internet raadplegen. Omdat patiënten niet altijd in staat zijn om informatie op waarde te schatten en informatie onderling tegenstrijdig kan zijn, brengen zoekacties op het internet daarnaast weer nieuwe vragen van patiënten aan medici met zich mee. Dit kan resulteren in extra werk voor de arts of specialist. Hierbij valt te denken aan het reduceren van angst of het ontkrachten van onwaarheden (Keijser, 2002).

Artsen lijken vooralsnog vaak geen zicht te hebben op het zoekgedrag van hun patiënten, omdat de patiënt de zelfstandig gevonden informatie op internet niet of nauwelijks terugkoppelt aan de arts (Murero et al, 2001; Sillence et al, 2007). Consumenten en patiënten moeten zodoende hun eigen weg vinden in het zeer omvangrijke informatieaanbod. Artsen en specialisten lijken in elk geval niet bereid om hun patiënten te verwijzen naar betrouwbare internetsites (Lamerichs, 2008). De belangrijkste reden hiervoor is dat ze weinig vertrouwen hebben in het vermogen van de patiënt om dergelijke informatie te begrijpen (Murero et al, 2001). Patiënten veronderstellen op hun beurt weer dat artsen het niet waarderen wanneer ze online opgezochte informatie met hen bespreken, vanwege de mogelijkheid tot het aantasten van de autoriteit van de arts (Van Woerkum, 2003 zoals aangehaald door Lamerichs, 2008). Zoals werd gesteld, is niet elke lezer in staat om gezondheidsinformatie op waarde te schatten. Consumenten dienen zelf kritisch te zijn in het beoordelen van bronnen, omdat de aangeboden informatie ongefilterd is. In overeenstemming met deze bevindingen blijkt in de praktijk dat veel medische informatie op internet onbetrouwbaar of gedateerd is (Impicciatore et al, 1997; Kunst et al; 2002). Informatie kan mensen dus op een verkeerd spoor zetten. Aan de kant van de lezer doet zich het probleem voor dat

lezers niet (genoeg) in staat zijn om de informatie voldoende kritisch te beoordelen. Sillence et al (2007) stellen dat veel mensen die op zoek zijn naar online gezondheidsadvies de informatie die zij vinden blindelings vertrouwen. Lezers van gezondheidsinformatie achten zichzelf namelijk vaardig genoeg in het beoordelen van de betrouwbaarheid van informatie. Onderzoekers weten echter nog weinig over de mechanismen die lezers van (gezondheids)informatie hanteren om te bepalen of de informatie betrouwbaar is of niet (Sillence et al, 2007). Eysenbach en Kohler (2002) wijzen op verschillen tussen 'non-experts' en 'experts', waarbij deze eerste groep respondenten in hun opgegeven zoekactie bijvoorbeeld geen acht geven op de autoriteit van de website. Een factor die meespeelt bij de onvoldoende kritische blik, is de overdaad aan beschikbare informatie op internet, de zogeheten 'information overload' (Lash, 2002). Volgens deze onderzoeker leidt een overdaad aan informatie tot 'disinformation': het grote aanbod aan informatie bevat ook onjuiste, ongewenste informatie, waarbij informatie tegenstrijdig aan elkaar gepresenteerd wordt. Dit vraagt om zekere capaciteiten van de kant van de patiënt; deze moet namelijk betrouwbare van onbetrouwbare informatie weten te onderscheiden. Henwood et al (2003) spreken hierbij idealiter over de *expertpatiënt*: De patiënt die actief zoekt naar informatie over de verschillende aspecten die met zijn ziekte verband houden. Op deze manier heeft de goed geïnformeerde patiënt door het eigenhandig vergaren van informatie een aanzienlijk aandeel in zijn eigen ziekteproces. Er kunnen echter ook nadelige gevolgen kleven aan patiënten die actief informatie vergaren. Artsen bestempelen een expertpatiënt vaak als veeleisend, onredelijk, tijdrovend en betweterig (Shaw & Baker, 2004). Zoals hiervoor al werd gesteld kan informatie die door patiënten zelfstandig wordt gezocht bovendien verkeerd geïnterpreteerd worden, zeker wanneer er deze niet gedeeld wordt met de arts of specialist.

De Nooijer et al (2005) deelden in hun rapport deels het enthousiasme voor het medium internet als het gaat om gezondheidsbevordering. Buitenlandse en Nederlandse

experts die zij aan het woord lieten over gezondheidsvoorlichting op internet, waren met name te spreken over de mogelijkheid tot directe interactie. Anderzijds erkenden zij de lastigheden omtrent het sturen van consumenten op het web. Het is volgens de experts moeilijk om mensen naar bepaalde, betrouwbare website te halen en ook daadwerkelijk te houden (De Nooijer et al, 2005).

Ondanks de genoemde bedreigingen, groeit het gebruik van internet als medium voor (gezondheids)voorlichting nog steeds. Dat zou zeker te maken kunnen hebben met de uiteenlopende voordelen die het medium biedt. Ten eerste kan internet geraadpleegd worden wanneer er behoefte aan is. Verder biedt online voorlichting een 'private learning environment' en een directe versterkte mogelijkheid tot leren. Ook bieden interventies via internet de mogelijkheid om de informatie toe te spitsen op het individu; dit wordt *tailoring* genoemd (Lewis, 1999; in paragraaf 6 wordt hierbij uitgebreid stilgestaan).

In deze paragraaf werd een kader geschetst achter de opkomst van gezondheidsinformatie via internet. De hoeveelheid beschikbare informatie is de laatste jaren sterk toegenomen, en hiermee het vergaren van gezondheidsinformatie. Mensen gaan spontaan op zoek naar informatie, maar ook wanneer ze als patiënt onder controle staan van een arts of specialist en blijkbaar aanvullende behoeftes ontwikkelen. Online gezondheidsinformatie blijkt niet altijd van even goede kwaliteit (Van Dijk, 2003; De Nooijer et al, 2005) of up-to-date (Impicciatore et al, 1997; Kunst et al; 2002). Het is daarom van groot belang dat lezers onderscheid maken tussen betrouwbare en onbetrouwbare informatie (Sillence et al, 2007). Patiënten lijken niet geholpen door hun arts wanneer zij aanvullende informatiebehoeftes hebben. Aan de andere kant zijn patiënten op hun beurt vaak niet duidelijk over waar ze informatie vandaan halen. Henwood et al (2003) stellen dat hoewel mensen vrij actief zijn in het vergaren van gezondheidsgerelateerde informatie, ze zich erg kunnen verzetten om de informatie te delen met hun arts. Redenen voor dit gedrag moeten worden gezocht in het opzien tegen de specialist – die doorgaans een veel hogere opleiding en status heeft dan de

patiënt. Uit het onderzoek van Henwood et al (2003) bleek dat respondenten de informatie die zij eigenhandig zochten liever bespraken met lager geschoold personeel dan met medische professionals. Shaw & Baker (2004) namen resultaten op van een MORI studie waaruit bleek dat verpleegkundig personeel minder vaak dacht dat expertpatiënten meer van hun tijd in beslag zouden nemen dan artsen (respectievelijk 48 versus 63 procent).

Artsen zouden in het licht van de informatiebehoefte van hun patiënten wellicht meer aandacht kunnen besteden aan het scannen van online gezondheidsinformatie op bruikbaarheid, zodat ze patiënten door kunnen verwijzen naar betrouwbare informatie. Op deze manier blijft de arts op de hoogte van de informatie die zijn patiënt vergaart en worden misverstanden en problemen voorkomen.

2.4. De zwangere vrouw en haar informatiebehoefte

De vorige paragraaf gaf uiteenlopende redenen voor consumenten en patiënten om informatie te zoeken op internet. In deze paragraaf wordt uitgelegd waarom zwangerschap een belangrijke aanleiding vormt voor het zoeken naar voedingsgerelateerde informatie en hoe dit zich uit. De informatiebehoefte van de zwangere vrouw wordt in kaart gebracht en verklaard, er wordt ingegaan op de betrouwbaarheid van de informatie via internet en de invloed van informatie op het gedrag van de zwangeren. Hoewel er relatief veel informatie beschikbaar is over voeding en hoe gedrag ten aanzien van voeding op een positieve wijze te beïnvloeden, is het lastig om iemands voedingspatroon daadwerkelijk te doorbreken, omdat het leefstijlpatroon al vanaf de jeugd tamelijk vastligt (Szwajcer et al., 2008). Volgens het Life Course Perspective (LCP; Szwajcer, 2007) is er wel verandering mogelijk in zogenaamde momenten van 'transitions' of 'turning points'. De periode van zwangerschap wordt door de vrouw in het bijzonder aangemerkt als moment van evaluatie. Vrouwen houden zich – met het oog op de verantwoordelijkheid voor hun kind – als het ware een spiegel voor: ben ik goed bezig of moet ik

mijn gedrag verbeteren? Zwangerschap – en in het bijzonder een eerste zwangerschap – vormt een belangrijke overgang in elk leven van de vrouw (Hofberg & Ward, 2003). De status van zwangerschap brengt nieuwe verantwoordelijkheid en sociale verwachtingen met zich mee (Koelen & Van den Ban, 2004). Vrouwen veranderen op fysieke, psychologische en sociale wijze als gevolg van hun zwangerschap. Volgens Szwajcer et al (2007) is juist zwangerschap één van de momenten waarop vrouwen zouden moeten overwegen hoe ze gezond en verantwoord kunnen eten. Vrouwen die meer gefocust zijn op voeding ten tijde van hun zwangerschap, kunnen hun gezonde gedrag ook voortzetten in hun verdere leven.

Szwajcer (2007) onderzocht of zwangere vrouwen en vrouwen die zwanger wilden worden een verhoogde interesse ontwikkelden in voeding. Bovendien vroegen de onderzoekers zich af of er ook een verschil was in interesse in de verschillende stadia van zwangerschap. Vrouwen die zich in de periode voor hun zwangerschap nauwelijks bewust waren van voeding, gaan tijdens de zwangerschap bewuster om met hun voedingspatroon. Dit uit zich op verschillende wijzen. Ten eerste hebben zwangere vrouwen meer aandacht voor thema's als gezondheid en voedsel. Ten tweede worden vrouwen meer in beslag genomen door voedingsinformatie en ten derde zijn vrouwen meer geneigd om zichzelf doelen te stellen met betrekking tot voedinginname in vergelijking met niet zwangere vrouwen. Dit geldt niet alleen voor informatie over voeding in het algemeen, maar ook voor voedingsvoorlichting die gerelateerd is aan zwangerschap, zoals het afraden van de consumptie van bepaald voedsel, zoals rauw vlees en kazen (Szwajcer, 2007).

Larsson (2009) onderzocht of Zweedse zwangere vrouwen internet raadpleegden om op zoek te gaan naar informatie gerelateerd aan hun zwangerschap. De onderzoekster vroeg zich af hoe de groep zwangere proefpersonen omging met de betrouwbaarheid van de gevonden informatie en of ze hun verloskundige hiervan op de hoogte stelden. Haar onderzoek wees uit dat vooral vrouwen die voor het

eerst zwanger zijn een zeer grote behoefte aan informatie gerelateerd aan hun zwangerschap blijken te hebben en op zoek gaan naar informatie over hun zwangerschap op internet. Zij weten immers nog niet wat hen te wachten staat. Szwajcer et al (2008) vonden in dit voetspoor eveneens een verhoogde interesse voor voedingsvoorlichting. Zij concludeerden verder een specifieke verhoging van deze interesse in het eerste trimester van de zwangerschap. Eenmaal zwanger blijken vrouwen gevoeliger te worden voor promotieactiviteiten op het gebied van voeding en gezondheid en gaan ze zelf meer op zoek naar deze informatie.

Larsson deed niet alleen onderzoek naar de informatiebehoefte, maar ook naar de betrouwbaarheid die vrouwen toekenden aan de gezochte informatie. Ze concludeerde dat vrouwen een relatief hoge score toekenden aan internet als informatiemedium in zijn algemeenheid (5 tot 7 op een schaal van 7 punten). Vervolgens moesten de vrouwen aangeven op welke gegevens ze hun aangegeven betrouwbaarheidscijfers baseerden; dit deden zij door drie factoren uit een lijst te selecteren. Het achterhalen van de herkomst van websites en het overeenkomen van de informatie met andere bronnen werden aangemerkt als de twee meest belangrijke overtuigende factoren. De derde meest genoemde overtuiging was de mate van expertevidentie. Feit was dat de gevonden informatie door de Scandinavische vrouwen nauwelijks werd besproken met de verloskundige (Larsson, 2009). Dit komt overeen met de bevindingen van Lamerichs (2008; zie hiervoor de vorige paragraaf), waarbij als reden voor het niet terugkoppelen van de informatie de angst voor het afwijzen van de informatie door de deskundige gegeven wordt.

Van Tongeren en Lai (2004) onderzochten Canadese vrouwen in hun prenatale periode, omdat dan de informatiebehoefte verhoogd is en ook het maken van beslissingen van belang is (zie hiertoe ook Szwajcer, 2007). De vrouwen werden bijeengebracht tijdens hun deelname aan een *prenatal class*; aan hen werd gevraagd of ze een vragenlijst wilden invullen. Vrouwen die voor het eerst zwanger wa-

ren, waren oververtegenwoordigd (94%). De meeste dames zaten in het derde trimester van hun zwangerschap (85%). Met behulp van een vragenlijst kon een vijftal onderzoeksvragen worden beantwoord die betrekking hadden op het belang van internet als informatiebron in relatie tot andere bronnen, gezochte onderwerpen, de invloed van de informatie, het delen van informatie met de zorgverlener en ondersteuning in het gebruik van online gezondheidsinformatie. Vrouwen bleken veelvuldig op zoek te gaan naar zwangerschapsgerelateerde informatie. Maar liefst 88 procent van de onderzoekspopulatie gebruikte internet voor zwangerschapsinformatie. Dit is volgens de onderzoekers te danken aan de hoge sociaal economische status (HSES) binnen de onderzoeksgroep. Driekwart van de internetgebruikers zocht wekelijks naar informatie over zwangerschap, het liefst via de zeer populaire zoekmachine *Google*. Hoewel informatiebehoeftes mede door het gebruik van internet werden vervuld, achtten de ondervraagde vrouwen de informatie via dit medium niet onvervangbaar. Zij hechten namelijk ook grote waarde aan bijvoorbeeld consulten, *prenatal classes*, schriftelijk materiaal en mondelinge informatie afkomstig van familie. Daarnaast werd internet ook geraadpleegd naar aanleiding van een consult, waarin vragen onbeantwoord bleven.

De respondenten evalueerden de informatie het vaakst op basis van andere informatiebronnen over hetzelfde onderwerp en hun overeenkomsten. Vrouwen vonden veelal dat de gevonden informatie goed met de zorgverlener kon worden besproken; hij of zij wist immers hoe het gesteld was met de kwaliteit van de informatie. Een kleine groep vrouwen besprak de informatie liever niet met haar verloskundige, omdat ze bang waren dat deze beledigd zou zijn of het zonde van de gesprekstijd zou zijn. De meeste zwangere vrouwen gaven zelf aan dat hun gedrag was veranderd als gevolg van de gezondheidsinformatie op internet. De informatie werd veelal gedeeld met familieleden (in 86% van de gevallen) en ook met zorgverleners (79%). Dit laatste feit is tegenstrijdig aan de bevindingen van Sillence et al (2007), die in hun onderzoek concludeerden dat patiënten de informatie die zij zelfstandig vonden, in veel gevallen juist niet terugkoppelden aan de arts. Dit zou te maken kunnen hebben met het verschil in setting. Artsen hebben

door hun opleidingsniveau een hogere status en staan hoger in aanzien dan bijvoorbeeld verloskundigen - die weliswaar eveneens tot de groep hoger opgeleiden behoren, maar toch een lagere en kortere opleiding afgerond hebben.

In deze paragraaf werd de informatiebehoefte van de zwangere vrouw uiteengezet op basis van verschillende onderzoeken (Larsson, 2009; Szwajcer, 2007; Van Tongeren & Lai, 2004). Szwajcer (2007) deed onderzoek naar Nederlandse zwangere vrouwen; de respondenten uit de andere onderzoeken waren respectievelijk Zweeds en Canadees. Uit alle studies kwam naar voren dat vrouwen een grotere informatiebehoefte ontwikkelden en veelvuldig op zoek gingen naar informatie over voeding en gezondheid, al dan niet gerelateerd aan zwangerschap. Ook stelden ze zichzelf meer doelen als het ging om voeding in het algemeen en voeding in relatie tot zwangerschap. Vrouwen zochten veelvuldig informatie op het internet, maar achtten het medium niet onvervangbaar. Zij hechten ook zeker waarde aan consulten met de verloskundige, bijeenkomsten over zwangerschap, schriftelijk materiaal en informatie uit hun naaste omgeving. Volgens Larsson (2009) werd de gevonden informatie nauwelijks besproken met de verloskundige. Uit het onderzoek van Van Tongeren en Lai (2004) kwam juist naar voren dat informatie in veel gevallen (bijna 80%) wel werd teruggekoppeld aan de verloskundige. Hoewel de informatiebehoefte van de vrouw - wanneer ze eenmaal zwanger is - flink toeneemt, verschillen vrouwen in hoe ze omgaan met de gevonden informatie. Volgens Van Tongeren en Lai (2004) bijvoorbeeld, zoeken hoogopgeleiden in het bijzonder veel informatie over hun zwangerschap via internet. In de volgende paragraaf zal aandacht worden besteed aan de sociaaleconomische status en de invloed hiervan op leefstijl, gedrag en gezondheid.

2.5 Sociaaleconomische status en gezondheidsverschillen

2.5.1 Gezondheidsverschillen als gevolg van sociaaleconomische status

Zwangere vrouwen delen weliswaar min of meer een groeiende behoefte aan informatie, maar vrouwen verschillen in deze behoefte onderling sterk, onder meer als gevolg van hun opleidingsniveau en verschillen in sociaaleconomische status. De sociaaleconomische status wordt onder meer bepaald door opleidingsniveau, één van de persoonsgebonden variabelen binnen dit onderzoek. Deze paragraaf handelt over verschillen in gezondheid als gevolg van verschillen in sociaal economische status.

De sociaaleconomische status heeft direct gevolgen voor de gezondheid: laagopgeleide mannen en vrouwen leven respectievelijk 4,9 en 2,6 jaar korter dan hun hoogopgeleide sexegenoten. Lageropgeleiden brengen gemiddeld 15 jaar in minder goede gezondheid door dan mensen met een hoge sociaaleconomische status³. Verschillen in levensverwachting hebben onder andere te maken met (kennis over) het voedingspatroon. Het voedingsgedrag blijkt volgens Whethington (2005) namelijk samen te hangen met verschillende factoren, waaronder culturele (afkomst en geslacht), contextuele (sociaaleconomische status en leefomstandigheden) en sociale factoren (huwelijkse status en religieuze achtergrond). De sociaaleconomische factor laat bijvoorbeeld verschillen in eetpatroon tussen verschillende bevolkingsgroepen zien (Hulshof et al, 2003). Zo is er een verschil waarneembaar in voedingspatroon tussen mensen met een lagere sociaaleconomische status (LSES) en mensen met een hogere sociaaleconomi-

sche status (HSES). Deze eerste groep consumeert bijvoorbeeld meer aardappelen, vlees(producten), vetten, koffie en frisdrank dan de tweede groep (Jansen, Schuit & van der Lucht, 2002). Hoger opgeleiden eten juist meer groenten en kaas en drinken meer alcohol. Hulshof et al (2003) stellen dat lager opgeleiden over het algemeen vaker tekortschieten als het gaat om aanbevolen voedingsstandaarden dan hoger opgeleiden. Mensen met een LSES vertonen het vaakst ongezond gedrag (Jansen, Schuit & Van der Lucht, 2002). Dit is het vervolg van meerdere, uiteenlopende factoren. Minder gunstige woon- of werk-omstandigheden, een ongezonere levensstijl, minder (kwalitatief) goede zorg en ongunstige biologische of genetische factoren leiden ertoe dat mensen met een lage SES ongezonder zijn dan mensen met een hoge SES (Waelput & Achterberg, 2007). Ook het risicogedrag⁴ ligt bij deze groep hoger dan mensen met een HSES. Dit verschil is het meest duidelijk aanwezig bij het gedrag ten aanzien van roken, lichamelijke inactiviteit en groente- en fruitconsumptie.

Lager geschoolden en ook etnische minderheidsgroepen in Nederland zijn lastig te bereiken zijn als het gaat om gezondheidsbevorderende programma's (Jansen, Schuit & Van der Lucht, 2002). Bij het ontwerpen van interventies en voorlichting moet daarom aanvullende en specifieke aandacht worden besteed aan deze groepen. In deze scriptie zal daarom worden onderzocht of de voorlichting van de Verloskundige Stadspraktijk aangepast dient te worden op basis van opleidingsniveau (zie hiervoor ook het einde van dit hoofdstuk: hypothesen).

De volgende subparagraaf gaat in op de risico's omtrent voeding tijdens de zwangerschap en toont het belang van voorlichting over dit onderwerp.

³ Besproken tijdens het college Lezergerichte Gezondheidscommunicatie, september 2008, gegeven door dr. Sanders, zie powerpointpresentatie:

http://bb.vu.nl/webapps/portal/frameset.jsp?tab_id= 2_1&url=%2fwebapps%2fblackboard%2fexecute%2flauncher%3ftype%3dCourse%26id%3d_45129_1%26url%3d

⁴ Definitie: het vertonen van bepaald gedrag in combinatie met de kans op het krijgen van een ziekte of aandoening als gevolg van dit gedrag (www.rivm.nl)

2.5.2 Voeding tijdens de zwangerschap

Voedingsinformatie is van bijzonder belang vóór en tijdens een zwangerschap, omdat het eten van bepaalde producten risico's met zich mee kan brengen voor het ongeboren kind. Als het om voedingsvoorlichting gaat, vormen zwangere vrouwen een belangrijke risicogroep (Genuis, 2009). Zwangere vrouwen en vrouwen met een kinderwens dienen gewezen te worden op de risico's ten aanzien van verschillende bacteriën (zoals de bacteriën *listeria* en *toxoplasma*), die een gevaar kunnen vormen tijdens de zwangerschap. Volgens het Voedingscentrum kan het eten van met de listeria-bacterie besmet voedsel zelfs een miskraam tot gevolg hebben⁵.

Cook et al (2002) interviewden ruim 200 zwangere vrouwen die besmet waren geraakt met de toxoplasmosebacterie en een controlegroep die niet besmet was van in totaal 858 vrouwen. De vrouwen waren afkomstig uit Noorwegen, Denemarken, België, Zwitserland en Italië en werden ondervraagd in de klinieken waar ze behandeld werden. Niet alleen werd een relatie gevonden tussen besmetting met de toxoplasmosebacterie en het eten van rauw vlees of vlees met een te korte bereidingstijd, ook consumptie van ongepasteuriseerde melk of producten hiervan, contact met dieren en het drinken van kraanwater werden als risicofactor aangemerkt.

Om eventuele complicaties te voorkomen, kunnen vrouwen ervoor kiezen om bepaalde productgroepen, zoals rauw vlees, (zachte) kazen van rauwe melk, gerookte vis en verse producten die te lang bewaard zijn, te mijden tijdens de zwangerschap. Het eten van dergelijke producten die mogelijk schadelijk kunnen zijn voor de zwangerschap, wordt dan ook afgeraden door organisaties als het Voedingscentrum en het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Voorlichting (RIVM). Ondanks de aanwezige kennis, blijkt dat er vaak onzorgvuldig omgegaan wordt met het bereiden van eten, zowel binnenshuis als buitenshuis (Redmond & Griffiths, 2003; Griffiths et al, 1998).

⁵ Bron: www.voedingscentrum.nl

2.5.3 Zwangerschap en alcoholgebruik

Alcoholinname kan vooral tijdens de zwangerschap allerlei ernstige gevolgen hebben: miskramen, vroeggeboortes en een laag geboortegewicht bij het kind⁶. De meeste vrouwelijke probleemdrinkers⁷ bevinden zich in de leeftijdscategorie van 25 tot 44 jaar, met een piek tussen 25 en 29 jaar. Deze leeftijdsgrenzen vallen in de vruchtbare periode, waarin vrouwen hun kinderen krijgen (Van der Stel & Van der Keuken, 1992). Vrouwen verbergen hun alcoholgebruik al vaak op vroege leeftijd uit schaamte. Vrouwelijke drinkers ondervinden in vergelijking tot hun mannelijke partners meer schade als gevolg van excessief drankgebruik: lever schade, schade aan de voortplantingsorganen en geslachtfuncties (Van der Stel & Van der Keuken, 1992). De onderzoekers wijzen op mogelijke gevaren die het alcoholtaboe met zich mee brengen. Door een gebrek aan vertrouwen of vrijheid om met de zorgverlener zaken te bespreken die met schuld te maken hebben (Van Woerkum, 2003; Van Rijen en Ottes, 2006), blijven problemen binnenshuis.

Deze paragraaf gaf de invloed van sociaaleconomische status op iemands gedrag en zijn of haar gezondheid weer. Verschillen in leeftijd, afkomst, opleiding en omgeving kunnen leiden tot gezondheidsverschillen tussen vrouwen onderling. Wanneer het om alcohol gaat bevinden de meeste vrouwelijke probleemdrinkers zich in de leeftijdscategorie van 25 tot 44 jaar, dus in hun vruchtbare periode. Mensen met een lage SES blijken in elk geval vaker ongezond gedrag te vertonen dan HSES groepen en ontwikkelen ook meer gezondheidsrisico's. Met name zwangere vrouwen met een lage sociaaleconomische status vormen hierdoor een kwetsbare groep als het gaat om hun gezondheid en dat van hun baby's.

⁶ Bron: www.rivm.nl

⁷ Definitie: iemand die excessief alcohol gebruikt en die als gevolg van zijn drinkgedrag te maken krijgt met lichamelijke, geestelijke of sociale problemen (Van der Stel & Van der Keuken, 1992)

2.6 Communicatie op maat

In de vorige paragraaf werden sociaaleconomische statusverschillen besproken en de gevolgen die dit kan hebben voor zwangere vrouwen. Dit toont het belang van goede gezondheids- en voedingsvoorlichting en evaluatie gericht aan zwangere vrouwen in het bijzonder. In deze paragraaf introduceer ik het toespitsen van informatie op basis van eigenschappen van groepen en lezerkenmerken binnen gezondheidsvoorlichting: communicatie op maat, ook wel 'tailoring' genoemd.

2.6.1 Communicatie op maat: trend en toepassing

Het afstemmen van informatie op specifieke doelgroepen of individuen wordt binnen de gezondheidsvoorlichting vaak aangeduid met de term 'tailoring'. Het begrip 'tailoring' wordt vaak verward met 'targeted' of 'personalized' communicatie. Het belangrijkste verschil tussen *targeted information* en *tailored information* is volgens Kreuter et al (1999) dat bij de eerste vorm de informatie wordt toegespitst op specifieke subgroepen binnen de doelgroep. Meestal wordt dit gebaseerd op demografische kenmerken van een groep. Bij *tailoring* gaat het om het bereiken van individuen. Hierbij wordt geprobeerd om karakteristieken te vinden van één persoon, waarop de informatie toegespitst kan worden. Interventies kunnen daarnaast verschillen in de mate waarin *tailoring* is toegepast: zo kan voorlichtingsmateriaal toegespitst zijn op één of meerdere kenmerken van de lezer (De Vries & Brug, 1999). Veelal wordt bij het openen van een website de mogelijkheid geboden om persoonlijke gegevens en eigenschappen in te vullen op internet, waardoor de informatie kan worden afgestemd op eigenschappen en behoeften van de lezer. Dit wordt ook wel *individual assessment* genoemd (Kreuter et al, 1999).

Schriftelijk voorlichtingsmateriaal dat op grote schaal wordt gebruikt biedt onvoldoende mogelijkheden om informatie af te stemmen op het individu. De Vries en Brug (1999) stellen hierover het volgende:
'One major drawback of standardized interventions is that they contain information which in many cases is not appli-

able to an individual's psychological state or situation. Such a lack of personal relevance of intervention messages is considered to be detrimental to the effectiveness of an intervention' (De Vries & Brug, 1999: 193).

Omdat schriftelijke voorlichting ('first generation tailoring') veelal onvoldoende mogelijkheden biedt voor communicatie op maat, gebeurt targeting en tailoring vaak online via websites (*second generation tailoring*; Strecher, 1999). Online tailoring is de laatste jaren sterk in opkomst geraakt (Kreuter et al, 1999). Consumenten moeten vaak zelf hun weg vinden op internet en worden hierbij niet ondersteund door een specialist. Informatie op internet dient daarom zoveel mogelijk op maat te zijn en aan te sluiten bij de behoeften van de consument en patiënt. Oenema et al (2001) verwachten dan ook dat het medium internet veelbelovend zal zijn voor de toekomst van tailoring.

Door inzicht te verschaffen in de mate van voorkennis van een lezer of een groep lezers en diens persoonlijke kenmerken (bijvoorbeeld 'motivatie'), kunnen boodschappen (meer) toegespitst worden op het individu. Online voorlichting die getailored is, leidt vaker tot positieve effecten dan voorlichting die niet is afgestemd op groepen of individuen. Uit verschillende studies is gebleken dat getailorde interventies tot meer gedragsverandering leiden in vergelijking met gelijkwaardige, gestandaardiseerde interventies (zie voor reviews Brug et al, 1999 & Strecher, 1999). De mate waarin getailorde informatie meer succesvol is dan niet getailorde informatie, hangt onder meer af van het onderwerp (zie hiervoor paragraaf 2.6.2). Informatie die afgestemd is op de lezer is dus over het algemeen effectiever dan massamediale voorlichting. Getailorde voorlichting zou effectiever kunnen zijn omdat deze boodschappen meer de aandacht trekken en ze relevanter zijn voor de lezer (Strecher et al, 1994; Skinner et al, 1994; Kreuter & Strecher, 1996). Dat zou ook verklaren waarom getailorde boodschappen vaker worden onthouden (Dijkstra & De Vries, 1999).

2.6.2 Tailoring van voedingsinformatie

De eetstijl van veel Europeanen blijkt niet overeen te komen met de aanbevelingen en consumentkeuzes ten aanzien van voeding blijken lastig veranderbaar, ondanks de vele interventies die zijn opgezet (Bouwman en Koelen, 2007). Getailorde campagnes die de inname van groenten en fruit moesten bevorderen, lieten bijvoorbeeld geen effect zien (Oenema et al, 2001). Hoewel getailorde voorlichting niet altijd de gewenste effecten bereikt, zijn er ook voorbeelden te noemen van onderzoeken die positieve gedragsveranderingen lieten zien. Campagnes die het rookgedrag moesten beïnvloeden (Dijkstra et al, 1998; Strecher, 1999) en die gezond eetgedrag bevorderden, bewezen dat het toepassen van tailoring wel degelijk succesvol was. Als reden hiervoor werden een betere retentie en waardering van het materiaal genoemd. Ook was de leesbaarheid van de getailorde informatie beter (Brug et al, 1999). Olsen (2005) pleit in haar studie naar voedingsvoorzichting onder zwangere vrouwen voor afstemming van informatie op vrouwen die voor het eerst zwanger zijn. Afstemming op deze specifieke doelgroep is raadzaam, omdat er tijdens een eerste zwangerschap van vrouwen de meeste gezondheidswinst kan worden behaald.

Bijna alle studies die zijn verricht naar online voedingsvoorzichting die specifiek op de ontvanger was afgestemd, lieten ofwel korte ofwel lange positieve termijneffecten zien (Oenema et al, 2001). Bouwman en Koelen (2007) wijzen er op dat aanbevolen voedingsstandaarden niet voor iedereen hetzelfde zijn – ze zijn afhankelijk van iemands leeftijd, geslacht en afkomst – en dat informatie al bij voorbaat afgestemd zou moeten zijn op persoonlijke kenmerken.

2.7 Hypothesen

Gezondheidsvoorzichting heeft een persuasief karakter, waarbij het doel is om de lezer met argumenten te overtuigen van gezond gedrag (Galjaard, 1997). Gezondheidsvoorzichting wordt onder andere ingezet om mensen te wijzen op bepaalde risico's die betrekking hebben op gezondheid.

In de drie teksten die het onderzoeksmateriaal van deze studie vormen, spelen gezondheidsrisico's ook een rol, namelijk als het gaat om de schadelijke effecten voor moeder en kind als gevolg van het eten en drinken van bepaalde voeding. Het onderzoeksmateriaal bestaat uit 3 bestaande teksten over voeding tijdens de zwangerschap. Elke tekst bevat een advies; de teksten verschillen echter op basis van aanwezigheid en representatie van argumentatie. In de eerste tekst wordt het advies niet ondersteund door argumentatie; tekst 2 bevat één argument (enkelvoudige argumentatie) en tekst 3 bevat meerdere argumenten (uitgebreide argumentatie; zie Schellens & Steehouder, 2008). Tekstschrijvers kunnen verschillende strategieën hanteren om adviezen in gezondheidsvoorzichting kracht bij te zetten. Zo kunnen voordelen van gewenst gedrag en of nadelen van ongewenst gedrag worden benadrukt. Met betrekking tot dit laatste, wordt 'fear appeal' bij het ontwerpen van interventies veelvuldig ingezet. Dit middel zorgt er als het ware voor dat de lezer wordt afgeschrikt (Das, De Wit & Stroebe, 2003). Het aansporen tot gezond gedrag blijkt in de praktijk nog niet zo eenvoudig. Volgens de Protection Motivation Theory (PMT; Rogers, 1975) zijn mensen slechts onder bepaalde voorwaarden geneigd om zich tegen een gezondheidsrisico te beschermen. Uit de PMT blijkt dat voorlichting het meest effectief is wanneer de ernst en de risico's van het gedrag worden benadrukt en er tegelijkertijd een oplossing, die een positieve uitwerking dient te hebben, voorhanden is. Op deze theorie is de eerste hypothese gebaseerd:

Hypothese 1:

De tekst waarin de risico's voor het niet opvolgen van het advies het meest geconcretiseerd en benadrukt worden, zal de hoogste waardering hebben en zwangere vrouwen zullen bovendien het meest overtuigd zijn van het advies. Voorlichting waarbij het gegeven advies niet beargumenteerd wordt, zal vermoedelijk slechter worden gewaardeerd dan voorlichting waarbij adviezen wel onderbouwd worden met argumenten.

Mensen kunnen daarnaast onderling verschillen in hun mening over en verwerking van gezondheidsvoorzichting

als gevolg van verschillen in opleidingsniveau en ervaring met zwangerschap. Het is belangrijk om bij het ontwerpen van voorlichting rekening te houden met eventuele verschillen in sociaaleconomische status. Daarom zal in deze scriptie worden onderzocht of opleidingsniveau (waarop de sociaaleconomische status gebaseerd is) invloed heeft op hoe lezers voorlichting ontvangen (lezerwaardering) en hoe voorlichting lezer beïnvloedt (lezerovertuiging). Van Tongeren en Lai (2004) concludeerden in hun onderzoek dat hoogopgeleiden in het bijzonder veel informatie zochten op internet. Hoger opgeleiden hebben vanwege hun opleidingsniveau vermoedelijk een grotere informatiebehoefte dan hun laagopgeleide groepsgenoten. Henwood et al (2003) spreken over de *expertpatiënt*: een patiënt die actief zoekt naar informatie over de verschillende aspecten die met zijn ziekte verband houden (zie hiervoor ook Eysenbach & Kohler, 2002). Doordat hoogopgeleiden relatief veel informatie verwerken, ontstaat een meer kritische blik ten aanzien van de informatie. Hieruit werd de volgende hypothese afgeleid:

Hypothese 2:

Hoogopgeleiden zullen minder waardering toekennen aan het voorlichtingsmateriaal en eveneens minder overtuigd zijn van de adviezen dan laagopgeleiden.

Vrouwen kunnen niet alleen verschillen in opleidingsniveau, maar ook in hun ervaring met zwangerschap. Zwangerschap blijkt een belangrijke aanleiding om informatie te zoeken op internet (Swajcer et al, 2008). Volgens Koelen & Van den Ban (2004) brengt de status van zwangerschap nieuwe verantwoordelijkheid en sociale verwachtingen met zich mee. Uit verschillende studies (Larsson, 2009; Swajcer, 2008; Koelen & Van den Ban, 2004) kwam naar voren dat vrouwen een grotere informatiebehoefte ontwikkelen als gevolg van hun zwangerschap. Verschillende studies naar het zoekgedrag van informatie door zwangere vrouwen wijzen erop dat vrouwen vooral een verhoogde interesse tonen in zwangerschapsgerelateerde (voedings)informatie bij hun eerste zwangerschap. Op dit gegeven is de laatste hypothese gebaseerd:

Hypothese 3:

Vrouwen die voor het eerst zwanger zijn beoordelen informatie kritischer als gevolg van een sterk verhoogde informatiebehoefte gerelateerd aan hun zwangerschap. Hierdoor hebben ze vermoedelijk een lagere waardering voor het voorlichtingsmateriaal en zijn ze minder overtuigd van de voedingsadviezen dan vrouwen die vaker zwanger zijn geweest. Vrouwen die reeds ervaring hebben met zwangerschap zijn door hun eerdere zwangerschap al bekend met maatregelen rondom voedinginname.

3 Methoden

In dit methoden hoofdstuk zullen allereerst de drie online teksten van de VSP geïntroduceerd (paragraaf 3.1). In de paragrafen 2 en 3 worden achtereenvolgens de variabelen binnen dit onderzoek alsmede de gebruikte methoden besproken. Tot slot ga ik kort in op de proefpersonen die deelnamen aan het onderzoek (paragraaf 3.4).

3.1 Onderzoeksmateriaal

3.1.1 De drie teksten

Het bestaande onderzoeksmateriaal is afkomstig van de website van de Verloskundige Stadspraktijk Groningen (VSP), een zelfstandig opererende eerstelijns verloskundige praktijk. De website werd⁸ begin 2009 ontwikkeld door een extern tekstbureau, in samenspraak met enkele medewerkers van de VSP. Drie teksten worden onderworpen aan de mening van cliënten van de VSP. De teksten hebben allen voeding als onderwerp. Hiertoe is gekozen om verschillen in representatie tussen de teksten optimaal met elkaar te kunnen vergelijken. Het onderzoeksmateriaal luidt als volgt:

Tekst 1: Mag ik alles eten tijdens mijn zwangerschap?

In principe mag je alles eten als je zwanger bent. Er zijn wel een paar uitzonderingen, namelijk rauw vlees een rauwe melk(producten). Bak je biefstukje goed door en eet geen rosbief, filet Americain, tartaar of carpaccio. Kazen die van rauwe melk zijn gemaakt hebben de aanduiding 'au lait cru' en zijn meestal alleen bij speciaalzaken te koop. Ook moet je oppassen met rauwe groente. Was deze altijd heel goed en bewaar een bakje salade of rauwkost nooit langer dan 24 uur.

Tekst 2: Waarom moet ik oppassen met rauw vlees en rauwe melk?

Op rauw vlees en in rauwe melk(producten) kan de listeriabacterie voorkomen. Ook vacuümverpakte gerookte zalmfilet kan listeria bevatten. Deze bacterie kan schadelijk zijn voor jezelf en je ongeboren kind. In de koelkast blijft de listeriabacterie zichzelf vermenigvuldigen. Bewaar verse producten daarom zo koel en zo kort mogelijk. In de praktijk is besmetting met de listeriabacterie vrij klein. Je hoeft je dus niet meteen zorgen te maken als je per ongeluk een 'fout' kaasje hebt gegeten.

Tekst 3: Hoe schadelijk is alcohol als ik zwanger ben?

Alcohol heeft invloed op je ongeboren kind. Het is dus verstandig om geen alcohol te drinken als je zwanger bent. Er is geen veilige ondergrens als het om alcohol gaat. De veiligste keus is dus: helemaal geen alcohol als je zwanger bent. Kun je dat biertje of wijntje niet laten staan? Dan heb een grotere kans op een laag geboortegewicht, een vroeggeboorte en een miskraam. Ook kan alcohol een negatieve invloed hebben op de latere ontwikkeling van je kind. Kijk voor meer informatie op de website van Stichting Alcoholpreventie.

Voordat de teksten worden onderworpen aan de meningen van lezers, worden de teksten allereerst onderworpen aan een functionele analyse en argumentatieanalyse. De functionele analyse werd uitgevoerd om de doelen met betrekking tot het tekstmateriaal helder te krijgen.

Door middel van een argumentatieanalyse kan inzicht worden verkregen in het gebruik van argumenten in een tekst. De argumentatieanalyse legt namelijk standpunten en argumenten bloot, geeft weer hoe de argumenten zich tot elkaar verhouden en kent een oordeel toe aan argumentatie.

⁸ <http://www.verloskundigestadspraktijk.nl>

3.1.2 Doelgroep

Zwangere vrouwen die als cliënt verbonden zijn aan de Stadspraktijk gelden als de belangrijkste doelgroep. Neven-doelgroep is de partner (of naaste omgeving) van de zwangere. De website, met daarop de informatie over voeding, is ook beschikbaar voor zwangere vrouwen die geen cliënt zijn bij de Stadspraktijk, maar de informatie op de site is wel grotendeels toegespitst op cliënten van de VSP. De informatie over voeding is in elk geval geschreven in overeenstemming met het praktijkbeleid.

In dit onderzoek richt ik me in eerste instantie op cliënten van de Verloskundige Stadspraktijk, omdat zij tot de primaire doelgroep behoren.

3.2 Variabelen

In deze scriptie zal onderzocht worden of de verschillende weergaven van argumentatie in voorlichting leiden tot een verschil in waardering en overtuiging ten aanzien van het onderzoeksmateriaal. Daarnaast worden de tussenpersoonvariabelen opleidingsniveau en ervaring met zwangerschap meegenomen, om te achterhalen of verschillen in attitude ten aanzien van het onderzoeksmateriaal een eventueel gevolg zijn van verschillen in opleiding en ervaring tussen zwangere vrouwen onderling.

Er is besloten om de vragenlijst niet alleen uit te zetten binnen de Verloskundige Stadspraktijk, maar voor een snellere en hogere respons ook af te nemen binnen de afdeling Obstetrie van het UMCG.

3.3 Onderzoeksmethoden

In deze studie is kwalitatief met kwantitatief onderzoek gecombineerd; het onderzoek maakt gebruik van directe, evaluatieve onderzoeksmethoden: een vragenlijst (kwantitatief) en een aantal interviews (kwalitatief). Een vragenlijst als enige methode zou niet afdoende zijn om de hoofd-

vraag die verband houdt met tekstopimalisatie te kunnen beantwoorden. Door de vragenlijst kunnen lezersattitudes die betrekking hebben op de teksten worden gemeten. De interviews werden met name toegevoegd om eventuele problemen met de teksten aan het licht te brengen en om verbeteringsuggesties van deelnemers te krijgen. Ook dienden ze om meer inzicht te krijgen in de voorlichting over voeding aan zwangeren en het zoekgedrag naar informatie door deze groep vrouwen.

Hieronder wordt nader ingegaan op de vragenlijst en het interview zoals ze voor dit onderzoek zijn toegepast.

3.3.1 Vragenlijsten

De vragenlijst⁹ bestond uit twee gedeelten: persoonsgegevens en een evaluatie van de teksten. Onder persoonlijke gegevens vielen woonplaats, afkomst, leeftijd, hoogst genoten opleiding, eventueel aantal eerdere zwangerschappen, uitgerekende datum van de huidige zwangerschap, locatie van controle, meewerking aan eventueel eerder onderzoek en de datum waarop de vragenlijst was ingevuld. De locatie van controle was van belang vanwege het feit dat de dataverzameling zowel in de eerste (VSP) als in de tweede lijn (afdeling Obstetrie in het UMCG) plaats vond. Vrouwen kunnen om medische redenen tijdens hun zwangerschap overgedragen worden van de eerste naar de tweede lijn. Meewerking aan eventueel eerder onderzoek werd opgenomen om vrouwen niet twee keer dezelfde vragenlijst te laten invullen tijdens hun zwangerschap. Tot slot werd gevraagd naar de locatie van controles, om eventuele verschillen tussen het stadsgedeelte Beijum, waar veel mensen met een lagere sociaaleconomische status wonen, de hoofdlocatie op het terrein van het UMCG en het dorpje Hoogkerk (net buiten de stad Groningen) in kaart te brengen.

Vervolgens werden in het tweede gedeelte, het inhoudelijk deel, de teksten opgenomen voor evaluatie. Er werden twee versies van de vragenlijst gemaakt met verschillende tekstvolgordes. Dit om de invloed van moeheid of tijdge-

⁹ Een voorbeeld van de vragenlijst staat in bijlage 2 en 3.

brek van de respondent te doen beperken. Vragenlijsten waarbij minimaal één tekst door de lezer geëvalueerd is, worden meegenomen in het onderzoek. Dit geldt ook voor vragenlijsten waarbij persoonsgegevens ontbreken. De vrouwen worden geïnstrueerd om de teksten goed door te lezen alvorens de vragen over de tekst te beantwoorden. De vragenlijst bestaat uit 2 open vragen per tekst, 1 meerkeuzevraag en 6 tot 7 schaalvragen. Bij de meerkeuze- en open vragen wordt vermeld dat slechts één antwoord mogelijk is. De open vragen en de meerkeuzevraag toetsen het tekstbegrip en worden verzameld in tabellen in Word. Hetzelfde geldt voor opmerkingen over de teksten die de respondenten aan het einde van elk vragengedeelte over een tekst konden formuleren. Op basis van de gegeven antwoorden wordt gekeken in hoeverre het tekstbegrip helder was. De focus ligt in het kwantitatieve gedeelte van dit onderzoek echter niet zozeer op tekstbegrip, als wel op het gebruik van argumentatie in de teksten (zie hiervoor paragraaf 4.1). De begrijpelijkheid van de voorlichtende teksten komt wel aan bod in de interviews, omdat deze methode van onderzoek hiervoor meer ruimte geeft en meer uitgebreid op problemen in de teksten kan worden ingegaan.

De schaalvragen (vraag 4 tot en met 9 of 10) toetsen de lezerattitude ten aanzien van de teksten. Door waardering en overtuiging van de verschillende teksten in cijfers uit te drukken, kan de voorkeur van de lezer worden achterhaald. Het meest linker hokje in de antwoordmogelijkheden van de schaalvragen staat voor de meest lage waardering of overtuiging van de tekst en wordt in SPSS aangeduid met '1'; het meest rechtse hokje wordt gescoord als '7'¹⁰. De schaalvragen worden kwantitatief verwerkt in een programma voor statistische verwerking.

De vragenlijst werd allereerst getest onder een drietal studenten Bedrijfskunde en Communicatie- en Informatiewetenschappen en vervolgens onder een aantal zwangere vrouwen die werkzaam waren in het ziekenhuis. Tijdens het

invullen van de vragenlijst konden de respondenten opmerkingen plaatsen in de kantlijn en achteraf werd een aantal vragen gesteld over de omvang, moeilijkheidsgraad en geplaatste opmerkingen. De studenten vulden de vragenlijst sneller in dan de zwangere vrouwen. Op basis van de pretest werden enkele wijzigingen in de uitvoering van het onderzoek opgenomen. De vragenlijst is niet inhoudelijk aangepast. Bij de meerkeuze- en schaalvragen werd de toevoeging gedaan dat er slechts één antwoord mogelijk was. De antwoordopties van de schaalvragen werden daarnaast voor elke vraagstelling gelijk gehouden door 'ja, absoluut' uiterst links in de schaal te plaatsen en 'helemaal niet' uiterst rechts te vermelden. Omdat de vragenlijst bestaat uit het beantwoorden van vragen over een gelezen tekst en dit de nodige aandacht opeist, werd tot slot besloten om in de wachtruimte eerst te vragen hoeveel tijd een patiënt had tot de afspraak bij de verloskundige. Bij het uitdelen van de vragenlijsten werd bovendien vermeld dat de nodige concentratie vereist was.

De vragenlijsten werden ingevuld in de periode tussen 31 oktober 2009 en 7 januari 2010. Ze werden op verschillende manieren uitgezet. Ten eerste werden ze binnen de VSP verspreid in de wachtruimte van de hoofdlocatie van de Verloskundige Stadspraktijk en op het spreekuur in Beijum. Op de hoofdlocatie konden vrouwen zelfstandig een vragenlijst invullen door de bijgeleverde instructies op posters in de wachtruimte op te volgen. Op de spreekuurlocatie in Beijum werd aan vrouwen gevraagd of ze bereid waren om een vragenlijst in te vullen. Daarnaast werd de vragenlijst uitgezet in het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG), die zwangere vrouwen met complicaties of problemen bij een eerdere zwangerschap onder haar hoede neemt. Ook hier werden vrouwen persoonlijk benaderd. Voordeel van het persoonlijk uitnodigen van respondenten was dat vragen van respondenten over het onderzoek gelijk konden worden beantwoord. Eveneens kon er gecontroleerd worden of de vragenlijst juist was ingevuld.

10 Een volledige vragenlijst is opgenomen in bijlage 2 (versie VSP) en 3 (versie UMCG).

3.3.2 Interviews

Aanvullend op de vragenlijsten werden met enkele respondenten van de vragenlijst interviews gehouden. Op de achterzijde van de vragenlijst werd gepeild of vrouwen eventueel bereid waren om deel te nemen aan vervolgonderzoek. Vrouwen lieten in dit geval hun telefoonnummer achter om een afspraak te kunnen maken voor een interview. In totaal werden 7 vrouwen geïnterviewd. De meeste interviews hadden plaats bij de Verloskundige Stadspraktijk. Twee vrouwen werden geïnterviewd in Beijum, waar ze ook voor controle kwamen. Eén interview had plaats in het ziekenhuis; deze mevrouw stond onder controle in het UMCG. Een andere mevrouw was kort geleden bevallen en wilde thuis geïnterviewd worden. Voorafgaande aan het interview werd uitgelegd waarom naast de vragenlijsten ook interviews nodig waren ten behoeve van het onderzoek. De interviews zelf werden na toestemming van de vrouwen allen opgenomen met een voicerecorder. Elk interview werd zo volledig mogelijk uitgewerkt. Alleen gespreksgedeelten die door de zwangeren zelf werden ingebracht en geen raakvlak hadden met voorlichting, zoals openingen en afsluitingen, werden niet uitgewerkt. De interviews duurden gemiddeld 20 tot 25 minuten. Een proefinterview vooraf met een universitair docente in Groningen werd ook meegenomen in de resultaten, omdat het interviewformat op basis van het commentaar dat ze gaf ongewijzigd bleef.

De interviews hebben een semi-gestructureerd karakter¹¹. Het eerste (verkennende) doel is om inzichten op te doen over de door de cliënt ontvangen voedingsvoorlichting tijdens de zwangerschap. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen de informatie door professionals (verpleegkundigen, verloskundigen, AIOS, gynaecologen) en de zelf gezochte informatie door de zwangere (schriftelijk materiaal zoals brochures en boeken, online voorlichting, mondelinge voorlichting door familie en vrienden). Eigenhandige zoekacties door de zwangere na een consult met een professional zeggen wellicht iets over de informatievoorzie-

ning door de verloskundigenpraktijk of het ziekenhuis. Informatieverzameling voorafgaand aan een zwangerschapsconsult kan duiden op een verhoogde interesse in het thema voeding of een signalering van een spontane informatiebehoefte, die niet kan wachten tot de afspraak met de professional. In het tweede gedeelte van het interview wordt aandacht besteed aan het beoordelen van de teksten op zaken als duidelijkheid (concreetheid), waardeering, overtuiging en betrouwbaarheid. De volgorde van informatievergaring wordt ook meegenomen. Na het in kaart brengen van de voorlichting zoals de zwangere deze heeft ervaren, is het tweede doel om eventuele problemen met de teksten in kaart te brengen (*probleemopsporing*), waardoor verbeteringsuggesties worden verzameld, die als input dienen voor het verbeteren van de teksten (*tekstopimalisering*; het derde doel). Tijdens de tekstevaluerende fase worden de drie teksten over voeding gelijktijdig voorgelegd aan de zwangere. Dit wordt gedaan om de kritische houding boven tafel te krijgen of te versterken. Mensen vinden het over het algemeen vaak lastig om *overt* teksten te praten en hebben de neiging om informatie positief te beoordelen. Dit strookt niet met het doel van probleemopsporing en tekstopimalisering. De geïnterviewde krijgt de opdracht om de teksten één voor één goed door te lezen. De verwachting is dat vrouwen spontaan zouden reageren op basis van wat ze lezen. Om vrouwen op weg te helpen met het geven van commentaar op de teksten, worden vragen in de trant van *Wat vind je positief aan de tekst(en) en wat negatief?* gesteld. Tot slot wordt de vraag *Als jij een tekst over dit onderwerp mocht ontwerpen, hoe zou deze er voor jou dan uitzien?* opgeworpen, die inzicht moet verschaffen in hoe de teksten geoptimaliseerd zouden kunnen worden.

3.4 Proefpersonen

Een belangrijke eis die bij de selectie van de proefpersonen werd gesteld was dat de vrouwen op het moment van onderzoek zwanger moesten zijn. Het maakte echter niet uit hoe lang de vrouwen zwanger waren (dit werd voor de vragenlijsten wel meegenomen in de analyse). Eén me-

¹¹ Het format dat werd gebruikt voor de interviews staat in bijlage 4.

vrouw was nog zwanger toen ze de vragenlijst invulde, maar ten tijde van het interview was zij bevallen. Een andere eis was dat de vrouwen minimaal 10 jaar in Nederland woonachtig moesten zijn. Dit werd gecontroleerd door te vragen naar het geboorteland en indien dit niet Nederland betrof, het aantal jaren dat men onafgebroken in Nederland had gewoond. Enkele respondenten gaven aan korter dan 10 jaar in Nederland te wonen. De gegevens van deze personen zijn wel aan de data toegevoegd, omdat uit de antwoorden op de open vragen bleek dat deze personen zich goed wist uit te drukken in het Nederlands. Om het opleidingsniveau te achterhalen, moest de hoogst afgeronde opleiding worden ingevuld. Later werden de labels 'laagopgeleid' en 'hoogopgeleid' toegekend op basis van de ingevulde gegevens. Onder laagopgeleid vielen middelbare school en het Middelbaar Beroepsonderwijs, niveau 2 tot en met 4. Vrouwen met een HBO of universitaire opleiding vielen onder de categorie hoogopgeleid. Vrouwen moesten met betrekking tot de variabele ervaring met zwangerschap aangeven of ze eerder zwanger waren geweest en of ze kinderen hadden. Het aantal kinderen is niet meegenomen in het onderzoek; verwacht wordt dat er grotere verschillen gevonden kunnen worden tussen wel en geen ervaring met zwangerschap dan tussen weinig ervaring en veel ervaring met zwangerschap. Wanneer vrouwen aangaven dat ze weliswaar eerder zwanger waren geweest, maar geen kinderen hadden (bijvoorbeeld door een miskraam), werd genoteerd dat de vrouwen wel ervaring hadden met zwangerschap. Ze waren immers zwanger geweest en hebben vermoedelijk informatie gekregen en gezocht, omdat voeding al voor de zwangerschap een rol speelt en informatie zo vroeg mogelijk in de zwangerschap wordt verzameld. De vraag of vrouwen eerder hebben meegewerkt aan onderzoek, was opgenomen om vrouwen niet twee keer uit te nodigen voor het invullen van de vragenlijst. Tot slot dienden vrouwen ofwel bij de Verloskundige Stadspraktijk, waarbinnen de hoofdlocatie in de stad Groningen en de nevenlocatie Beijum vallen, onder controle staan tijdens hun zwangerschap, ofwel bij de afdeling Obstetrie van het Universitair Medisch Centrum Groningen.

4 Resultaten

In dit hoofdstuk komen allereerst de preanalyses in de vorm van een functionele en argumentatieanalyse aan de orde. Vervolgens worden achtereenvolgens de resultaten verkregen uit de vragenlijst (kwantitatief; paragraaf 4.1) en de resultaten van de interviews (kwalitatief; paragraaf 4.2) besproken.

4.1 Preanalyses

In deze eerste paragraaf bespreek ik de analyses die zijn uitgevoerd, voordat de teksten werden onderworpen aan de meningen van de respondenten. In paragraaf 4.1.1 staat de functionele analyse centraal, de argumentatieanalyse komt aan de orde in paragraaf 4.1.2.

4.1.1 Functionele analyse

Tekst 1: Mag ik alles eten tijdens mijn zwangerschap?

In principe mag je alles eten als je zwanger bent. Er zijn wel een paar uitzonderingen, namelijk rauw vlees een rauwe melk(producten). Bak je biefstukje goed door en eet geen rosbief, filet Americain, tartaar of carpaccio.

Kazen die van rauwe melk zijn gemaakt hebben de aanduiding 'au lait cru' en zijn meestal alleen bij speciaalzaken te koop. Ook moet je oppassen met rauwe groente.

Was deze altijd heel goed en bewaar een bakje salade of rauwkost nooit langer dan 24 uur.

Doelen en doelgroepen

Het centrale tekstdoel is informeren: de zwangere dient betrouwbare en volledige informatie te krijgen op het gebied van voeding tijdens de zwangerschap. Op deze manier moet de zwangere in staat kunnen zijn om binnen de aangegeven richtlijnen haar eigen afwegingen te maken voor wat betreft voeding. Informeren blijkt het enige doel

in deze tekst; immers er wordt niet gerept over risico's, gevaren en argumenten om vrouwen over te halen om bepaalde voedingsmiddelen niet te nuttigen tijdens de periode van zwangerschap. De titel 'Mag ik alles eten tijdens mijn zwangerschap?' doet ook vermoeden dat de lezer alleen informatie krijgt en door deze informatie gemotiveerd moet worden. Echter, de achterliggende gedachte van deze tekst is dat vrouwen door de informatie die ze krijgen, worden aangezet tot verantwoord eetgedrag. De tekst krijgt hierdoor tevens een motiverende functie, die net zo belangrijk is als het informerende doel.

De doelgroep omvat zwangere vrouwen. Eventuele partners kunnen aangerekend worden als meelezers. Omdat deze tekst als het ware een inleiding vormt omdat ze als eerste van de zes teksten genoemd wordt op de pagina 'Vragen' en omdat gevaren buiten beschouwing worden gelaten, kan in 'vrouwen die zeer kort zwanger zijn en die geen tot weinig voorkennis hebben over het onderwerp voeding en zwangerschap' een meer specifieke doelgroep worden gevonden.

Functies van verschillende onderdelen van de tekst

De tekst begint met het beantwoorden van de vraag 'Mag ik alles eten tijdens mijn zwangerschap?' In de twee regels daarop wordt duidelijk dat men op enkele uitzonderingen na alles kan eten tijdens de zwangerschap. Vervolgens worden in de verdere tekst productgroepen en producten aangehaald die men niet mag eten tijdens de zwangerschap, of waarmee men voorzichtig moet omgaan. De tekst is kortom een opsomming van informatie over producten die men beter niet kan eten of waarmee men moet oppassen, hetgeen ten goede komt aan het informatieve doel van de tekst.

Functionaliteit van de tekst

De tekst bevat veel informatie over wat wel en niet te eten tijdens de zwangerschap en levert hiermee een belangrijke bijdrage aan het tekstdoel 'informerend'. Aan het tekstdoel 'overtuigen' wordt op meer indirecte wijze aandacht besteed. Verloskundigen blijken informeren het belangrijkste doel te vinden van de teksten op de website van hun praktijk. Op de vraag wat de belangrijkste doelen zijn van de webteksten, antwoorden medewerkers dat informeren en instrueren de belangrijkste tekstdoelen zijn. De functie 'overtuigen' wordt niet aangewezen. Toch ligt het voor de hand dat door veel informatie te verstrekken, de lezer overtuigd raakt van gezond gedrag – immers alle argumenten en beweegredenen sturen aan op gezonde keuzes.

Het lezen van de tekst roept echter wel onmiddellijk de vraag op waarom bepaalde producten en zelfs productgroepen helemaal worden afgeraden bij zwangere vrouwen ('omdat ze schade kunnen opleveren voor het ongeboren kind'). Hier wordt namelijk in de tekst niet op ingegaan. Het ontbreken van het 'waarom' achter het advies zou goed verband kunnen houden met het overtuigende doel, dat door de VSP als niet belangrijk wordt beschouwd.

Tekst 2: Waarom moet ik oppassen met rauw vlees en rauwe melk?

Op rauw vlees en in rauwe melk(producten) kan de listeria-bacterie voorkomen.

Ook vacuümverpakte gerookte zalmfilet kan listeria bevatten. Deze bacterie kan schadelijk zijn voor jezelf en je ongeboren kind. In de koelkast blijft de listeriabacterie zichzelf vermenigvuldigen. Bewaar verse producten daarom zo koel en zo kort mogelijk.

In de praktijk is besmetting met de listeriabacterie vrij klein. Je hoeft je dus niet meteen zorgen te maken als je per ongeluk een 'fout' kaasje hebt gegeten.

Doelen en doelgroepen

Het centrale doel is vrouwen te informeren over de gevaren van bepaalde product(groep)en voor henzelf en voor hun ongeboren kind. Er worden enkele adviezen gegeven over de bereidingswijze en de houdbaarheid van sommige

rauwe producten. De tekst kent een overtuigende functie, omdat er aanwijzingen worden gegeven dat bepaalde groepen voedingsmiddelen schadelijk kunnen zijn voor het ongeboren kind en er aansporingen worden gegeven om deze producten te laten staan tijdens de zwangerschap.

Aan het einde van de tekst wordt de lezer gerustgesteld door te stellen dat de kans op besmetting met de betreffende bacterie in de praktijk vrij klein blijkt te zijn. Eigenlijk vormt de zin 'In de praktijk is besmetting met de listeria-bacterie erg klein' een tegenwerping op het eerder gestelde argument 'Deze bacterie (de listeriabacterie red.) kan schadelijk zijn voor jezelf en je ongeboren kind'.

Zwangere vrouwen kunnen worden aangemerkt als doelgroep, partners als meelezende doelgroep.

Functies van verschillende onderdelen van de tekst

De zinnen hebben overwegend een overtuigend karakter, dat de lezer moet informeren en waarschuwen tegen

mogelijk besmettingsgevaar tijdens de zwangerschap. Gezamenlijk dragen de zinnen bij aan het doel van de tekst: overtuigen. De tekst bevat ook één instruerende uiting: 'Bewaar verse producten daarom zo koel en zo kort mogelijk'. Overtuigen is het hoofddoel van deze tekst; informeren en instrueren zijn dan de nevendoelen.

Functionaliteit van de tekst

Het tekstdoel is overtuigend en de verschillende elementen van de tekst dragen hieraan bij. Wel had de instructieve zin wat meer in de belangstelling kunnen staan, bijvoorbeeld door de tekst strikter op te delen in een informatief/ overtuigend en een instructief gedeelte. De instructies hadden bovendien duidelijker in het oog kunnen springen, door ze vet te drukken. De titel 'Waarom moet ik oppassen met rauw vlees en rauwe melk?' duidt op een overtuigend betoog. Immers, de verwachting is dat bepaalde risico's aan de orde zullen komen en aansporingen worden genoemd om gevaren tegen te gaan.

Tekst 3: Hoe schadelijk is alcohol als ik zwanger ben?

Alcohol heeft invloed op je ongeboren kind. Het is dus verstandig om geen alcohol te drinken als je zwanger bent. Er is geen veilige ondergrens als het om alcohol gaat. De veiligste keus is dus: helemaal geen alcohol als je zwanger bent. Kun je dat biertje of wijntje niet laten staan? Dan heb een grotere kans op een laag geboortegewicht, een vroeggeboorte en een miskraam. Ook kan alcohol een negatieve invloed hebben op de latere ontwikkeling van je kind. Kijk voor meer informatie op de website van Stichting Alcoholpreventie.

Doelen en doelgroepen

De titel 'Hoe schadelijk is alcohol als ik zwanger ben?' doet vermoeden dat er een uitleg gegeven gaat worden over de mate van schadelijkheid van alcohol tijdens de zwangerschap. Die uitleg volgt ook daadwerkelijk in een advies ('het is verstandig om geen alcohol te drinken als je zwanger bent'), gevolgd door een opeenvolging van risico's. De tekst krijgt hierdoor naast een informerende, ook een overtuigende functie. Door de gepresenteerde gevaren, wil de zender van de tekst (indirect) bereiken dat zwangere vrouwen worden overgehaald tot gezond gedrag: het stoppen met het drinken van alcohol tijdens de zwangerschap.

Zwangere vrouwen zijn de doelgroep van de tekst over alcoholgebruik tijdens de zwangerschap. De tekst lijkt zich in het bijzonder te richten op zwangere vrouwen die het moeilijk vinden om alcohol af te slaan tijdens de zwangerschap. Dit kan ten eerste verklaard worden door de keuze voor de titel '*Hoe schadelijk is alcohol als ik zwanger ben?*' De titel veronderstelt dat alcohol überhaupt schadelijk is tijdens de zwangerschap, maar legt de nadruk op het blootgeven van de ernst van de schadelijkheid. Ten tweede draagt de zin 'Kun je dat biertje of wijntje niet laten staan?' bij aan de verdere specificatie van de doelgroep in zwangere vrouwen die moeite hebben om geen alcohol te drinken.

Functies van verschillende onderdelen van de tekst

De tekst bestaat uit afwisselend informatieve en persuasieve elementen. Zo wordt de tekst begonnen met de infor-

matief stellende zin 'Alcohol heeft invloed op je ongeboren kind', gevolgd door de interpretatie 'Het is dus verstandig om geen alcohol te drinken...'. Het moge duidelijk zijn dat de eerste zin informeert en dat in de tweede zin hieruit de conclusie wordt getrokken – getuige het woord *dus* - dat het verstandig is om geen alcohol te drinken als je zwanger bent. Deze interpretatie is een overtuigende boodschap.

Informatieve elementen kunnen aangetroffen worden in de risico's uit de zinnen 6 en 7 ('Dan heb... je kind'). De tekst bevat samengevat twee overtuigende zinnen (zin 2 en zin 4), welke het gewenste gedrag aangeven en bestaat voor de rest uit informatieve elementen waarin vooral wordt gewezen op de gevaren. Indirect werkt het wijzen op gevaren ook overtuigend, omdat mensen wanneer ze zich bewust worden van de dreigende gevaren, zich waarschijnlijk ook bewuster worden van hun eigen gedrag (hetgeen al dan niet kan leiden tot gedragsverandering ten bate van het gewenste gedrag).

Functionaliteit van de tekst

De tekst bevat duidelijke overtuigende elementen, bijvoorbeeld: 'Alcohol heeft invloed op je ongeboren kind. Het is dus verstandig om geen alcohol te drinken als je zwanger bent.' Dit tekstgedeelte wil vrouwen overtuigen van het feit dat het verstandig is om geen alcohol te drinken tijdens de zwangerschap, omdat alcohol invloed heeft op het ongeboren kind. Een andere overtuiging is dat er geen veilige ondergrens is voor alcoholgebruik, waaruit het advies voortvloeit dat alcohol geheel afgeraden wordt. De presentatie van de risico's zorgt er met andere woorden indirect voor dat de overtuigende elementen op zijn plaats zijn.

Het advies dat alcohol geheel afgeraden wordt, zou opgevat kunnen worden als instructie. Het laatste deel van deze tekst gaat in op de gevolgen van alcoholgebruik tijdens de zwangerschap en bevat weer informerende elementen.

De tekst levert een goede bijdrage aan de gestelde doelen informeren en overtuigen en in mindere mate aan het instructieve doel.

4.1.2 Argumentatieanalyse

Tekst 1: 'Mag ik alles eten tijdens mijn zwangerschap?'

Mag ik alles eten tijdens mijn zwangerschap? In principe mag je alles eten als je zwanger bent. Er zijn wel een paar uitzonderingen, namelijk rauw vlees een rauwe melk(producten). Bak je biefstukje goed door en eet geen rosbief, filet Americain, tartaar of carpaccio. Kazen die van rauwe melk zijn gemaakt hebben de aanduiding 'au lait cru' en zijn meestal alleen bij speciaalzaken te koop. Ook moet je oppassen met rauwe groente. Was deze altijd heel goed en bewaar een bakje salade of rauwkost nooit langer dan 24 uur.

1. Wat is het centrale standpunt in het betoog?
Eet geen rauw vlees en rauwe melk(producten) en wees voorzichtig met het eten en bereiden van rauwe groenten.

2. Met welke argumenten wordt het standpunt beargumenteerd?

De tekst bevat geen enkel argument.
De vragen 3 tot en met 6 zullen als gevolg van het ontbreken van argumenten overgeslagen worden.

Tekst 2: 'Waarom moet ik oppassen met rauw vlees en rauwe melk?'

Waarom moet ik oppassen met rauw vlees en rauwe melk? Op rauw vlees en in rauwe melk(producten) kan de listeriabacterie voorkomen. Ook vacuümverpakte gerookte zalmfilet kan listeria bevatten. Deze bacterie kan schadelijk zijn voor jezelf en je ongeboren kind. In de koelkast blijft de listeriabacterie zichzelf vermenigvuldigen. Bewaar verse producten daarom zo koel en zo kort mogelijk. In de praktijk is besmetting met de listeriabacterie vrij klein. Je hoeft je dus niet meteen zorgen te maken als je per ongeluk een 'fout' kaasje hebt gegeten.

1. Wat is het centrale standpunt in het betoog?
'Pas op met het eten en bewaren van rauwe producten (vlees, melk of producten op basis van melk en groente) tijdens de zwangerschap' kan beschouwd worden als het centrale standpunt (S).

De tekst gaat verder met het noemen van een aantal condities waardoor besmetting kan worden voorkomen: 'Bewaar verse producten zo koel en zo kort mogelijk'. Aan het einde van de tekst volgt een nuancering van het standpunt, namelijk 'maak je niet meteen zorgen als je een keer een fout product hebt gegeten' (T1). Figuur 1 op pagina 34 bevat een schematische weergave van het standpunt, het argument en een nuancering van het standpunt.

2. Met welke argumenten wordt het standpunt beargumenteerd?

Het bevatten van de listeriabacterie in de genoemde rauwe product(groepen) – dit is het gegeven (G) – leidt tot het argument dat het eten van rauw vlees en rauwe melk(producten) schadelijk kan zijn voor de zwangere en haar ongeboren kind.

3. Hoe verhouden de argumenten zich ten opzichte van elkaar?

Er is slechts één argument aanwezig in deze tekst: in de tekst wordt gebruik gemaakt van 'enkelvoudige argumentatie'.

4. Hoe beoordeelt u de basisargumenten?

Het enige argument is duidelijk: de belangrijkste boodschap is dat de aanwezigheid van de bacterie in bepaalde etenswaren schadelijk kan zijn voor zowel moeder als kind. Er wordt echter niet vermeld in welke zin de bacterie tot schade kan leiden.

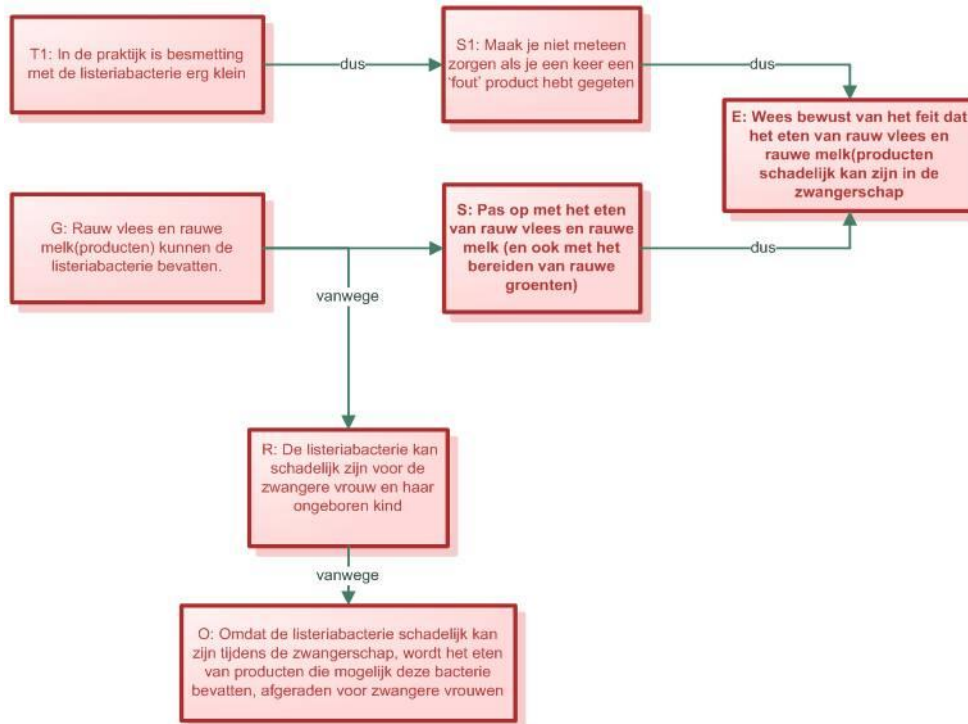
5. Hoe beoordeelt u de argumentatieve verbanden tussen basisargumenten en tussen- en eindstandpunten?

Het argument dat moet worden opgepast met het eten en de bereiding van bepaalde groepen rauwe etenswaren wordt deels de kop ingedrukt door te stellen: 'Je hoeft je dus niet meteen zorgen te maken als je per ongeluk een 'fout' kaasje hebt gegeten'. Het opwerpen van het tegenar-

gument (T1) 'In de praktijk is besmetting met de listeria-bacterie vrij klein' en het introduceren van het standpunt dat men zich niet meteen zorgen hoeft te maken wanneer men een fout product eet (S1), lijkt tegenstrijdig aan het eerder geïntroduceerde argument dat de listeriabacterie schadelijk kan zijn voor moeder en kind.

6. Welke consequenties heeft het voorafgaande voor de aanvaardbaarheid van het eindstandpunt?

Vrouwen zouden door de genoemde tegenstrijdigheid in de tekst (zie hiervoor ook punt 5) in de war kunnen raken en niet meer weten hoe ze om moeten gaan met de genoemde productgroepen.



Figuur 1 Argumentatieschema van tekst 2: 'Waarom moet ik oppassen met rauw vlees en rauwe melk?'

Tekst 3: 'Hoe schadelijk is alcohol als ik zwanger ben?'

Hoe schadelijk is alcohol als ik zwanger ben?

Alcohol heeft invloed op je ongeboren kind. Het is dus verstandig om geen alcohol te drinken als je zwanger bent. Er is geen veilige ondergrens als het om alcohol gaat. De veiligste keus is dus: helemaal geen alcohol als je zwanger bent. Kun je dat biertje of wijntje niet laten staan? Dan heb een grotere kans op een laag geboortegewicht, een vroeggeboorte en een miskraam. Ook kan alcohol een negatieve invloed hebben op de latere ontwikkeling van je kind. Kijk voor meer informatie op de website van Stichting Alcoholpreventie.

1. Wat is het centrale standpunt in het betoog?

'Drink geen alcohol als je zwanger bent' kan worden beschouwd als het centrale standpunt (S1).

Het eindstandpunt is: 'De veiligste keus is dus: helemaal geen alcohol als je zwanger bent' (S2). Het eindstandpunt verschilt van het beginstandpunt of centrale standpunt door de toevoeging *helemaal*, dat verband houdt met het argument dat er geen veilige ondergrens is bij alcoholinname tijdens de zwangerschap (zie voor dit verband ook het argumentatieschema van deze tekst)

2. Met welke argumenten wordt het standpunt beargumenteerd?

- a. Alcohol heeft invloed op je ongeboren kind;
- b. Als je alcohol drinkt tijdens de zwangerschap heb je een grotere kans op een laag geboortegewicht
- c. Als je alcohol drinkt tijdens de zwangerschap heb je een grotere kans op een vroeggeboorte;
- d. Als je alcohol drinkt tijdens de zwangerschap heb je een grotere kans op een miskraam;
- e. Ook kan alcohol een negatieve invloed hebben op de latere ontwikkeling van je kind.
- f. Er is geen veilige ondergrens als het om alcoholgebruik gaat (Dit argument kan gezien worden als argument voor het tweede standpunt 'De veiligste keus is dus: *helemaal* geen alcohol als je zwanger bent'. Dit argument maakt het eindstandpunt ('helemaal geen alcohol') concreter).

Belangrijkste argumenten/ hoofdlijnen van de tekst:

Het drinken van alcohol leidt tot verhoogde risico's voor de gezondheid van het kind.

Basisgegevens waarop de hoofdlijnen berusten:

- Alcoholgebruik tijdens de zwangerschap kan onder andere leiden tot een laag geboortegewicht, een vroeggeboorte of een miskraam.
- Ook kan alcohol invloed hebben op de latere ontwikkeling van je kind.

3. Hoe verhouden de argumenten zich ten opzichte van elkaar?

Argument a 'Alcohol heeft invloed op je ongeboren kind', dat het eerst gepresenteerde argument uit de tekst 'Hoe schadelijk is alcohol als ik zwanger bent' vormt, is het basisargument. De hierop volgende argumenten gaan meer specifiek in op waarop alcoholgebruik precies invloed heeft: ze vormen een uitwerking van het basisargument dat alcoholgebruik tijdens de zwangerschap invloed heeft op het ongeboren kind. Dit valt ook in het argumentatieschema duidelijk te zien: het basisargument staat uiterst links – hiermee begint de argumentatie – gevolgd door een aantal meer specifieke argumenten (G2 tot en met G5) die dus een uitwerking zijn van het basisargument.

De relatie tussen argument a en de argumenten b,c,d is onafhankelijk, omdat ze los van elkaar leiden tot eenzelfde standpunt ('Het is dus verstandig om geen alcohol te drinken als je zwanger bent'). De argumenten hebben elkaar met andere woorden niet nodig. Meer specifiek is sprake van nevenschikking, omdat de argumenten ten opzichte van elkaar gelijkwaardig zijn.

Dit geldt ook voor argument e - dat weliswaar apart gepresenteerd wordt (in een aparte zin en voorafgaand aan het voegwoord 'ook') – maar dezelfde relatie kent als de argumenten b, c en d ten opzichte van basisargument a.

Argument f ('Er is geen veilige ondergrens als het om alcoholgebruik gaat') staat ten slotte los van de eerder gepresenteerde argumenten, omdat het verbonden kan worden aan het eindstandpunt, en niet aan het centrale standpunt

uit de openingszin, waaraan de eerste vijf argumenten gekoppeld zijn.

4. Hoe beoordeelt u de basisargumenten?

Het basisargument ('Alcohol heeft invloed op je ongeboren kind'), is plausibel gegeven de presentatie van de drie onafhankelijk nevenschikte argumenten, die verschillende grote risico's bevatten en het basisargument hierdoor rechtvaardigen.

5. Hoe beoordeelt u de argumentatieve verbanden tussen basisargumenten en tussen- en eindstandpunten?

Het basisargument is dat alcohol invloed heeft op het ongeboren kind. Deze invloed wordt verderop in de tekst duidelijk in de daarop volgende argumenten. Het centrale standpunt dat het verstandig is om geen alcohol te drinken als je zwanger bent is een logisch gevolg van het basisargument dat alcohol van invloed is op het kind, vooral in combinatie met de overige argumenten, die het centrale argument expliciteren. De gepresenteerde risico's lijken aannemelijk door kennis van de wereld.

Het eindstandpunt 'De veiligste keus is dus: helemaal geen alcohol als je zwanger bent' houdt verband met het argument 'Er is geen veilige ondergrens als het om alcoholgebruik gaat', maar heeft geen directe relatie met de overige weergegeven argumenten.

6. Welke consequenties heeft het voorafgaande voor de aanvaardbaarheid van het eindstandpunt?

Het eindstandpunt 'drink helemaal geen alcohol als je zwanger bent' is aanvaardbaar gemaakt door het gegeven standpunt 'er is geen veilige ondergrens als het om alcoholgebruik gaat'; hierdoor ligt het voor de hand dat alcohol *geheel* wordt afgeraden tijdens de zwangerschap. Eerder werd al gesteld dat alcohol wordt afgeraden tijdens de zwangerschap (hiertoe dienden het centrale argument en de drie onafhankelijke subargumenten), nu wordt ook gesteld dat alcohol helemaal wordt afgeraden, in verband met het ontbreken van een veilige ondergrens. Hierdoor kan de zin 'Er is geen veilige ondergrens als het om alcohol-

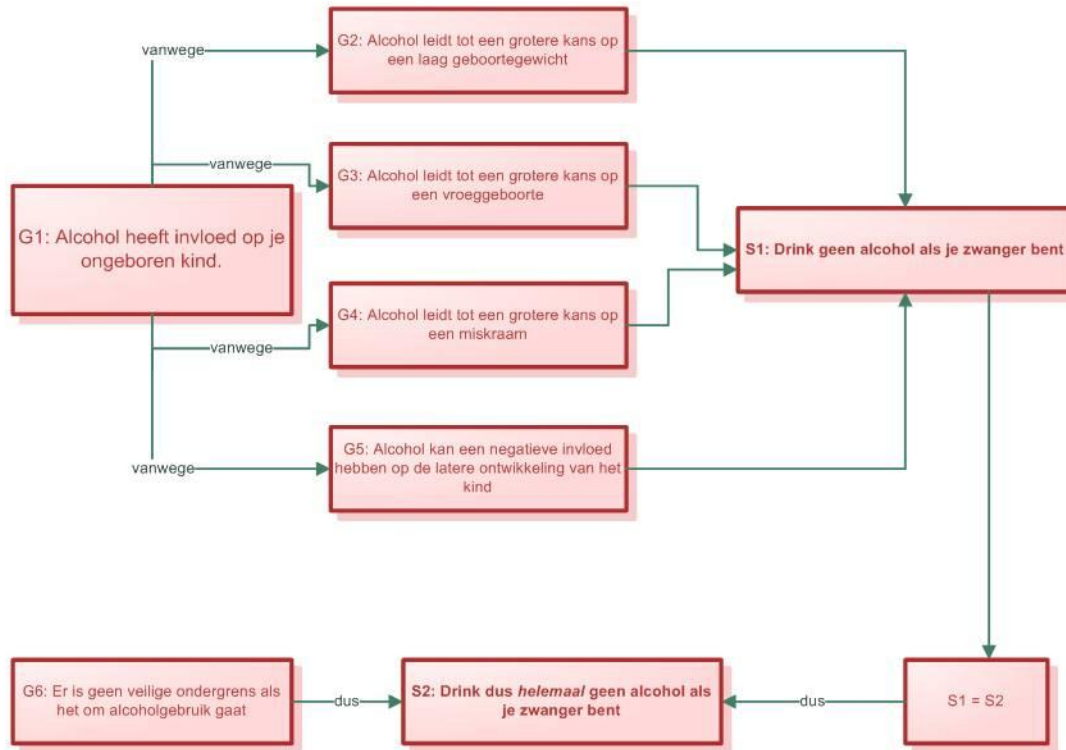
gebruik gaat' als argument worden beschouwd voor het *geheel*/afraden van alcoholconsumptie tijdens de zwangerschap.

Samenvatting functionele analyse en argumentatieanalyse

In het slot van deze paragraaf worden de functionele analyse en argumentatieanalyse samengevat. De samenvatting schetst niet alleen een achtergrond bij dit onderzoek, maar dient ook als basis bij het ontwerp van de vragen uit de vragenlijst. In de volgende paragraaf worden de resultaten die verkregen zijn uit de vragenlijsten besproken.

Uit de functionele analyse kan ten eerste opgemaakt worden dat alle teksten informatie bevatten over voeding tijdens de zwangerschap en zijn geschreven voor zwangere vrouwen. Partners en de omgeving van de zwangere kunnen worden aangerekend als meelezende doelgroep. Het onderwerp voeding speelt met name een rol in de periode voorafgaand aan de zwangerschap en aan het begin van de zwangerschap. De teksten bevatten allerlei adviezen en zijn in de eerste plaats informatief van aard. De eerste tekst 'Mag ik alles eten tijdens mijn zwangerschap?' blijkt het meest informatieve karakter te hebben. Er wordt informatie gegeven over welke producten tijdens de zwangerschap veilig zijn om te eten en welke producten niet. In de overige teksten (tekst 2 & tekst 3) wordt daarnaast gebruik gemaakt van argumentatie om de adviezen te ondersteunen. Deze teksten bevatten naast informatieve, persuasieve elementen. Tekst 2 bevat de instructie 'bewaar verse producten zo koel en kort mogelijk' en is naast informatief en persuasief ook instructief te noemen.

Uit de functionele analyse kwam tot slot naar voren dat de teksten in meer of mindere mate functioneel zijn. In tekst één wordt geen aandacht besteed aan de redenen om bepaalde producten tijdens de zwangerschap te laten staan, terwijl de tekst wel een motiverende functie kent. De tweede tekst bevat wel een argument, waardoor het persuasieve karakter van de tekst tot uiting komt. Er is in de tekst twee weinig aandacht besteed aan de instruerende functie. De derde tekst tot slot bevatte duidelijk overtuigende



Figuur 2 Argumentatieschema van tekst 3: 'Hoe schadelijk is alcohol als ik zwanger ben?'

elementen, hetgeen past bij het overtuigende doel van de tekst.

Uit de argumentatieanalyse bleek dat de teksten nogal verschillen als het gaat om lezerovertuiging. Elke tekst bevatte een advies, maar niet in alle teksten werd gebruik gemaakt van argumenten om de lezer te overtuigen van het gegeven advies. Zo was in tekst 1 'Mag ik alles eten tijdens mijn zwangerschap?' geen argumentatie opgenomen. Tekst

2 'Waarom moet ik oppassen met rauw vlees en rauwe melk?' begon met het noemen van producten die mogelijk

een slechte invloed zouden kunnen hebben op de zwangere vrouw en haar baby en bevatte het argument 'Deze bacterie kan schadelijk zijn voor jezelf en je ongeboren kind'. Het presenteren van één enkel argument voor een standpunt wordt door Schellens & Steehouder (2008) aangegeven als 'enkelvoudige argumentatie'. De derde tekst, 'Hoe schadelijk is alcohol als ik zwanger ben?', bleek het rijkst qua argumenten: de tekst geeft 6 argumenten voor ondersteuning van het standpunt. De meeste argumenten zijn nevensgeschikt aan elkaar (ze hebben elkaar nodig om de argumentatie volledig te maken) en berusten op het tussenstandpunt 'drink geen alcohol'. Eén enkel

argument wordt 'los' gepresenteerd en heeft betrekking op het eindstandpunt, 'drink *helemaal* geen alcohol'. De teksten verschillen dus behoorlijk van elkaar als het gaat om aanwezigheid en mate van uitgebreidheid van argumentatie. Daarnaast verschilden de teksten ook met elkaar op basis van de risicoperceptie en –bespreking. Zo komen risico's het meest concreet aan de orde in tekst 3, waarin wordt gesteld dat het drinken van alcohol tijdens de zwangerschap zou kunnen leiden tot een miskraam, vroeggeboorte of een laag geboortegewicht. Tekst 1 handelt niet over gevaren; in tekst 2 wordt gesteld dat het eten van rauw vlees en rauwe melkproducten kan leiden tot *schade* bij het ongeboren kind.

In deze paragraaf werden de analyses besproken die uitgevoerd zijn op het onderzoeksmateriaal, om een scherper beeld te krijgen van doelgroep, tekstdoel en de verschillen van een tekst bij kunnen dragen aan de functies van een tekst, maar ook om de overtuigende middelen die werden gebruikt om een tekst kracht bij te zetten te achterhalen en te interpreteren. De analyses dienen als achtergrond voor het verdere onderzoek, waarbij de mening van zwangere vrouwen centraal zal staan. Vrouwen vulden hiertoe eerst een vragenlijst in – de resultaten hiervan worden besproken in de volgende paragraaf – en enkele respondenten namen daarnaast deel aan een interview (waarvan de resultaten worden besproken in paragraaf 4.3).

4.2 Kwantitatieve resultaten

4.2.1 onderzoeksgroep

In totaal vulden 80 zwangere vrouwen de vragenlijst in. Er is gekozen om evenveel respondenten te verzamelen bij de VSP als in het UMCG: N = 39 (VSP) en N = 41 (UMCG). Het opleidingsniveau bleek ongelijk verdeeld: 31 vrouwen waren laagopgeleid, tegenover 47 vrouwen die hoogopgeleid waren. De helft van de respondenten had ervaring met zwangerschap; iets minder dan de helft was voor het eerst zwanger. In enkele gevallen vulden vrouwen in dat ze eer-

der zwanger waren geweest, maar nog geen kinderen hadden. Deze vrouwen vielen in de categorie vrouwen met zwangerschapservaring. Van enkele vrouwen ontbrak zowel het opleidingsniveau als de ervaring met zwangerschap, zoals te zien is in onderstaande tabel. De laag- en hoogopgeleiden alsmede de zwangeren zonder en met ervaring met zwangerschap vormden namelijk in totaal geen honderd procent. De tabel hieronder geeft de kenmerken van de respondenten in procenten weer:

Samenstelling populatie	Aantallen in procenten
Opleidingsniveau	hoogopgeleid (58%) laagopgeleid (38,3%)
Ervaring met zwangerschap	ja (50,6%) nee (45%)
Plaats van controle	VSP (49,4 %) UMCG (50,6%)

Tabel 1 Frequentieverdeling van beschrijvende variabelen

4.2.2 Beschrijvende resultaten

De vragenlijst bevatte drie verschillende teksten over voeding. De teksten verschilden onderling onder meer in de aanwezigheid en hoeveelheid argumenten. Zo bevatte de eerste tekst geen argumentatie ter ondersteuning van het advies dat gegeven werd, terwijl dit bij de teksten twee en drie wel het geval was. De tweede tekst bevatte een enkel argument, de derde tekst bevatte meerdere argumenten. De op basis van het gebruik van argumentatie verschillende teksten worden onderworpen aan de meningen van respondenten. Er wordt ten eerste verwacht dat lezers een tekst meer waarderen en meer overtuigd raken van de genoemde adviezen, naarmate er (meer) argumentatie aanwezig is in de tekst (hypothese 1)¹². Daarnaast is de verwachting dat mensen teksten evalueren op basis van hun eigen achtergrond. Hierbij wordt bedoeld op opleidingsniveau (hypothese 2) en ervaring met zwangerschap (hypothese 3). Hierna wordt per hypothese aangegeven

¹² De hypothesen werden geformuleerd in de slotparagraaf van het Theoretisch kader (paragraaf 2.7), te vinden op pagina 16 en 17.

hoe er getoetst is, wat de resultaten zijn en hoe deze geïnterpreteerd moeten worden.

4.2.3 Toetsen en verbanden

Betrouwbaarheid

De vragen uit de vragenlijst werden gegroepeerd tot 'waardering' en 'overtuiging' van de 3 teksten. Allereerst werd door middel van de functie Cronbach's alpha (α) getoetst of de vragen die de waardering en overtuiging moesten meten, wel daadwerkelijk hetzelfde meten. Cronbach's alpha lag bij elke tekst voor zowel waardering als overtuiging hoger dan 0,7. Dit is de minimale waarde die in handboeken als betrouwbaar wordt gehanteerd (zie bijvoorbeeld Field, 2000). Tabel 2 geeft een overzicht van Cronbach's Alpha voor de attitudes waardering en overtuiging per tekst. Uit deze tabel kan worden afgeleid dat de gestelde vragen die samengevoegd zijn tot de variabelen 'waardering' en 'overtuiging' daadwerkelijk de attitudes 'waardering' en 'overtuiging' meten, immers alle waarden liggen hoger dan 0,7.

Cronbach's Alpha	waardering	overtuiging
Tekst 1	0,73	0,80
Tekst 2	0,79	0,80
Tekst 3	0,84	0,91

Tabel 2 Betrouwbaarheid (Cronbach's α)

Testen van de hypothesen

Om zowel de inhoudelijke (argumentatie) en interpersoonlijke verschillen (opleidingsniveau en ervaring met zwangerschap) tussen de teksten nader te bestuderen, werd gebruik gemaakt van de ANOVA test voor repeated measures. Deze toets wordt gebruikt wanneer respondenten deelnemen aan alle condities van een experiment (Field, 2002). In feite is er in dit onderzoek geen sprake van herhaalde metingen, maar door repeated measures kunnen de teksten op een verantwoorde wijze met elkaar vergeleken worden. Allereerst werden de teksten met elkaar vergeleken op de aspecten waardering en overtuiging. Bij alle toetsen werd een significantieniveau van .05 gehanteerd.

Deelvraag 1: *Hoe evalueren lezers de aanwezigheid van argumentatie en aan welke vorm van argumentatie geven zij de voorkeur?*

(hypothese 1)

De waardering van de teksten werd gemeten door drie vragen uit de vragenlijst: (1) Sluit de tekst aan bij de kennis die je hebt over dit onderwerp?, (2) Geeft de tekst volgens jou voldoende informatie over het onderwerp? en (3) Zou je deze tekst aanbevelen aan andere zwangere vrouwen? De volgende tabel geeft de gemiddelde waardering per tekst weer.

Waardering per tekst	waardering	standaardafwijking
tekst 1	5,5708	1,15
tekst 2	5,9083	1,14
tekst 3	6,4000	.92

Tabel 3 De attitude 'waardering' per tekst; N = 80

Uit de bovenstaande tabel kan opgemaakt worden dat de respondenten de minste waardering hebben voor tekst één (5,57), dat ze tekst twee beter waarden (5,9) en dat ze de derde tekst verreweg het meest waardeerden, namelijk met een 6,4.

Om de hypothese dat lezers positiever tegenover teksten staan naarmate ze argumenten voor de gegeven adviezen bevatten verder te testen, werd ook de overtuiging ten aanzien van de drie voorgelegde teksten gemeten. Dit werd gedaan door de volgende vragen: (1) Ben je het eens met het advies uit de tekst?, (2) Ben je overtuigd van het advies dat in deze tekst wordt gegeven en (3) In hoeverre denk je dat je het advies waarover je gelezen hebt zelf gaat opvolgen tijdens je zwangerschap? De tabel hieronder laat het gemiddelde cijfer op een schaal van 1 tot 7 voor de overtuiging zien:

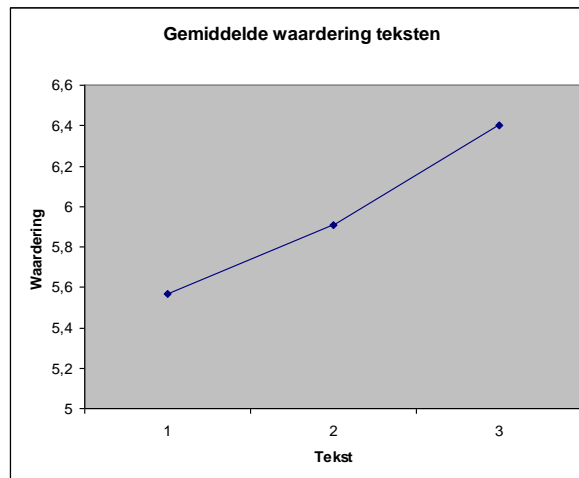
De mate van overtuiging voor de verschillende teksten laat eenzelfde tendens zien als de attitude waardering: tekst 1 wordt het minst geprefereerd en tekst 3 het meest.

Overtuiging per tekst	overtuiging	standaard-afwijking
tekst 1	5,6500	1,25
tekst 2	6,3542	.91
tekst 3	6,5708	.90

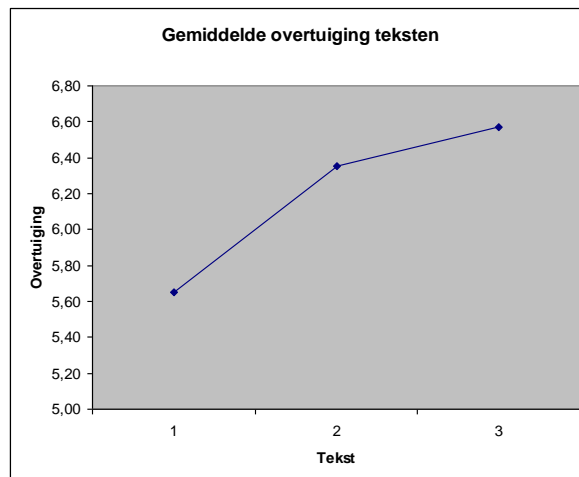
Tabel 4 De attitude 'overtuiging' per tekst;
N = 80

Opvallend bij de mate van overtuiging is het grote verschil tussen tekst 1 en tekst 2 en tussen tekst 1 en tekst 3. Dit kan worden verklaard door de afwezigheid van argumenten in tekst 1 (waar vrouwen duidelijk niet de voorkeur aan geven) en de aanwezigheid van argumenten ter ondersteuning van de adviezen in de teksten 2 en 3. Er is echter wel een voorkeur aanwezig onder de respondenten voor tekst 3, waaraan het gemiddelde cijfer van 6,57 werd toegekend, tegenover een waarde van 6,35 voor de tweede tekst. In de onderstaande grafieken worden de waardering en overtuiging per tekst weergegeven. De grafieken laten een stijgende lijn zien voor beide attitudes. Het attitudeverschil tussen de teksten 2 en 3 is bij waardering groter dan bij overtuiging. Zwangere vrouwen prefereren voorlichting duidelijk meer naarmate ze meer argumentatie bevat (tekst 2 bevat 1 argument en tekst 3 bevat meerdere argumenten). Overtuiging laat een kleiner verschil tussen tekst 2 en 3 zien. Kennelijk speelt de kwantiteit bij overtuiging minder een rol dan het gegeven dat teksten überhaupt wel of geen argumentatie bevatten.

De onderstaande tabellen en grafieken lieten een verschil in attitude tussen de teksten zien. Om te achterhalen of dit verschil veroorzaakt is door aan- en afwezigheid van argumenten en de hoeveelheid argumentatie of door toeval, werd met behulp van een ANOVA test voor repeated measures de significantie berekend van de verschillen in waardering en overtuiging tussen de teksten.



Figuur 3 Gemiddelde waardering teksten



Figuur 4 Gemiddelde overtuiging teksten

De toets geeft aan dat het verschil in waardering tussen de teksten significant is: $p = < .001$ bij een significantieniveau van $\alpha = .05$ ($F(2,78) = 25,34$). De verschillen op basis van overtuiging tussen de teksten 1, 2 en 3 zijn wederom significant.

Conclusie hypothese 1

De hypothese dat voorlichting naarmate deze argumentatie bevat, meer gewaardeerd wordt en meer overtuigend is, kan worden aangenomen. De lezersvoorkeur gaat uit naar teksten die argumentatie bevatten om de adviezen te ondersteunen. Lezers prefereren hierbij uitgebreide, meer-voudige argumentatie, zoals het geval was in tekst 3 (zie hiervoor ook 'analyse van de teksten'). De zwangere respondenten waren ook het meest overtuigd door tekst 3.

Zoals eerder werd gesteld, blijken de teksten zowel voor de waardering als voor de overtuiging van de lezer significant van elkaar te verschillen. Het is echter nog niet duidelijk in hoeverre de teksten onderling met elkaar verschillen. Aannemelijk is dat de tekstattitude tussen de teksten 2 en 3 dichter bij elkaar liggen dan bijvoorbeeld tussen de teksten 1 en 2, omdat de eerste tekst geen argumentatie bevat en in de overige teksten daarentegen wel argumenten worden ingezet. Om dit na te gaan wordt bij de repeated measures toets de optie 'contrasts' aangevinkt. Deze optie maakt het mogelijk om twee teksten met elkaar te vergelijken op basis van significantie. De volgende tabel geeft de gevonden p-waarden weer:

Verschillen per attitude tussen 2 teksten	waardering	overtuiging
tekst 1 - tekst 2	.024 $F(1, 79) = 5,32$.000 $F(1, 79) = 24,05$
tekst 2 - tekst 3	.001 $F(1, 79) = 12,69$.066 $F(1, 79) = 3,47$

Tabel 5 Verschillen in attitude binnen de teksten

Uit voorgaande tabel blijkt dat er zowel significante verschillen als niet significante verschillen aanwezig zijn. Voor waardering zijn de verschillen tussen tekst 1 en 2 en de verschillen tussen tekst 2 en 3 beide significant ($p = .024$ en $p = .001$). Het significante verschil tussen tekst 1 en 2 komt overeen met de verwachtingen; de verschillen tussen tekst 2 en 3 zijn niet in de lijn der verwachting.

De attitude overtuiging laat een significant verschil zien van $p = < .001$ tussen de eerste twee teksten. Het verschil binnen tekst 2 en 3 is niet significant. De resultaten voor de attitude overtuiging komen in tegenstelling tot die van waardering wel overeen met de hypothese dat verschillen alleen tussen de teksten 1 en 2 significant zouden zijn, vanwege het ontbreken van argumenten in tekst 1. Deze eerste tekst werd eerder al het zwakst gewaardeerd en liet de minste lezerovertuiging zien (zie hiervoor ook de tabellen 3 en 5), terwijl er een minder groot verschil in waardering en overtuiging aanwezig was tussen de teksten 2 en 3, die wel argumentatie bevatten.

Deelvraag 2: *Is er verschil tussen hoogopgeleiden en laagopgeleiden in de waardering en overtuiging van de teksten?* (hypothese 2)

Vervolgens werd gekeken of het opleidingsniveau van invloed was op de waardering en overtuiging van de teksten. De verwachting was dat hoogopgeleide zwangere vrouwen kritischer zijn ten aanzien van teksten. Hierdoor zouden zij enerzijds een lagere waardering ten aanzien van de teksten hebben en anderzijds dienen zij meer overtuigd te worden met argumenten, willen zij de adviezen daadwerkelijk opvolgen. Van laagopgeleiden wordt verwacht dat zij minder kritisch zijn op het tekstmateriaal en de voorlichting beter waarderen dan hoogopgeleiden. Dit vermoeden bleek niet het geval. De interactie-effecten tussen opleidingsniveau en waardering en overtuiging van de teksten zijn niet significant ($p = .41$ voor waardering en $p = .11$ voor overtuiging). Voor zowel de attitude waardering als overtuiging zijn verschillen in opleidingsniveau dus niet significant. De kans is met andere woorden zeer klein dat attitudeverschillen het gevolg zijn van verschillen in

opleidingsniveau. Laagopgeleiden willen blijkbaar evenzeer argumenten zien als hoogopgeleiden.

Deelvraag 3: *Verschillen vrouwen die voor het eerst zwanger zijn met vrouwen die eerder een zwangerschap hebben meegemaakt in de mate waarin ze de teksten waarderen en in de mate waarin ze overtuigd zijn door de teksten?* (hypothese 3)

Ervaring met zwangerschap is de tweede persoonsgebonden variabele en bleek evenmin significant (waardering: $p = .34$ en overtuiging: $p = .99$) als de variabele opleidingsniveau. De hypothese dat vrouwen die voor het eerst zwanger zijn als gevolg van een verhoogde informatiebehoefte kritischer zijn en de informatie minder zouden waarderen en minder overtuigd zijn dan vrouwen met ervaring met zwangerschap, moet worden verworpen.

4.3 Kwalitatieve resultaten

4.3.1 Inleiding

In totaal werden met zeven vrouwen interviews afgenomen. Zes vrouwen liepen hun controles bij de Verloskundige Stadspraktijk; één mevrouw stond onder controle in het UMCG. De vrouwen waren tussen de 22 en

36 jaar oud. Eén mevrouw was zwanger van haar tweede kind; voor de overige vrouwen was het hun eerste zwangerschap. Uit de literatuur (zie Theoretisch kader) kwam al naar voren dat vrouwen die voor het eerst zwanger zijn de grootste informatiebehoefte hebben (Larsson, 2008; Swajcer, 2009). Deze vrouwen lijken dus in het bijzonder geschikt om te interviewen. Het merendeel van de vrouwen was hoogopgeleid: 2 vrouwen hebben universiteit afgerond en 1 van deze vrouwen is bovendien gepromoveerd. Drie andere vrouwen hebben een HBO opleiding gevolgd. De overige twee vrouwen hebben een MBO opleiding gehad. Enkele dames brachten hun partner of een goede vriendin mee naar het interview. In een enkel geval gaven zij ook

opmerkingen tijdens de interviews. Dit wordt vermeld in de resultaten. De respondenten worden aangegeven met de letters A tot en met G (figuur 5). De interviews duurden gemiddeld tussen de 20 en 25 minuten. Het interview kent een semigestructureerd verloop. Dat betekent dat de hoofdlijnen zijn uitgezet, maar dat de interviewer de ruimte heeft om in te springen op zaken die aan de orde komen tijdens het gesprek. Grofweg heeft het interview twee hoofddoeleinden: ten eerste het in kaart brengen van de voedingsvoorlichting en ten tweede het evalueren van de teksten en mogelijkheden aanstippen voor optimalisatie van de teksten. Ten behoeve van het eerste doel wordt zowel aandacht besteed aan de voedingsvoorlichting zoals de zwangere deze heeft ontvangen van deskundigen alsook het eigen zoekgedrag van de respondent.

Mevrouw A: 33 jaar, moeder van 1 kind, universitair docente
Mevrouw B (met partner): 29 jaar, geen kinderen, <i>informatieadviseur</i> (HBO),
Mevrouw C: 29 jaar, geen kinderen, redacteur (WO)
Mevrouw D (met partner): 31 jaar, geen kinderen, beleggingsadviseur (HBO)
Mevrouw E (met goede vriendin): 22 jaar, geen kinderen, gastouder (HBO)
Mevrouw F: 26 jaar, moeder van vijf weken oude dochter, verpleegkundige (MBO)
Mevrouw G: 36 jaar, geen kinderen, beleidsadviseur (WO Bachelor)

Figuur 5 kenmerken respondenten

Deel 1: Ervaring met voedingsvoorlichting

4.3.2 Voedingsinformatie verstrekt door de verloskundige
Allereerst werd gevraagd naar de ontvangen informatie door de professional. In de meeste gevallen ging de verlos-

kundige er volgens de respondenten van uit dat vrouwen al informatie hadden verzameld, voordat ze in de praktijk kwamen. Het intakegesprek – het eerste gesprek tussen een verloskundige en de zwangere dat plaatsvindt tussen ongeveer vier en tien weken zwangerschap – werd dan gebruikt om te verifiëren of vrouwen wisten dat bepaalde producten worden afgeraden tijdens de zwangerschap. Eén mevrouw (B) kwam, voordat ze zwanger raakte, al bij de gynaecoloog en kreeg in het ziekenhuis informatie over voeding tijdens de zwangerschap, wat neerkwam op het vermijden van rauwe producten zoals rauw vlees en rauwe zalm. In tegenstelling tot uitgebreide informatie vóór de zwangerschap door de gynaecoloog, lijken verloskundigen in beperkte mate aandacht te besteden aan voedingsvoorlichting bij vrouwen die op dat moment zwanger zijn. Meerdere vrouwen beaamden de beknoptheid met betrekking tot de voedingsvoorlichting door de verloskundige:

Mevrouw B

'Bij de verloskundige praktijk hebben ze wel gevraagd of ik foliumzuur heb geslikt en of ik wel een beetje wist wat ik wel en niet zou kunnen eten. Maar niet heel uitgebreid...'

Citaat 1

Mevrouw E

'Maar het was niet een heel groot iets of zo, die voorlichting. Het was gewoon even van wat weet je er van en een aanvulling hierop, dat is het zeg maar.'

Citaat 2

Na enige doorvraag geeft mevrouw E toch nog aan dat ze wel degelijk iets aan de informatie van de verloskundige heeft gehad:

Mevrouw E

'Ehm, nou de verloskundige vroeg vooral wat ik ZELF wist en eh, ik wist dus wel een aantal standaard dingen, zoals geen alcohol en zo, en dat heeft ze nog even wat aangevuld. Dingen die ik niet goed begreep, heeft ze even helder gemaakt...zo van 'dit mag niet', maar 'dat mag wel', als ik

dan zelf dacht dat het helemaal niet mocht. Dus wat uitgebreider en preciezer zeg maar.'

Citaat 3

Verloskundigen gaan er van uit dat vrouwen al over de nodige informatie beschikken en stemmen hun informatie hier op af. Ze haken bijvoorbeeld in op verkeerde interpretaties van de zwangere en onduidelijkheden die de zwangere ervaart. De zwangere vrouw kan op deze wijze de informatie ten aanzien van voeding verifiëren bij haar verloskundige. Wanneer de vrouw echter geen vragen heeft of stelt over het onderwerp voeding, zouden misvattingen kunnen blijven bestaan.

Een andere mevrouw (G) tenslotte stond vanaf het begin van haar zwangerschap onder controle bij de gynaecoloog. Haar eerste afspraak in het ziekenhuis had ze echter toen ze vierenvolfe maand zwanger was. Vragen stelde ze aan haar huisarts, die ook verloskundige is. Over de mogelijkheid tot het stellen van vragen aan haar gynaecoloog zegt ze:

Mevrouw G

'Maar ik ben hier bij de gynaecoloog, alleen ja, die controles, op de een of andere - dat is kort en klinisch. En dan komt het er eigenlijk niet van. Dus daar hebben we het niet over gehad (over voeding).'

Citaat 4

Preconceptioneel advies¹³, dat als doel het vergroten van de kans op een gezond kind heeft, staat hoog in het vaandel in het UMCG. Eenmaal zwanger, lijkt de aandacht van specialisten verschoven te zijn naar de medische zorg voor moeder en kind. Specialisten zijn namelijk van mening dat een gezonde zwangerschap al begint in de periode voor de bevruchting. Toch belandden lang niet alle vrouwen bij de gynaecoloog of verloskundige voordat ze zwanger raken. Het is daarom van belang om ook tijdens de zwangerschap aandacht te blijven besteden aan het onderwerp voeding,

¹³ Advies dat bedoeld is om de zwangerschap zo gezond mogelijk te laten beginnen. De leefstijl van toekomstige ouders speelt hierbij een grote rol. Bron: www.verloskundigestadspraktijk.nl.

om gezondheidsrisico's bij moeder en kind te bestrijden. Blijkbaar is hier ook behoefte aan.

4.3.3 Het zoekgedrag tijdens de zwangerschap

1. Hebben vrouwen een verhoogde informatiebehoefte als gevolg van hun zwangerschap?

De meeste vrouwen zijn zich ervan bewust dat zwangerschap een bewuste omgang met voeding vereist. Soms zochten zij informatie op het moment dat ze wisten dat ze zwanger waren, in ieder geval vóór hun eerste bezoek aan de verloskundige. Ze zochten in eerste instantie informatie om te achterhalen welke producten afgeraden werden. Verschillende vrouwen (mevrouw D en haar partner en mevrouw F, die in het ziekenhuis bij de gynaecoloog onder controle stond) beleefden de transitie (zie hiervoor het theoretisch kader; Swajcer, 2008) naar zwangerschap als volgt:

*Mevrouw D (haar partner vult aan):
'Ik wist dat er beperkingen golden. Dus op het moment dat je weet dat je zwanger bent, dan moet je daar even rekening mee houden. Dan is het handig om te weten wat het belangrijkste is.'* Citaat 5

*Mevrouw F
'Ja. En ik denk: die informatie heb je direct nodig. De eerste keer dat ik hier echt een normale controle had was begin december [...] en toen was ik al vierenhalve maand zwanger. En dan moet je toch al wel het een en ander weten...'* Citaat 6

De meeste vrouwen realiseren zich dat informatie over voedinginname niet kan wachten tot het bezoek aan een verloskundigenpraktijk. De vrouwen geven aan dat ze ergens in het achterhoofd weten dat voeding in het bijzonder belangrijk is tijdens de zwangerschap. De 6 geïnterviewde vrouwen die voor het eerst zwanger zijn laten een sterk verhoogde informatiebehoefte zien. Ze zochten allen meerdere keren naar informatie over hun zwangerschap, zowel voorafgaand aan hun eerst bezoek aan de verloskun-

dige als tussen de spreekuren op de praktijk of in het ziekenhuis door. De onderstaande citaten 6 en 7 geven een aantal vragen van vrouwen weer omtrent voeding tijdens de zwangerschap:

*Mevrouw G
'Zoiets, een twijfelgeval als droge worst bijvoorbeeld. Dan denk ik van goh, is dat nu wel of niet rauw vlees? Is dat nou wel of niet gerookt? Dat weet je eigenlijk niet. Want het is wel bewerkt. Maar daar [op de website van het Voedingscentrum] staat gewoon wel duidelijk op dat droge worst dus eigenlijk niet goed is.'*

Citaat 7

*Mevrouw D
'Ik zit even een voorbeeld te bedenken, ik heb nog wel iets nagevraagd waarover op internet verschillende verhalen stonden [...] Dat was volgens mij voornamelijk de rauwe vis, je mag wel rauwe vis hebben, maar niet als het voorverpakt is...'*

Citaat 8

De meeste zoekacties hebben betrekking op de voedinginname: welke product(soort)en kunnen schadelijk zijn voor mijn baby en welke producten kan ik zonder gevaar eten? Met name vrouwen die voor het eerst zwanger zijn zoeken regelmatig allerlei zwangerschapsinformatie over voeding. Eén mevrouw (mevrouw A) was voor de 2e maal zwanger en liet een minder sterke behoefte aan informatie zien:

*Mevrouw A
'Het is al de tweede keer dat ik zwanger ben, dus ik heb niet alles opnieuw opgezocht.'*

Citaat 9

Toen ze voor het eerst in verwachting was, gebruikte ze de website www.voedingscentrum.nl, waarbij ze in het bijzonder geïnteresseerd was in richtlijnen over de hoeveelheid voeding die je dient te nuttigen als je zwanger bent. Daarnaast vormden 'indianenverhalen' zoals het feit dat tonijn erg slecht zou voor de zwangerschap, een aanleiding voor

verificatie op internet. Ook putte ze informatie uit haar omgeving, waarvan ze stelde dat zo'n beetje iedereen om haar heen zwanger is. Larsson (2009) en Swajcer (2008) stellen dat vrouwen die voor het eerst zwanger zijn meer willen weten over (voeding tijdens de) zwangerschap dan vrouwen met zwangerschapservaring. Dit lijkt ook te gelden voor de respondenten die voor dit onderzoek geïnterviewd waren. Door hun gebrek aan kennis en ervaring, zijn ze onzeker of ze het wel goed doen. De mevrouw die al een kind had (mevrouw A; zie citaat 9) zocht juist weinig informatie op tijdens haar tweede zwangerschap. Haar gedrag baseerde ze op wat ze geleerd had tijdens haar eerste zwangerschap.

Er ontstaat bij vrouwen een verhoogde informatiebehoefte met betrekking tot voeding. Voor de zwangerschap zijn ze niet of nauwelijks geïnteresseerd in het thema voeding en zwangerschap. Ze weten vaak wel dat er iets is met voeding tijdens de zwangerschap, maar weten niet van de hoed en de rand. Zodra ze zwanger zijn en met name tijdens een eerste zwangerschap proberen ze precies te achterhalen wat ze moeten eten en wat ze moeten laten staan om de kans op een goede zwangerschap en een gezond kind zo groot mogelijk te maken. Dit beeld wordt ook door Larsson (2009), Swajcer et al (2009) en Van Tongeren en Lai (2004) geschetst. De behoefte aan informatie is het grootst aan het begin van de zwangerschap, maar was ook zichtbaar na afloop van consulten, gedurende de hele zwangerschap.

2. Hoe zoeken de zwangere vrouwen naar informatie en hoe evalueren zij hun zoektocht?

Toen mevrouw D en haar man wisten dat ze zwanger waren, hebben ze gelijk informatie opgezocht. Vrouwen startten hun zoektocht dikwijls bij de zoekmachine Google, waarbij ze de trefwoorden 'zwanger' en 'voedsel' intikten. Meerdere vrouwen (mevrouw B en C) gaven aan dat ze op deze wijze informatie zochten, omdat ze geen directe ingang tot een specifieke informatiebron hadden. Mevrouw G startte bij de website van het Voedingscentrum, en zocht vanaf deze website soms elders verder naar meer informatie. Mevrouw A, die universitair docente is, zocht ook enkel op de websites van het Voedingscentrum en

daarnaast de website van De Verloskundige Stadspraktijk. Ze blijkt de enige vrouw die informatie zocht via de website van de praktijk; de overige vrouwen waren niet bekend met de website of dachten hier geen passende informatie te kunnen vinden. Daarnaast ontving mevrouw A informatie van vriendinnen die ook zwanger waren (geweest).

Mevrouw B zocht eigenlijk vooral via internet met behulp van de zoekmachine Google. Daarbij kwam ze uit op sites zoals www.zwanger.nl en de website van het Voedingscentrum. Daarnaast haalde ze informatie uit boeken. Een andere dame (mevrouw C) haalde informatie op de website www.babyinfo.nl. Wanneer de site van Babyinfo geen antwoorden kon geven, zocht mevrouw C de informatie opnieuw via een zoekmachine. Ze gaf aan dat het zoeken naar specifieke informatie op internet tijd en moeite kost, waarbij ze het volgende voorbeeld gaf:

Mevrouw C

'Ik vroeg me op een gegeven af of feta ook viel onder die rauwmelkse kazen. Daar ben ik uiteindelijk wel achter gekomen. Dat was nog wel lastig hoor, want ik was niet met één klik klaar.' Citaat 10

Bovenstaande uitspraak laat de moeite zien die het soms kost om specifieke informatie op internet te vinden. Dergelijke zoektochten kosten de nodige inspanning. Het ontbreken van bepaalde producten zoals feta op de website van de VSP, kan op deze manier leiden tot onzekerheid.

Opvallend feit is dat niet alle vrouwen via internet informatie zochten. Twee van de 7 geïnterviewden zochten gedurende hun zwangerschap helemaal geen informatie via dit medium. Eén vrouw (mevrouw F) hanteerde gedurende haar hele zwangerschap een boek, de zogeheten 'zwangerschapsbijbel'. Deze bevatte uitgebreide informatie over zwangerschap, zoals aanbevolen voeding en voeding die vermeden diende te worden, over de fysiologische veranderingen en groei van het kind, de bevalling et cetera. Mevrouw A gebruikte het tijdschrift 'Wij', dat ze kreeg van de verloskundige tijdens een bezoek aan de praktijk. Een

enkele vraag over of een bepaalde kaas al dan niet tot de rauwmelkse kazen¹⁴ behoorde zocht ze ook niet op internet, maar stelde ze aan de kaasboer. Mevrouw E was voor het eerst zwanger, maar zocht haast geen informatie. In plaats daarvan zette ze haar algemene kennis en de opgedane informatie van haar opleiding verpleegkunde in en redeneerde op puur logische wijze:

Mevrouw E

'Ja, ik heb het [informatie over voeding tijdens de zwangerschap] niet eens eigenlijk opgezocht, het was meer gewoon ja, wat al in mijn algemene kennis zat door mijn opleiding HBO-V. Daar heb ik het natuurlijk eigenlijk allemaal geleerd. Alleen nu het dan voor mij actueel is, raket ik het dan weer op zeg maar. Ik denk niet dat ik het echt op heb gezocht van te voren, maar dat ik putte uit wat ik nog logisch wist.'

Citaat 11

Een enkele keer belde ze een informatielijn van Unilever, omdat ze niet zeker wist of het product dat ze kocht in de supermarkt veilig was tijdens haar zwangerschap. De meeste van de ondervraagde vrouwen zoeken dikwijls informatie op het internet. Hun zoektocht starten ze in veel gevallen op een zoekmachine of op websites van overheidsinstanties zoals het Voedingscentrum. Informatie van deze laatste organisatie werd makkelijker aangetroffen dan informatie die vanaf een zoekmachine werd gevonden. Vrouwen gebruikten zoekmachines wanneer ingangen met waar de gewenste informatie te vinden ontbraken. Zwangeren die niet via internet zochten, waren tevreden met de door hen gehanteerde communicatiemiddelen (handboeken over zwangerschap, telefonische informatielijnen, mondelinge informatie van voedingspecialisten). Uit de volgende paragraaf zal blijken dat mensen over het algemeen minder tevreden zijn met de informatie die zij op

14 'Rauwmelkse kazen', vaak afkomstig uit het buitenland, kunnen in tegenstelling tot gepasteuriseerde kazen de Listeriabacterie bevatten. De bacterie kan schadelijk zijn voor kwetsbare groepen, waaronder zwangeren. Bron: www.voedingscentrum.nl.

internet aantreffen dan met andere manieren van informatievergaring.

4.3.4 Inschatting van de betrouwbaarheid in van de gevonden informatie

Vijf van de zeven geïnterviewde vrouwen raadpleegden internet voor zwangerschapsdoeleinden. Het medium werd vooral gebruikt vanwege het gemak en de mogelijkheid om zonder kennis informatie in te winnen van waar voorlichting over voeding en zwangerschap te vinden. Er werd het vaakst gezocht via zoekmachines zoals Google of via websites als die van het Voedingscentrum. De informatie op de site van het Voedingscentrum werd over het algemeen als degelijk en betrouwbaar beschouwd, evenals de informatie afkomstig van de Verloskundige Stadspraktijk. De informatie afkomstig van de zoekresultaten die Google gaf (www.zwanger.nl/ www.babyinfo.nl/) werd over het algemeen even makkelijk ingezet tijdens de zwangerschap als informatie van overheidsorganisaties zoals het Voedingscentrum of het RIVM. Mevrouw C, die universitair geschoold is, trof op de site van Babyinfo veel informatie aan over haar zwangerschap:

Mevrouw C

'Ik heb op de website babyinfo.nl gekeken en daar stond eigenlijk vrij veel informatie op.'

Citaat 12

In tegenstelling tot door de overheid gesubsidieerde sites of sites van verloskundigenpraktijken of verloskundigenorganisaties, lijken de websites www.babyinfo.nl ook andere doelen te dienen vanwege de aanwezigheid van commerciële uitingen. Eén mevrouw, die informatiespecialist van beroep is, (B) is naar eigen zeggen door haar studie getraind in het scannen op betrouwbare informatie. Ze staat dan ook kritisch tegenover dit soort sites:

Mevrouw B

'Als het bijvoorbeeld een site is met heel veel reclame voor bepaalde producten, dat je dan even wel de kanttekening

erbij maakt van goh, wat is eigenlijk het doel? Willen ze iets verkopen of puur informeren?

Citaat 13

De website van het Voedingscentrum lijkt volgens de vrouwen prima in staat tot het geven van informatie over voeding tijdens de zwangerschap. Mevrouw G acht de informatie afkomstig van het Voedingscentrum betrouwbaar, omdat ze waarde hecht aan de afzender. Bovendien acht ze de gepresenteerde informatie duidelijk:

Mevrouw G

'...Het Voedingscentrum is best duidelijk hoor, wat dat betreft. Dat is in ieder geval een overheidssite. Nou ja, semi-overheid...' *Citaat 14*

Internet heeft als voordeel dat er 'open' gezocht kan worden en dat informatie snel te verkrijgen is. Niet iedereen is vol lof over informatievergaring via internet. Vrouwen noemen het ontbreken van 'openingen', de lange zoektochten om bij (specifieke) informatie te komen en de onbetrouwbaarheid van bepaalde websites als mogelijke problemen.

Niet elke zwangere vrouw zocht op internet. De vrouwen die dit medium niet raadpleegden ten behoeve van hun zwangerschap, gebruikten schriftelijk materiaal (boeken), schakelden mondelinge of telefonische hulp in en zetten hun eerder opgedane kennis door ervaring met zwangerschap of studiegerelateerde informatie in. Met betrekking tot dit laatste, lijkt het erop dat vrouwen eerder door het type scholing (informatiemanagement, verpleegkunde) kritischer kijken naar de betrouwbaarheid van de informatie en niet zozeer kritischer zijn naarmate ze hoger opgeleid zijn.

Deel 2: Evaluatie van de online teksten over voeding afkomstig van de Verloskundige Stadspraktijk (VSP)

4.2.5 Evaluatie van de 3 teksten

Terwijl in het eerste gedeelte van de interviews de voorlichting over voeding tijdens de zwangerschap uitgebreid aan de orde kwam, wordt het tweede gedeelte gebruikt om de online teksten afkomstig van de Verloskundige Stadspraktijk onder de aandacht te brengen. De teksten worden door de respondenten geëvalueerd en waar mogelijk, doen de deelnemende vrouwen suggesties voor het verbeteren van de voorlichting. Deze evaluatie heeft grotendeels betrekking op de inhoudelijke aspecten van de teksten. Vaak begonnen de vrouwen na afloop van het lezen van de teksten zelf te praten over hetgeen hun opviel of waar ze bijvoorbeeld destijds zelf vragen over hadden. Om vrouwen op weg te helpen met het geven van commentaar op de teksten, werd de algemene vraag gesteld *Wat vind je positief aan de tekst(en) en wat negatief?* Dit bleek een goede opening te zijn voor het verdere gesprek. De opmerkingen van de vrouwen waren veelal gebaseerd op ervaringen met de huidige zwangerschap. Vrouwen vergeleken de teksten met eigenhandig gezocht voorlichtingsmateriaal over voeding - zowel schriftelijk als online - en baseerden hun commentaar vooral op de volledigheid van de teksten.

Hoeveelheid informatie

De meningen lopen uiteen over de lengte en mate van uitgebreidheid van de teksten. Over het algemeen worden

de teksten als beknopt beschouwd. Mevrouw A omschrijft het voorlichtingsmateriaal van de VSP als volgt:

Mevrouw A

'Wat korte informatie over wat je wel en niet mag eten, een beetje doelgericht. Het zijn niet zulke grote teksten. Ik denk, dit is de eerste informatie, mocht je meer willen weten, dan moet je misschien nog wel ergens anders zoeken [...] Maar gewoon: wat mag wel, wat mag niet en waarom.' *Citaat 15*

De vrouw stelt dat de informatie bedoeld is als een eerste kennismaking met het onderwerp en suggereert dat er nog meer te weten valt over het onderwerp. Voor een verdere verkenning kun je waarschijnlijk niet terecht op de website van de Verloskundige Stadspraktijk, maar moet je wellicht elders zoeken. Een andere geïnterviewde (mevrouw G) vond de informatie afdoende. Ze vertelt dat op het moment dat ze wist dat ze zwanger was, ze niet zoveel informatie kon verdragen:

Mevrouw G

'Maar langer dan dit moet het ook niet zijn hoor als je net zwanger bent. Daar ben ik wel achter. Je wilt best wat lezen, maar je bent het ook zo weer kwijt. En ik ben écht een lezer hoor, ik mag heel graag lezen, maar langer als dit, als zo'n alinea, dan was ik de draad alweer kwijt...

Citaat 16

Weer een andere respondent vond de informatie soms wat dubbel, zoals de informatie over zalm. Over dit voorbeeld handelt tekst 2 *Waarom moet ik oppassen met rauw vlees en rauwe melk?* en ook de tekst *Mag ik wel of geen gerookte zalm eten?* Deze laatste genoemde tekst is overigens niet meegenomen in het onderzoek; maar de presentatie van de teksten liet wel de titels, in de vorm van vragen, zien van alle tekstjes over 'Eten en drinken' (zie ook bijlage 1 voor een complete weergave van de teksten). De respondent vraagt zich af of deze tekst dezelfde informatie bevat als tekst 2. Ze adviseert het volgende:

Mevrouw B

'Ik denk dat ik de informatie bij tekst 2 eruit zou halen en het wel bij gerookte zalm zou zetten. Want je hebt het hier [tekst 2] echt over rauw vlees en rauwe melk en dit [tekst 3] gaat meer om dat het vacuümverpakt is. En ja, dat heeft eigenlijk niet zozeer met iets te maken of het rauw is of niet – maar wel met zalm.' Citaat 17

Vocabulaire / Geven van voorbeelden

De tweede tekst handelt over producten gemaakt van rauwmelkse kazen. Deze producten kunnen een negatieve

invloed hebben op de zwangerschap. Kazen gemaakt van rauwe melk staan in de tekst 'Waarom moet ik oppassen met rauw vlees en rauwe melk?' aangeduid met de term 'au lait cru', een Franse benaming. Mevrouw G zegt zelf geen moeite te hebben met deze benaming. Ze is door het volgen van de hotelschool goed bekend met de inhoud van de term. Maar andere vrouwen zouden wel in verwarring kunnen komen, omdat het om een Franse woord gaat en niet iedereen zal begrijpen welke producten er onder vallen:

Mevrouw G

'Voor andere vrouwen kan het wel lastig zijn. Ten eerste is het Frans. Je hoort gewoon dat heel veel zeggen dat brie niet mag. En dat was met Kerst, dat ik bij jouw familie (familie van haar man) een stukje brie nam. Nou, dat vonden ze, dat ik dát risico durfde te nemen [...] Nou, daar is gewoon niks mee aan de hand, gewone brie van de supermarkt hier.'

Citaat 18

Mevrouw A vindt de aandacht voor rauwe kazen goed. Want volgens haar denken sommige vrouwen dat deze gewoon bij de Albert Heijn te koop zijn. De tekst geeft echter aan dat kazen uit de supermarkt veilig zijn. Vrouwen moeten heel hard zoeken willen ze volgens mevrouw A iets van rauwe melk vinden, want de meeste kazen zijn gepasteuriseerd. Zij veronderstelt geen problemen in de benaming 'au lait cru' of 'rauwmelkse kazen'. Volgens mevrouw B is de term juist belangrijk, als soort van extra controle in de supermarkt:

Mevrouw B

'Zodat je altijd nog even zelf weet waar je op moet letten als je een verpakking in je handen hebt, dat je weet wat er op staat.'

Citaat 19

Mevrouw D had voor haar zwangerschap nog nooit gehoord van de term 'au lait cru', maar zodra ze zich in voeding ging verdiepen toen ze zwanger was, is ze deze term zelf ook gaan gebruiken. Toch weet ze vaak niet precies welke kazen nu onder deze term vallen en welke niet:

Mevrouw D

'Want ik vond het ook heel lastig van, mag je een brie – valt dat er dan ook onder? Er zijn heel veel soorten kaas waarvan ik het idee heb van, ik heb eigenlijk geen idee waarvan het gemaakt is...'

Citaat 20

Deze onwetendheid zou volgens haar opgelost kunnen worden door veel meer gebruik te maken van voorbeelden, omdat mensen zich er dan pas iets bij kunnen voorstellen.

Stelligheid van de adviezen

Volgens mevrouw A is het interpreteren van een willekeurig advies persoonsafhankelijk. Ze geeft aan dat sommige vrouwen heel gevoelig zijn voor bepaalde nuances zoals *probeer niet te veel*. Vrouwen zouden hun eigen grenzen kunnen gaan trekken wanneer iets niet sterk afgeraden wordt:

Mevrouw A

'Maar ik ken wel mensen die zeggen van nou ja 'liever geen alcohol', die elke week een glas drinken.

Dat zou ik dan zelf te veel vinden. Of zeggen van nou ja 'zo min mogelijk roken', ja, is dat dan één sigaret of 5 of 10 of gewoon niks?'

Citaat 21

Aan de andere kant zijn er volgens haar ook mensen die opstandig worden van normatieve adviezen, waarbij het eten van producten bijvoorbeeld totaal wordt afgeraden en waarbij oordelen worden geveld. Als ze zelf een voorlichtende tekst mocht schrijven dat een advies bevat, zou ze 'We zouden u sterk aanraden' of iets in die trant gebruiken.

Onduidelijkheden door tegenstrijdigheden

De eerste tekst begint met een zin die voor sommige vrouwen als een geruststelling geldt: 'In principe mag je alles eten...'. Andere vrouwen vinden het vreemd dat eerst deze zin wordt gepresenteerd, waarna allerlei beperkingen volgen van bepaalde producten. Eén mevrouw vindt deze opbouw van het verhaal gevaarlijk, omdat sommige mensen al na één zin stoppen met lezen. Je zou dan belangrijke dingen kunnen missen. Zelf zou ze het andersom doen:

Mevrouw A

'Dus ik zou niet beginnen met 'Je mag alles eten'; ik zou altijd beginnen met 'Je mag niet rauw vlees, je mag niet...' – of misschien moet je zeggen: 'bij voorkeur niet', maar daar zou ik mee beginnen...Ik zou het zelf andersom doen. En dan aan het einde afsluiten met: 'Eigenlijk valt het nog reuze mee...je mag nog heel veel.'

Citaat 22

Mevrouw C is weer een heel andere mening toegedaan. Zij zegt over de eerste zin 'In principe mag je alles eten als je zwanger bent' het volgende:

Mevrouw C

'Ik vind het een goede beginzin, 'In principe mag je alles eten', dat is wel geruststellend. Ik kan me voorstellen dat veel vrouwen zich zorgen maken, zo van: ik mag opeens van alles niet en hoe zit dat?'

Citaat 23

Deze mevrouw, die voor het eerst zwanger is, hecht blijkbaar grote waarde aan het feit dat ze gerustgesteld wordt en ziet geen problemen in de presentatiewijze van de tekst. Een andere onduidelijkheid in het gepresenteerde advies betrof één van de adviezen in tekst 2 'Bewaar verse producten zo kort en zo koel mogelijk'. Respondent G gaf aan dat hierbij een richtlijn ontbrak. Liever had ze het aantal dagen dat ze een vers product mag bewaren gezien, voordat het product schadelijk wordt. Mensen zouden er nu hun eigen interpretatie aan kunnen geven en dat is voor iedereen weer anders. Ook de volgorde van de adviezen had volgens de betreffende respondent beter gekund, zodat mensen het beter onthouden:

Mevrouw G en haar partner

'Wat ik bij deze tekst heb en waar je heel makkelijk over heen leest, is dat je een tip krijgt, zo van 'bewaar verse producten zo vers en koel mogelijk' en daarna wordt er gesproken dat de besmetting, dat het risico daarop vrij klein is en 'je hoeft je niet direct zorgen te maken als je een fout kaasje hebt gegeten'. Maar dan lees je daar eigenlijk

overheen [...] Daarna wordt het direct afgezwakt. Dus dan zou ik dat als laatste in een tekst plaatsen...'

Citaat 24

Onduidelijkheden als gevolg van nuancerings

In de tweede tekst wordt na de presentatie van het advies 'pas op met rauw vlees en rauwe melk' afgesloten met een nuancering van het eerdere advies, een soort tegenwerping: 'je hoeft je niet meteen zorgen te maken als je iets verkeerd hebt gegeten' (zie hiervoor ook de argumentatieanalyse en het argumentatieschema in bijlage 3). Mevrouw B vindt de toevoeging aan het advies uit tekst 2 '... Je hoeft je dus niet meteen zorgen te maken als je per ongeluk een 'fout' kaasje hebt gegeten' erg prettig. Ze legt uit dat de informatie geruststellend werkt. Je hoeft niet meteen helemaal in de stress te schieten als je een keer iets eet wat vacuüm verpakt is geweest of wel rauwe melk bevat. Een andere mevrouw (mevrouw B) beaamt dit; zeker nu ze voor het eerst zwanger is en alles zo goed mogelijk wil doen:

Mevrouw B

'... Omdat dat [het eten van een fout kaasje] ook iets is waar je niet zoveel meer aan kan doen. Want dan heb je het al gegeten zeg maar. En bij die vorige informatie over hoe je de producten het beste kan bewaren, dan is het wel relevant om te weten, omdat je het nog moet doen. En als je er niks meer aan kunt doen, wil je eigenlijk gewoon gerustgesteld kunnen worden.'

Citaat 25

Presentatie van risico's en gevolgen

Bijna alle geïnterviewde vrouwen - of ze nu hoogopgeleid zijn of niet en of ze nu kinderen hebben of niet - missen een 'waarom', in ieder geval bij de eerste twee teksten. De eerste tekst 'Mag ik alles eten tijdens mijn zwangerschap' besteedt in zijn geheel geen aandacht aan risico's voor het niet opvolgen van de adviezen; in de tweede tekst wordt op algemene wijze gesteld dat het eten van rauw vlees en rauwe melk 'schadelijk' kan zijn. Mevrouw E. omschrijft dit als volgt:

Mevrouw E

'En wat ik eigenlijk negatief vindt – en dat is me bij alle tekstjes opgevallen, is dat ze niet uitleggen waarom. En daar ben ik nu zo benieuwd naar. Want ik kan wel lezen van ja, je mag geen filet Americain, maar waarom dan niet? Als je weet waarom, wat het doet bij die baby, dan is het ook makkelijker vol te houden. Aan de andere kant, de doelgroep is iedereen, en sommige mensen interesseert het waarom ook helemaal niet. Dat snap ik ook weer wel.'

Citaat 26

De mevrouw waarvan het bovenstaande citaat van afkomstig is, vertelde dat ze meerdere malen dergelijke informatie was tegengekomen: adviezen zonder duidelijke argumentatie. Hierdoor ging ze steeds weer op zoek naar het *waarom*. Ze concludeert dat het haar niet gelukt is om redenen te vinden achter de gestelde richtlijnen.

Hoewel in de derde tekst de gevolgen het duidelijkst besproken worden, mag deze tekst volgens mevrouw B nog wel wat pittiger. Mevrouw F beaamt dit. Wat voor haar schokkend was om te lezen en een extra motivatie vormde om het glaasje alcohol de hele zwangerschap te laten staan, was het feit dat ongeboren kinderen de stoffen die ze binnenkrijgen nog niet af kunnen breken, waardoor alles in het lichaam blijft zitten. Iets dergelijks zou volgens haar ook kunnen worden opgenomen in de tekst, zodat het effect nog eens extra wordt benadrukt.

Mevrouw G vraagt zich af of mensen het risico inzien van een laag geboortegewicht. Dit is voor haar minder duidelijk dan het vermelden van risico's op bijvoorbeeld miskramen en gevolgen voor de latere ontwikkeling van het kind. Met betrekking tot dit laatste gevolg, had de tekst nog wel wat explicieter kunnen zijn:

Mevrouw E

'Nou, wat mij dan opvalt is dat lage geboortegewicht. En dat hoor je nu ook heel vaak van: het kindje is te klein. Maar je hoort nooit waarom dat dan zo erg is. En dat vind ik raar.'

Er zijn genoeg die denken van: oh, maar dan is mijn kind tenminste niet dik!

Citaat 27

Vrouwen zien de presentatie van mogelijke ernstige gevolgen van alcoholgebruik tijdens de zwangerschap in elk geval niet als bedreiging, maar als extra motivatie om alcohol te laten staan.

Verwijzingen naar meer informatie

De meeste vrouwen vinden het positief dat er verwijzingen zijn opgenomen naar meer informatie. Ze waarderen het dat er gekozen is voor een verwijzing naar het Voedingscentrum (zie ook het eerdere citaat 8 over het Voedingscentrum). De verwijzing naar het Voedingscentrum, die bovenaan de beginpagina met vragen over eten en drinken staat, valt niet iedereen op. Over een specifieke verwijzing binnen de tekst over alcohol naar Stichting Alcoholpreventie in de tekst over alcohol lopen de meningen uiteen. De één vindt het nuttig, de ander verwacht dat je dan terecht komt op een website voor alcoholverslaving en niet zozeer meer informatie krijgt over de gevolgen van alcohol tijdens de zwangerschap, maar meer over hoe je je probleem kunt aanpakken. Dit wekte volgens sommige vrouwen de indruk dat de lezer aangesproken wordt als een 'probleemgeval', wat deze vrouwen te ver vonden gaan. De website naar Stichting Alcoholpreventie is bovendien ook niet als link opgenomen in tegenstelling tot de website van het Voedingscentrum waardoor je weer moet gaan zoeken via bijvoorbeeld een zoekmachine.

4.2.6 Samenvatting

Vrouwen vinden de teksten kort en het informatiegehalte summier. Eén mevrouw stelt dat ze na het lezen van de teksten over voeding misschien nog wel elders naar meer informatie zou zoeken. De Verloskundige Stadspraktijk verwijst in het gedeelte over voeding op haar website naar meer informatie door een link op te nemen naar het Voedingscentrum en door te verwijzen naar de stichting Alcoholpreventie als afsluiting op de tekst die handelt over alcohol. Het verbaast niet dat de geïnterviewden verwijzingen

naar meer informatie waarderen. Een andere zwangere waardeert de beknopte informatie juist. Wanneer de informatie uitgebreid zou zijn, bestaat volgens haar het risico dat vrouwen de informatie niet onthouden. Een reden waarom vrouwen de gepresenteerde voedingsvoorziening beknopt vinden, is het gebrek aan argumentatie in de teksten. Ongeacht hun achtergrond willen vrouwen erg graag weten waarom ze bepaalde adviezen zouden moeten opvolgen. De eerste tekst 'Mag ik alles eten tijdens mijn zwangerschap?' geeft helemaal geen redenen voor het advies dat vrouwen bepaalde producten gedurende hun zwangerschap beter kunnen laten staan. Vrouwen laten zich met betrekking tot de mate van overtuiging dan ook het minst positief uit over tekst één. Wanneer adviezen worden ondersteund door argumentatie die concreet is - bijvoorbeeld door risico's als vroeggeboorte¹⁵ aan te halen in plaats van enkel te stellen dat iets *schadelijk*¹⁶ is - zijn vrouwen positiever over een tekst. Beweegredenen geven hun niet alleen meer kennis, maar ook meer handelingsvrijheid: door het gevaar in te schatten, kunnen zij makkelijker keuzes maken. Vrouwen willen duidelijke redenen voor de gestelde adviezen. Argumentatie speelt kennelijk een belangrijke rol in de teksten over voeding.

Hoewel vrouwen weinig tot niet overtuigd raken door de eerste twee teksten hechtten zij ook zekere waarde aan geruststellende tekstelementen. Zo vinden sommige vrouwen dat tekst 1 positief begint: 'In principe mag je alles eten als je zwanger bent'. Ook in tekst 2 wordt de nadruk gelegd op geruststelling door de volgende zin: 'In principe hoeft je je niet meteen zorgen te maken wanneer je per ongeluk een keer een fout kaasje hebt gegeten'. Vrouwen vinden dit prettig om te horen, omdat het spreekwoordelijke kwaad vaak al geschied is en ze graag gerustgesteld willen worden over hun handelen.

15 Dit risico wordt genoemd in tekst 3: 'Hoe schadelijk is alcohol als ik zwanger ben?'

16 Zie hiervoor tekst 2: 'Waarom moet ik oppassen met rauw vlees en rauwe melk?'

Sommige vrouwen twijfelen aan woordkeuzes met betrekking tot het afraden van bepaalde voeding. Zo wordt in de derde tekst over alcohol gesteld dat het 'verstandig is om geen alcohol te drinken tijdens de zwangerschap'. Vrouwen zouden dit te ruim kunnen opvatten. Hetzelfde geldt voor het advies 'oppassen met...', te vinden in de titel van de tweede tekst 'Waarom moet ik oppassen met rauw vlees en rauwe melk?' Woordkeuzes zouden te vrijblijvend opgevat kunnen worden; aan de andere kant zouden vrouwen door meer 'bevelende' adviezen beperkt kunnen worden in hun handelingsvrijheid.

De volgorde van de gepresenteerde informatie valt ook niet bij iedereen in de goede smaak. Zo bevat de tweede tekst een bewaaradvies ('bewaar rauwe producten zo koel en zo kort mogelijk). Echter, een respondent merkte op dat het bewaaradvies onopgemerkt bleef doordat het in het middengedeelte van de tekst opgenomen was. De tekst sloot af met een nuancering van het eerder gestelde advies om op te passen met rauw vlees en rauwe melkproducten, waardoor de geruststelling wordt benadrukt.

Tot slot werden verschillende opmerkingen gemaakt over de in tekst 2 gebruikte benaming 'au lait cru'. Omdat het hier om een Franse term gaat, zou niet elke lezer kunnen begrijpen wat er onder de term verstaan wordt. De term 'au lait cru' wordt in de tekst aangehaald om het verschil tussen slechte kazen die van rauwe melk zijn gemaakt ('au lait cru') en goede kazen die gepasteuriseerd zijn duidelijk te maken. Enkele respondenten zijn door hun opleiding al wel bekend met de term. Een respondent vindt het juist goed dat de term wordt ingezet, omdat deze veelal wordt aangegeven op de producten zelf. Lezers weten echter niet altijd welke kazen onder 'au lait cru' vallen en zodoende mogelijk een negatieve invloed op de zwangerschap hebben. Wanneer de term wordt voorzien een andere term met dezelfde betekenis ('rauwmelkse kazen') en van voorbeelden wordt voorzien, kunnen lezers zich een beter beeld vormen bij het betreffende begrip.

5 Conclusie en discussie

5.1 Onderzoeksvraag en doelen

In deze scriptie werd online voorlichting over voeding gericht aan zwangeren geëvalueerd. Het doel was om te achterhalen of en zo ja, hoe de teksten voor haar lezers geoptimaliseerd konden worden: cliënten van de Verloskundige Stadspraktijk. Enerzijds werd een vragenlijst ingezet om een beoordeling te kunnen toekennen aan het onderzoeksmateriaal. Aanvullend werden interviews gehouden om problemen in de teksten naar voren te krijgen en om verbeteringsuggesties te kunnen doen. De onderzoeksvraag luidde dan ook als volgt:

Hoe kan de online voorlichting van de Verloskundige Stadspraktijk over voeding tijdens de zwangerschap worden geoptimaliseerd, rekening houdend met zowel tekstinhoudelijke aspecten als lezerskenmerken?

De volgende deelvragen werden geformuleerd in aanloop naar de beantwoording van de hoofdvraag: (1) *Hoe evalueren lezers de aanwezigheid van argumentatie en aan welke vorm van argumentatie geven zij de voorkeur?*, (2) *Is er verschil tussen hoogopgeleiden en laagopgeleiden in de waardering en overtuiging van de teksten?* en (3) *Verschillen vrouwen die voor het eerst zwanger zijn met vrouwen die eerder een zwangerschap hebben meegemaakt in de mate waarin ze de teksten waarderen en in de mate waarin ze overtuigd zijn van de teksten?* De antwoorden op deze vragen worden allereerst verwerkt in paragraaf 5.2: Evaluatie van de 3 teksten. Deze deelvragen konden worden beantwoord op basis van het kwantitatieve onderzoek dat werd uitgevoerd.

Om de eerste deelvraag te kunnen beantwoorden, werden allereerst een functionele en een argumentatieanalyse uitgevoerd van de voorlichting. De teksten verschilden

onderling in hun aanwezigheid en het gebruik van argumentatie, zoals is gebleken uit de argumentatieanalyse¹⁷. In de eerste tekst werd geen gebruik gemaakt van argumentatie. De tweede en derde tekst daarentegen bevatten wel argumenten, zo was er één argument opgenomen in tekst 2 (enkelvoudige argumentatie) en waren er zes argumenten aanwezig in tekst 3 (meervoudige argumentatie). Uit de argumentatieanalyse kwam verder naar voren dat wat de derde tekst betreft, intern gezien de argumenten nevenschikt zijn aan elkaar. Dit houdt in dat het ene argument het andere nodig heeft om de argumentatie compleet te maken. De teksten verschillen niet alleen aanzienlijk van elkaar in hun aanwezigheid en mate van uitgebreidheid van argumentatie, maar ook in het al dan niet aan de orde komen van risicoperceptie. Zo wordt er in de tweede tekst gesteld dat het eten van bepaalde producten *schadelijk* kan zijn voor moeder en kind, maar niet *hoe*. In tekst 3 worden risico's wel geëxpliciteerd. Zo wordt er gerept over 'miskramen', 'vroeggeboortes' en 'lage geboortegewichten'. Teksten kunnen verschillen qua representatie en daardoor verschillende uitwerkingen hebben op de lezer, maar lezers kunnen ook onderling verschillen in hun mening over en overtuiging door voorlichting. Lezers verschillen mogelijk als gevolg van opleidingsniveau en ervaring met zwangerschap. Daarom werd ook gekeken of deze lezerkenmerken de tekstattitude beïnvloedden. De verwachting ten aanzien van de variabele opleidingsniveau luidde dat hoogopgeleiden kritischer zouden zijn op de teksten over voeding dan laagopgeleiden, als gevolg van de ontwikkelde kritische blik door een hoog opleidingsniveau (HBO of WO). Met betrekking tot ervaring met zwangerschap, werd verwacht dat de groep aanstaande moeders kritischer zou zijn ten aanzien van de teksten, dan vrouwen met zwangerschapservaring. Dit zou door de sterk verhoogde informatiebehoefte

17 Te vinden in subparagraaf 4.1.2

kunnen ontstaan, die met name voorafgaand aan en tijdens de eerste zwangerschap merkbaar is.

In de paragraaf 'Evaluatie van de drie teksten' (paragraaf 5.3) wordt stilgestaan bij de evaluatie van de teksten op basis van de vragenlijstresultaten alsmede de interviews. De drie deelvragen die in deze paragraaf aan bod kwamen, worden beantwoord. De hoofdvraag die betrekking heeft op tekst *optimalisatie* zal enkel worden beantwoord aan de hand van de kwalitatieve resultaten op basis van de interviews. Dit gebeurt in paragraaf 5.4: Suggesties voor optimalisering van de teksten. Naast het verkrijgen van verbetervoorstellen, leenden de interviews zich ook om de verloskundige voorlichting over voeding in kaart te brengen, alsmede het zoekgedrag, dus de eigen pogingen van de cliënt om informatie te vergaren over voeding tijdens de zwangerschap. Deze informatie vormt een context voor de onderzoeksvraag *Hoe kan de online voorlichting van de Verloskundige Stadspraktijk over voeding tijdens de zwangerschap worden geoptimaliseerd, rekening houdend met zowel tekstinhoudelijke aspecten als lezerskenmerken?* De conclusies met betrekking tot voedingsvoorlichting door de verloskundige en het eigen zoekgedrag van cliënten over dit onderwerp, zullen daarom allereerst een plek krijgen in dit hoofdstuk.

5.2 Voedingsvoorlichting door de verloskundige en het zoekgedrag van de cliënt

Zwangere vrouwen vinden de informatie over voeding die ze op het spreekuur van de Verloskundige Stadspraktijk krijgen summier. De verloskundige gaat er van uit dat de zwangere zelf al de nodige kennis heeft verzameld over voeding en verifieert of dit daadwerkelijk het geval is. In sommige gevallen haakt de verloskundige in op misvattingen of onzekerheden bij de zwangere. De meeste aandacht aan voedingsvoorlichting wordt voorafgaande aan de zwangerschap gegeven door de gynaecoloog. De Verlos-

kundige Stadspraktijk doet dit in de vorm van preconceptie spreekuren.

Er ontstaat bij vrouwen een verhoogde informatiebehoefte zodra ze zwanger zijn. Vrouwen zoeken eigenhandig veel informatie over voeding. In eerste instantie zochten zij naar voedingsmiddelen die werden afgeraden tijdens de zwangerschap. Vooral vrouwen die voor het eerst zwanger zijn zoeken veel informatie over voeding en zwangerschap.

De meeste (5 van de 7 respondenten) van de interviewrespondenten zochten informatie via internet. Zij maakten hierbij gebruik van zoekmachines wanneer ze niet wisten waar ze de informatie waarnaar ze zochten konden vinden. Sommige respondenten zochten rechtstreeks naar antwoorden op hun vragen met behulp van de website van het Voedingscentrum of het RIVM. Een enkeling raadpleegde de website van de Verloskundige Stadspraktijk.

De geïnterviewden die internet niet hanteerden voor het verzamelen van informatie, raadpleegden hun omgeving, belden een informatielijn van producten waar ze vragen over hadden, of hanteerden geschreven materiaal, zoals een algemeen handboek voor de zwangerschap. Opvallend was het feit dat hoewel op internet razendsnel allerhande voedingsinformatie over de zwangerschap werd aangetroffen en veel respondenten op deze wijze informatie zochten, respondenten die alternatieve manieren (mondeling, schriftelijk) gebruiken om aan informatie te komen meer tevreden bleken te zijn met de informatie die zij ontvingen. Dit heeft ongetwijfeld te maken met de moeite die het kost om zoekresultaten op internet te selecteren en beoordelen, alsmede de tegenstrijdigheid in voorlichting onderling. Informatie-uitwisseling via familie, vriendinnen, de kaasboer op de markt en de informatielijn van Unilever gebeurt vanzelfsprekend directer en kan bovendien gemakkelijker worden beoordeeld op betrouwbaarheid.

5.3 Evaluatie van de drie teksten

De onderzoeksvraag heeft betrekking op optimalisering van het bestaande voorlichtingsmateriaal van de Verloskundige Stadspraktijk over voeding. Hiertoe werd een vragenlijst (N = 80) gecombineerd met een zevental interviews.

Met betrekking tot de kwantitatieve resultaten die werden verkregen uit de vragenlijst, werden alleen tekstinhoudelijk significante verschillen gevonden. Verschillen in aanwezigheid en presentatie van argumenten leidden namelijk tot verschillen in waardering en overtuiging van de lezer. Zwangere cliënten van de VSP zijn volgens de statistische resultaten van mening dat een voorlichtende tekst argumentatie moet bevatten. De derde tekst, die handelt over alcohol en uitgebreide argumentatie bevat, wordt het meest gewaardeerd en mensen zijn ook het meest overtuigd van het advies dat gegeven wordt. De vragenlijst werd niet alleen uitgezet binnen de Verloskundige Stadspraktijk, maar ook binnen het Universitair Medisch Centrum Groningen, om voldoende respons te genereren. Het bleek dat respondenten uit de tweede lijn (UMCG) minder waardering hadden voor de teksten dan de respondenten van de VSP. Hierdoor is de kans aanwezig dat de teksten zwakker geëvalueerd werden dan wanneer het onderzoek enkel onder cliënten van de Stadspraktijk had plaatsgevonden. Een verklaring voor de lagere waardering is het feit dat mensen die in het ziekenhuis onder controle stonden niet bekend zijn met de communicatiemiddelen van een eerste-lijns verloskundige praktijk. Doordat echter een drietal voorlichtende teksten getest werd en het doel van dit onderzoek onder meer was om verschillen in waardering en overtuiging bloot te leggen als gevolg van verschillen in weergaven tussen de teksten, kunnen de resultaten zonder problemen geïnterpreteerd worden. Wat het afstemmen van informatie op verschillende doelgroepen aangaat, verschilde het percentage hoog- en laagopgeleiden en moeders en aanstaande moeders bovendien niet aanzienlijk tussen de populaties van de VSP en het UMCG.

Uit de interviews kwam naar voren dat zwangere vrouwen prijs stelden op de als argumenten gepresenteerde risico's 'miskraam', 'vroeggeboorte' en 'laag geboortegewicht'. Dit gedrag kan verklaard worden vanuit de Protection Motivation Theory (Rogers, 1975), die stelt dat mensen zich geneigd zijn te beschermen tegen een gezondheidsrisico wanneer het risico groot en het aanbevolen gedrag effectief is. De risico's werden door de respondenten dan ook als ernstig en voldoende concreet beschouwd. Das, De Wit en Stroebe (2003) spreken in dit verband over het belang van het opnemen van 'fear appeals', die een sterk beroep doen op gevoelens van angst bij de lezer. De vrouwen gaven te kennen dat de genoemde risico's bij alcoholgebruik tijdens de zwangerschap voldoende reden waren om geen alcohol te drinken. Sterker nog, de geïnterviewde vrouwen gaven aan extra gemotiveerd te raken om alcoholische dranken gedurende de zwangerschap te laten staan. Hoewel het eten van bepaalde rauwe producten¹⁸ minder risicovol is dan het nuttigen van alcohol en het gevaar van dergelijke rauwe producten minder onomstotelijk bewezen is en de risico's op dit gebied kleiner lijken te zijn¹⁹, blijken lezers toch het meest overtuigd van voorlichting die risico's helder presenteert. De interviewresultaten bevestigden het beeld dat lezers de voorkeur geven aan teksten met argumentatie.

Niet alleen uit de kwantitatieve resultaten, maar ook uit de kwalitatieve resultaten kwam naar voren dat de aanwezigheid van argumenten geprefereerd wordt in een advies. Wanneer een tekst geen argumenten gaf (zoal het geval was bij tekst 1), gaven sommige vrouwen aan de ontbrekende informatie alsnog op te zoeken. Op deze manier konden de vrouwen echter opnieuw in aanraking komen met tegenstrijdigheden of onwaarheden, zeker wanneer ze achtergrondinformatie als deze opzochten via een zoekma-

18 Hier wordt bedoeld op de eerste twee teksten 'Mag ik alles eten tijdens mijn zwangerschap?' en 'Waarom moet ik oppassen met rauw vlees en rauwe melk?', te vinden in subparagraaf 3.1.1

19 Zie voor de gepresenteerde risico's de informatie op de websites van het Voedingscentrum (www.voedingscentrum.nl) en het RIVM (www.rivm.nl).

chine op internet. Dit was bijvoorbeeld het geval bij een mevrouw die informatie zocht over de schadelijke effecten van het eten van bepaalde etenswaren, maar hier geen antwoord aantrof op haar vraag²⁰. De mevrouw vond het negatief dat het *waarom* ook ontbrak bij de voorlichtende teksten over voeding van de VSP. Uit de interviews blijkt dat argumentatie in de context van voedingsvoorlichting aan een aantal eisen moet voldoen. Ten eerste dienen argumenten concreet te zijn; vrouwen moeten zich een beeld kunnen vormen. Ten tweede dienen zij een logisch gevolg te zijn voor het niet opvolgen van een advies. Wellicht is het goed om bij teksten waarbij risico's voor het niet opvolgen van adviezen minder groot of duidelijk zijn informatie toe te voegen over het belang om adviezen toch op te volgen. Er dient hierbij in het achterhoofd gehouden te worden dat ook de kwaliteit van de argumenten een grote invloed heeft op het gedrag van de lezer (Slovic, 2008). In dit onderzoek is gekeken naar presentatie en kwaliteit van de argumentatie; uit de argumentatieanalyse kwam naar voren dat de argumenten die waren opgenomen in de voorlichting, bijdroegen aan het tekstdoel. De genoemde risico's voor het niet opvolgen van de adviezen bleken in meer of mindere mate concreet: *schadelijk* (weinig concreet) versus *miskraam* (zeer concreet). Vervolgonderzoek zou zich nog meer kunnen richten op de kwaliteit van de argumenten door het testen van zwakke en sterke argumenten binnen (voedings)voorlichting (zie hiervoor bijvoorbeeld Hornikx, 2003) – bijvoorbeeld bij de het overige tekstmateriaal over voeding op de website van de Verloskundige Stadspraktijk - of op mogelijke verschillen in opbouw van de argumentatie. In dit onderzoek was slechts één tekst opgenomen die meervoudige argumentatie bevatte, waarbij gebruik werd gemaakt van nevensgeschikte argumentatie, namelijk tekst 3. Meer specifiek was er bij deze tekst sprake van afhankelijke argumentatie. Schellens en Steehouder (2008) onderscheiden verder onafhankelijke argumentatie (nevensgeschikt; waarbij de argumenten een zelfstandig argument vormen voor het standpunt) en ondergeschikte argumentatie, waarbij de conclusie die uit

²⁰ Zie voor precieze uitspraken citaat 26 van mevrouw E van het resultatenhoofdstuk.

het eerste gegeven wordt getrokken weer een argument vormt voor het volgende standpunt.

Hoewel het thema van de verschillende onderzochte teksten gelijk was, zijn er inhoudelijk zeker verschillen aanwezig in de presentatie van risico's. De consequenties voor het drinken van alcohol tijdens de zwangerschap zijn nu eenmaal meer omstreken dan de gevolgen van het eten van bepaalde producten – waarvan de meningen over de ernst van de complicaties die op kunnen treden, uiteenlopend zijn. Ook dit is een aandachtspunt voor verder onderzoek, namelijk: Wat zijn exact de risico's van het eten of drinken van bepaalde voedingsmiddelen en hoe moeten deze worden gecommuniceerd, zodanig dat de zwangere zelf een verstandige afweging kan maken?

Nadat verschillen in het gebruik van argumentatie tussen de teksten en de hierbij horende lezerwaardering en –overtuiging was vastgesteld, werd vervolgens achterhaald of de teksten verbeterd konden worden wanneer ze afgestemd zouden zijn op specifieke doelgroepen: hoog- en laagopgeleiden en vrouwen zonder en met ervaring met zwangerschap. Volgens de literatuur kan er meer bereikt worden met voorlichting die toegespitst is op kenmerken van de lezer (Strecher et al 1994, Skinner et al 1994; Kreuter & Strecher, 1996).

Er werden statistisch gezien echter geen significante verschillen aangetroffen in de gemiddelde waardering en overtuiging tussen laag- en hoogopgeleide vrouwen en evenmin tussen vrouwen zonder en met zwangerschapservaring. De interviews lieten ook zien dat opleidingsniveau niet een cruciale rol speelt in de beoordeling van het tekstmateriaal. Er moet echter wel een kanttekening geplaatst worden bij de scheve verdeling van de respondenten op basis van opleidingsniveau. Zo was 58% van de vrouwen die de vragenlijst invulden hoger opgeleid, tegenover 38% laagopgeleiden. Bij de interviews was de verdeling nog schever: 6 hoogopgeleide zwangere dames werden geïnterviewd en slechts 1 laagopgeleide zwangere. Zwangere vrouwen konden zich vrijwillig opgeven voor een interview, waarbij hoogopgeleiden meer het belang

van onderzoek zien en waarschijnlijk zelf ook meer ervaring hebben met het uitvoeren van en meewerken aan onderzoek dan laagopgeleiden. Wellicht zou de deelname van meer laagopgeleide deelnemers aan de interviews geleid hebben tot andere resultaten en verbeteruggesties. Echter, men kan verwachten dat hoogopgeleiden door hun opleiding een meer kritische blik ontwikkelden en ook meer belezen zijn dan laagopgeleide vrouwen. Bovendien weten hoogopgeleide vrouwen zich ook te verplaatsen in anderen, zoals bleek uit een interviewcitaat²¹, waarbij de dame aangaf zelf wel heel geïnteresseerd te zijn in de redenen achter de gestelde adviezen, maar zich afvroeg of andere mensen hier wel voor open zouden staan.

Hoewel het opleidingsniveau zelf niet een cruciale rol blijkt te spelen, lijkt daarentegen het kader waarbinnen vrouwen een opleiding volgden of waarin ze werken wel relevant voor de manier waarop vrouwen informatie beoordelen. Zo bleek uit de interviewresultaten dat vrouwen met bijvoorbeeld een verpleegkundige achtergrond of een opleiding waarbij voeding een grote rol speelt (hotelschool) de tijdens hun zwangerschap gevonden informatie kritischer beoordeelden. Hetzelfde gold voor een mevrouw die de opleiding Informatie, Dienstverlening en Management had gevolgd. Niet alleen waren deze vrouwen kritischer over informatie in het algemeen, ook hadden zij meer inbreng en commentaar op de teksten over voeding. Deze geïnterviewden zochten over het algemeen minder informatie via (zoekmachines op) internet en hadden meer oog voor de afkomst van de bron en de hiermee in verband gebrachte tekstdoelen. Hoewel achtergrond dus een rol speelde in de beoordeling van voedingsvoorlichting door de zwangere, lijkt dit niet afhankelijk van het opleidingsniveau. De aanbeveling luidt dan ook dat men voedingsvoorlichting aan zwangere vrouwen binnen de setting van een eerstelijns verloskundigenpraktijk als de VSP niet hoeft te tailoren op basis van het opleidingsniveau. Evenmin geldt dit voor ervaring met zwangerschap. De vrouwen met ervaring met zwangerschap (51%) beoordeelden de teksten over voe-

ding niet anders dan vrouwen met een eerste zwangerschap (45%). Uit de interviews kwam het beeld naar voren dat er bij een tweede zwangerschap veel minder aandacht werd geschonken aan voedingsinformatie dan bij een eerste zwangerschap. Het voorlichtingsmateriaal van de VSP werd echter niet minder kritisch beoordeeld. De interviewresultaten kunnen wat betreft ervaring met zwangerschap een vertekend beeld geven, want van de zeven geïnterviewde vrouwen waren er zes voor het eerst zwanger. Kwantitatieve resultaten op dit gebied laten geen verschillen zien tussen wel en geen ervaring met zwangerschap. Daarom geldt het advies dat men gezondheidsvoorlichting zoveel mogelijk moet toespitsen op groepen of individuen, dus blijkbaar niet binnen de context van zwangerschapsvoorlichting. De theorie van de Life Course Perspective (LCP; Sz wajcer, 2007) lijkt een belangrijke rol te spelen in de overgang naar zwangerschap. Vrouwen – laag- of hoogopgeleid en met of zonder ervaring met zwangerschap – lijken allen een verhoogde informatiebehoefte te krijgen zodra ze zwanger zijn. De transitie naar zwangerschap lijkt in elk geval zwaarder te wegen dan verschillen in opleidingsniveau. Vervolgonderzoek is daarom nodig om in deze context helder te krijgen of tailoring voor andere aspecten wenselijk is. Hierbij valt bijvoorbeeld te denken aan lezereigenschappen zoals zwangerschapsduur, maar ook aan kwaliteit van de argumentatie als teksteigenschap.

De derde hypothese luidde dat ervaring met zwangerschap tot een minder kritische houding ten aanzien van voorlichting leidt, omdat de verhoogde interesse zoals bij een eerste zwangerschap, minder zichtbaar is bij een volgende zwangerschap. Oftewel men verwacht dat vrouwen door hun ervaring met zwangerschap bij een volgende zwangerschap minder behoefte aan voedingsinformatie hebben. Vrouwen met ervaring beoordeelden de informatie echter niet anders dan vrouwen zonder ervaring. Vrouwen oordeelden tijdens een eerste zwangerschap niet kritischer over de voedingsinformatie dan vrouwen met ervaring. De interviewresultaten lieten echter tegenstellingen zien in informatievergaring tussen een eerste en een volgende zwangerschap. De meeste geïnterviewde vrouwen bleken

21 Zie hiervoor citaat 26 van het resultatenhoofdstuk.

nog geen ervaring met zwangerschap te hebben (N = 6). Eén dame die eerder zwanger was geweest bleek een summiere informatiebehoefte te hebben en zeer weinig op zoek te gaan naar informatie in verhouding tot de overige dames. Weliswaar gaat het hier om één vrouw die ervaring had met zwangerschap, dus kan hier slechts voorzichtig de conclusie worden getrokken dat wat de kwalitatieve resultaten betreft, vrouwen minder interesse tonen in voedingsvoorlichting bij een volgende zwangerschap. De respondent die ervaring had met zwangerschap was van mening dat ze niet 'alles opnieuw hoefde te zoeken'. Het gegeven dat de informatiebehoefte het meest aanwezig is tijdens een eerste zwangerschap, lijkt ook op te gaan voor dit onderzoek (Larsson, 2009; Sz wajcjer, 2008; Hofberg & Ward, 2003).

Het blijft echter de vraag of vrouwen met zwangerschapservaring er verstandig aan doen om zich enkel de voedingsinformatie van de eerste zwangerschap te herinneren en niet opnieuw voedingsinformatie te zoeken voor de huidige zwangerschap. Op basis van onderzoek naar voeding en zwangerschap kunnen richtlijnen veranderen of aangescherpt. Zoals bijvoorbeeld de recente toegevoegde informatie 'Waarom liever geen softijs?' op de VSP website.²² Het verdient aanbeveling dat de VSP in de introductie van haar voorlichting over voeding ook opneemt dat richtlijnen aan veranderingen onderhevig zijn. Hierbij kan het praktische advies aan cliënten zijn dat zij gedurende hun zwangerschap of bij een nieuwe zwangerschap regelmatig controleren of adviezen veranderd zijn. Dit geldt als vanzelfsprekend voor het personeel van de VSP.

5.4 Suggesties voor tekstoptimalisatie

Het feit dat de informatie over voeding op de website van de Verloskundige Stadspraktijk kort en bondig is gepresen-

²² Ten tijde van het verzamelen van het onderzoeksmateriaal bleek deze informatie nog niet toegevoegd aan de website. Ook websites als van het Voedingscentrum en het RIVM voegen regelmatig up-dates over voedingsrichtlijnen toe.

teerd, valt in de smaak bij de geïnterviewden. Informatie moet 'behapbaar' blijven en waar mogelijk worden voorzien van aanvullende informatie door het opnemen van links naar betrouwbare websites zoals die van het Voedingscentrum (zie hiervoor ook deel 1 van de interviewresultaten).

Hoewel mensen korte informatie waarderen, mag het niet ten koste gaan van het beargumenteren van de adviezen. Mensen zijn meer overtuigd van adviezen, naarmate deze (meer) concrete argumenten bevat. Enkel stellen 'product x is schadelijk' is niet genoeg. Zwangeren willen concrete informatie over waarom ze de gestelde adviezen op moeten volgen. De argumentatieanalyse liet bij de tweede tekst bijvoorbeeld zien dat het argument dat het eten van rauw vlees en rauwe melk(producten) schadelijk kan zijn voor de zwangere en het ongeboren kind' weliswaar als reëel argument werd gepresenteerd bij het gegeven (rauwe productgroepen kunnen de listeriabacterie bevatten), maar dat niet werd gesproken over tot welke schadelijke effecten de betreffende producten dan zouden kunnen leiden. In de derde tekst kwamen wel concrete risico's aan bod, die gepresenteerd werden in de vorm van argumenten. Uit zowel de kwantitatieve als de kwalitatieve resultaten bleek dat deze tekst dan ook het meeste werd gewaardeerd en lezers eveneens het meest overtuigd waren van de derde tekst. Zo kwam uit de interviews naar voren dat concrete risico's zoals 'miskraam' en 'vroeggeboorte' niet leidden tot angst, maar zogeheten 'fear appeals' vormen, die een positieve invloed hebben op de overtuigingskracht van de teksten waarin ze worden gepresenteerd (Das, De Wit & Stroebe, 2003). Bovendien worden lezers door het presenteren van risico's juist in staat gesteld tot het maken van betere beslissingen (zie hiervoor bijvoorbeeld Galjaard, 1997; Celemín & Jung, 2006). Mensen weten immers waarop ze de adviezen moeten afwegen. Volgens Schellens en De Jong (2000) wordt de onwenselijkheid van gevolgen binnen persuasieve voorlichting zelden nadrukkelijk ondersteund. Dit onderzoek bewijst dat het noemen van risico's of fear appeals helpt om de lezer te overtuigen van een advies. De uitdaging in voorlichtende teksten is om zo volledig en concreet mogelijk stil te staan bij argumentatie,

zonder dat de informatie langdradig wordt en slechts gedeeltelijk gelezen. Teksten zouden dus ten eerste geoptimaliseerd kunnen worden door argumentatie op te nemen die duidelijk is en die bijdraagt aan het tekstdoel. Daarnaast dienen eventuele risico's zo helder en concreet mogelijk gepresenteerd te worden.

Naast het opnemen van argumentatie dient ook rekening gehouden te worden met woordkeuze en zinsbouw en de impact die het kiezen van termen en het formuleren van zinnen met zich mee kan brengen. Benamingen uit een andere taal (zoals de Franse term 'au lait cru') kunnen wel worden opgenomen, indien ze tot verduidelijking leiden wanneer het om veelgebruikte begrippen gaat, maar moeten wel worden voorzien van de nodige uitleg en concrete voorbeelden, zodat mensen die nog nooit van een begrip gehoord hebben, er meteen een beeld bij hebben. Hetzelfde geldt voor het opstellen van adviezen. Het geschatte risico dient overeen te komen met de term die gekozen wordt. 'pas op met het eten van rauw vlees' suggereert wellicht een minder groot risico dan 'drink helemaal geen alcohol als je zwanger bent'.

Ook dienen adviezen consistent te zijn. In de eerste tekst 'Mag ik alles eten tijdens mijn zwangerschap?' leek dit niet het geval. De tekst opende namelijk met de zin 'In principe mag je alles eten als je zwanger bent', waarna verschillende beperkingen volgden over producten die beter niet gegeten konden worden tijdens de zwangerschap. De tweede tekst bevatte een tegenwerping van het advies 'pas op met het eten van rauw vlees en rauwe melk(producten) door middel van de uiting 'je hoeft je niet meteen zorgen te maken als je per ongeluk een *fout* kaasje hebt gegeten'. Tegenstrijdigheden en tegenwerpingen op het advies kunnen de lezer in verwarring brengen. Daarom dienen alle uitingen in een voorlichtende tekst overeen te komen met het gegeven advies dat in tekst geformuleerd is.

Uit de kwalitatieve resultaten kwam verder naar voren dat vrouwen allen een sterke informatiebehoefte hadden: vrouwen achtten de door de verloskundige verstrekte

voedingsinformatie summier en wonden zelfstandig veel informatie in over dit onderwerp tijdens hun zwangerschap. Dit deden zij vooral aan het begin van hun zwangerschap. Eerdere onderzoeken lieten ook zien dat zwangere vrouwen vooral aan het begin van hun zwangerschap veel behoefte hebben aan (voedingsgerelateerde) informatie (Szwajcer, 2008; Larsson, 2009). Blijkbaar is er een discrepantie aanwezig tussen de informatiebehoefte van de cliënt van de VSP enerzijds en de voorlichting door de praktijk aan de zwangere anderzijds. In elk geval kan de praktijk niet voorkomen dat vrouwen via andere bronnen informatie vergaren. Toch past het zoekgedrag naar informatie door zwangere vrouwen bij de algemene tendens dat mensen steeds meer informatie zoeken over hun gezondheid (Tufrey and Finlay, 2002; Dhillon et al, 2003; Bernhardt and Felter, 2004; Jeannott et al, 2004) en ook als gevolg van transities zoals die van zwangerschap (Szwajcer, 2008). Feit blijft wel dat de Verloskundige Stadspraktijk geen zicht heeft op welke informatie vrouwen thuis verzamelen. Het zou wenselijk zijn voor de Verloskundige Stadspraktijk om tijdens consulten aan de orde te stellen hoe vrouwen informatie inwinnen. Anderzijds vereist een openbaar medium als internet van informatieverzamelaars, zo ook de zwangere cliënten van de VSP, dat ze zelfstandig betrouwbare informatie van onbetrouwbare informatie weten te onderscheiden (Henwood et al, 2003). Het lijkt er echter op dat de hoogte van het opleidingsniveau niet in de eerste plaats verantwoordelijk is voor het kunnen scheiden van bronnen op betrouwbaarheid. Eerder is de soort opleiding die vrouwen volgden van belang. Drie deelnemers met een verpleegkundige dan wel achtergrond in de informatiedienstverlening bleken de informatie het meest kritisch te beoordelen op betrouwbaarheid. Zij keken onder meer naar de afkomst van de bron en naar uitingen die mogelijk duiden op onbetrouwbaarheid (reclameboodschappen). Bovendien raadpleegde deze groep vrouwen naast het gebruik van internet ook alternatieve bronnen (zoals het stellen van vragen op de markt, het bellen naar een informatielijn). Voor informatie via internet maakten deze vrouwen het vaakst gebruik van de website van het Voedingscentrum. De Verloskundige Stadspraktijk

zou in haar voorlichting (meer) rekening kunnen houden met de achtergrond van haar cliënten en de gevolgen die een achtergrond heeft voor het zoekgedrag en het verwerken van de gevonden informatie. In elk geval lijkt het verstandig om cliënten al tijdens het eerste contact te wijzen op de eigen website www.verloskundigestadspraktijk.nl. Op de website is ook een link opgenomen naar het Voedingscentrum voor aanvullende informatie. Uit de interviews bleek dat de respondenten de websites van het Voedingscentrum en de VSP als betrouwbaar zagen. Citaat 15²³ laat zien dat de geïnterviewde het logisch vindt dat de website van het Voedingscentrum duidelijk is, omdat het gaat om een overheidsinstelling. Volgens Slovic (2000) is voorlichting effectiever naarmate de consument meer vertrouwen heeft in de afzender van de boodschap.

Verloskundigen dienen vrouwen bewust te maken van de aanwezigheid van onbetrouwbare bronnen, waarmee zwangeren vooral te maken zullen krijgen wanneer ze 'open' zoeken via zoekmachines op internet. Uit eerder onderzoek blijkt dat patiënten bijvoorbeeld lang niet altijd (voldoende) aandacht hebben voor de bron van de informatie. Zo concludeerden Henwood et al (2003) in hun onderzoek namelijk dat slechts enkele proefpersonen acht sloegen op commerciële boodschappen in voorlichting en dat de meerderheid van de ondervraagde personen geen besef had van persuasieve nevedoelen in voorlichtende uitingen. Vanzelfsprekend dienen verloskundigen weet te hebben van betrouwbare informatie en waar deze informatie die bovendien overeenkomstig is met het praktijkbeleid te vinden is. Hier zou toekomstig onderzoek zich mede op kunnen richten. In dit onderzoek zijn verloskundigen namelijk geheel buiten beschouwing gelaten, terwijl zij juist een belangrijke, sturende rol zouden kunnen en moeten vervullen in de informatievoorziening en –sturing als het gaat om voedingsvoorlichting.

Verloskundigen dienen in elk geval tijdens consulten een laagdrempelige houding aan te nemen als het gaat om verificatie van door de cliënt gezochte informatie; zij die-

23 Zie citaat 15 in de interviewresultaten.

nen tijd en moeite te nemen om in te gaan op informatievergaring door de cliënt. Bovendien is het wenselijk dat ze hier ook zelf actief naar te vragen. Eerder onderzoek naar het terugkoppelen van eigenhandig gezochte informatie door cliënten aan professionals laat hierin een tweestrijdig beeld zien. Terwijl patiënten volgens Sillence et al (2007) hun specialisten om uiteenlopende redenen niet informeren over de gevonden informatie (zie hiervoor ook paragraaf 2.3.2), lijkt dit probleem zich minder voor de doen binnen de verloskundige wereld. Van Tongeren en Lai (2004) concludeerden in hun onderzoek namelijk dat thuis opgezochte informatie in bijna 80% van de gevallen werd teruggekoppeld aan de verloskundige. Wellicht speelt het gezag van de specialist en de status van deze beroepsgroep hierbij een rol. Verloskundigen zijn weliswaar hoogopgeleid, maar vaak wel lager geschoold dan artsen en specialisten, zoals bijvoorbeeld gynaecologen in de tweede lijns verloskundige zorg²⁴.

Als laatste zou het verstandig zijn om informatie op te nemen over het feit dat landelijke richtlijnen aan veranderingen onderhevig zijn. Aan cliënten kan het advies meegegeven worden dat zij met enige regelmaat de laatste updates checken als het gaat om voedingsvoorlichting.

In de bijlage worden tot slot de verbeteringsuggesties voor de teksten samengevat in praktische aanbevelingen gericht aan de Verloskundige Stadspraktijk.

24 Met de 'tweede lijn' worden zwangeren bedoeld die om medische redenen in het ziekenhuis onder toezicht staan van gynaecologen (maar ook verloskundigen en verpleegkundigen). Bij een normale zwangerschap worden controles in de eerste lijn uitgevoerd, deze groep vrouwen staat ingeschreven bij een eerstelijns verloskundige praktijk.

6 Literatuur

- Achterberg, P.W. (2005) *Met de besten vergelijkbaar? Internationale verschillen in sterfte rond de geboorte*. <http://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/270032001.pdf> (12 november 2009)
- Achterberg, P.W. & Kramers, P.G.N. (2006) Een gezonde start? Sterfte rond de geboorte in Nederland: trends en oorzaken vanuit internationaal perspectief. RIVM. Rapport nr. 271558003, in het kader van project 271558, Public Health Internationaal. Bilthoven: RIVM.
- Alderliesten, M.E. (2006) *Quality of perinatal care in a multi-ethnic population*. Proefschrift Universiteit van Amsterdam
- Bernhardt, J.M. & Felter, E.M. (2004) Online pediatric information seeking among mothers of young children: Results from a qualitative study using focus groups. *Journal of Medical Internet Research* 6 (1): e7.
- Bouwman, L.I. & Koelen, M.A. (2007) Communication on personalized nutrition. *Genes and Nutrition* 2 (1): 81 – 83.
- Brug, J., Campbell, M. en Assema, P. van (1999) The application and impact of computer-generated personalized nutrition education: a review of the literature. *Patient Education and Counselling* 36: 145 – 156.
- Buitendijk, S.E. & Nijhuis, J.G. (2004) Hoge perinatale sterfte in Nederland in vergelijking tot de rest van Europa. *Nederlands tijdschrift voor Geneeskunde* 148 (38): 1855 – 1860.
- Chen, H., Reardon, R., Rea, C. & Moore, D. (1992) Forewarming of content and involvement: Consequences for persuasion and resistance to persuasion. *Journal of experimental social psychology* 28 (6): 523 – 541.
- Cook, A.J.C., Gilbert, R.E., Buffolano, W., Zuffery, J., Petersen, E., Jenum, P.A., Foulon, W., Semprini, A.E., Dunn, D.T. (2002) Sources of toxoplasmosis infection in pregnant women: European multicentre case-control study. *British Medical Journal* 2000 321: 142 – 147.
- Das, Wit, de & Stroebe (2003) Fear appeals motivate acceptance of action recommendations: Evidence for a positive bias in the processing of persuasive messages. *Personality and Social Psychology Bulletin* 29 (5):
- Dhillon, I., Mallela, S. & Kumar, R. (2003). A divisive information-theoretic feature clustering algorithm for text classification. *JMLR* 3:1265 – 1287.
- Dijk, J.A.G.M. van (2003). *De digitale kloof wordt dieper*. Zaandam: Kwak & van Daalen & Ronday.
- Dijkstra, A., Vries, H. de & Roijackers, J. (1998) Long-term effectiveness of computer-generated tailored feedback in smoking cessation. *Health Education Research. Theory & Practice* 13 (2): 207 – 214.
- Dijkstra, A. & Vries, H. de (1999) The development of computer-generated tailored interventions. *Patient Education and Counselling* 36 (2): 193 – 203.
- Eysenbach, G. & Kohler, C. (2002) How do consumers search for and appraise health information on the world wide web? Qualitative study using focus groups, usability tests and in-depth interviews. *British Medical Journal* 324: 573 – 577.
- Fernandez-Celemín, L. & Jung, A. (2006) What should be the role of the media in nutrition communication? *British Journal of Nutrition* 96 (suppl. 1): s86 – s88.

- Field, A. (2002) *Discovering Statistics Using SPSS for Windows. Advanced Techniques for the Beginner*. London: Sage
- Galjaard, C. (1997) *Overheidscommunicatie: de binnenkant van het vak*. Utrecht: Lemma.
- Genuis, S.J. (2009) Nowhere to hide: chemical toxicants and the unborn child. *Reproductive Toxicology* 28: 115 – 116
- Givaudan, M., Pcik, S., de Venguer, T.T., Xolocotzin, U. (2002) *Bridging the communication gap: Provider to patient written communication across language and cultural barriers*. California: University Press of Southern California.
- Griffiths, C., Worsfold, D. & Mitchell, R. (1998) Food preparation, risk communication and the consumer. *Journal of Food Control* 9 (4): 225 – 232.
- Harrabin, R., Coote, A en Alle, J. (2003) *Health in the News: Risk, Reporting and Media Influence*. London: King's Fund Publications.
- Harvey, H.D. & Fleming, P. (2003) The readability and audience acceptance of printed health promotion materials used by environmental health departments. *Journal of Environmental Health* 65: 22 – 28.
- Henwood, F., Wyatt, S., Hart, A. & Smith, J. (2003) 'Ignorance is a bliss sometimes': constraints on the emergence of the 'informed patient' in the changing landscape of health information'. *Sociology of Health and Illness* 6: 589 – 607.
- Hofberg, K. & Ward, M.R. (2003) Fear of pregnancy and childbirth. *Postgraduate Medical Journal* 79: 505 – 510.
- Hornikx (2003) De relatieve frequentie van verschillende evidentietypen in Nederlandse en Franse persuasieve voorlichtingsbrochures. In L. van Waes, P. Cuvelier, G. Jacobs, & I. de Ridder (Red.), *Studies in Taalbeheersing, vol. 1*: 206 – 217. Assen: Van Gorcum.
- Hulshof K.F.A.M., Ocké M.C., Rossum C.T.M. van, Buurma-Rethans, E.J.M., Brants, H.A.M., Drijvers, J.J.M.M. & Doest, D. ter (2003) *Resultaten van de Voedselconsumptiepeiling 2003*. RIVM. Rapport nr. 350030002/2004; TNO rapport nr V6000. Bilthoven: RIVM
- Impicciatore, P., Pandolfini, C., Casella, N., Bonati, M. (2003) Reliability of health information for the public on the World Wide Web: systematic survey of advice on managing fever in children at home. *British Medical Journal* 314: 1875 – 9.
- Jansen, J., Schuit, A. F. en Lucht, F. van der (2002) *Tijd voor gezond gedrag. Bevordering van gezond gedrag bij specifieke groepen*.
<http://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/270555004.html> (21 november 2009)
- Jeannot, J.G., Froehlich, F., Wietlisbach, V., Burnand, B., Terraz, O., Vader, J.P. (2004) Patient use of the internet for health care information in Switzerland. *Swiss Medical Weekly* 26 (3): 293 – 300.
- Johnson, A. (1999). Do parents value and use written health information? *Neonatal, Paediatric and Child Health Nursing* 2: 3 – 7.
- Johnson, A. & Sandford, J. (2005) Written and verbal information versus verbal information only for patients being discharged from acute hospital settings to home: systematic review. *Health Education Research* 20: 423 – 429.
- Keijser, W. (2002) *Internet als informatiebron: vriend of vijand?*
http://www.xs4all.nl/~wouterak/internet_TvHg_2003.pdf (15 oktober 2009)

- Kerstens, J.A.M. & Sesink, E.M. (2009) *Basisboek Zorg II: Voorlichting, preventie en instructie*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum
- Koelen, M.A. & Ban, van den, A.W. (2004) *Health education and health promotion*. Wageningen: Wageningen Academic Publishers.
- Kreuter, M.W. & Strecher, V.J. (1996) Do tailored behavior change messages enhance the effectiveness of health risk appraisal? Results from a randomized trial. *Health Education Research* 11: 97 – 105.
- Kreuter, M.W., Strecher, V.J. & Glassman, M.A.T. (1999) One size does not fit all: The case for tailoring print materials. *Annals of Behavioral Medicine* 21 (4): 276 – 283.
- Kunst, H., Groot, D., Latthe, P.M., Latthe, M., Khan, K.S. (2002) Accuracy of information on apparently credible websites: survey of five common health topics. *British Medical Journal* 324: 581 – 582.
- Lamerichs, J. (2008) Gezondheidsinformatie op internet: struikelblok voor patiënt en professional? *Tijdschrift voor sociale interventie* 17 (2): 15 – 27.
- Larsson, M. (2009) A descriptive study of the use of Internet by women seeking pregnancy-related information. *Midwifery* 25 (1): 14 – 20.
- Lash, J. (2002) *Critique of information*. London: Sage.
- Lewis, D. (1999). Computer-based approaches to patient education: a review of the literature. *Journal of the American Medical Informatics Association* 6: 272-282.
- Miller, G.A. (1980) 'On being persuaded: some basic distinctions' in Roloff, M.E. & Miller, G.A. 'Persuasion: new directions in theory and research. Beverly Hills CA: Sage.
- Murero, M., D'Ancona, G. & Karamoukian, H. (2001) *Use of the Internet by patients before and after cardiac surgery: an interdisciplinary telephone survey*. <http://www.jmir.org/2001/3/e27/> (18 januari 2010)
- Nettleton, S., Burrows, R. & O'Malley, L. (2005) The mundane realities of the everyday lay use of the internet for health, and their consequences for media convergence. *Sociology of Health and Illness* 27 (7): 972 – 992.
- Nooijer, J. de, Oenema, A., Kloek, G., Brug, H., Vries, H. de & Vries, N. de (2005). *Bevordering van gezond gedrag via internet. Nu en in de toekomst*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Gezondheid en Milieu (RIVM) <http://www.gvo.unimaas.nl/voeding/PDF/bggi.pdf> (21 november 2009)
- Oenema A., Brug J., & Lechner L. (2001) Web-based tailored nutrition education: results of a randomized controlled trial. *Health Education Research* 6: 647 – 660.
- Olsen, C.M. (2005) Tracking of food choices across the transition to motherhood. *Journal of Nutritional Education Behaviour* 37: 129 – 136
- Pew Research Center (2003) *Health searches and email have become more common place, but there is room for improvement in searches and overall Internet access*. <http://www.pewinternet.org/>. (Amerikaans onderzoeksinstituut)
- Redmond, E. and Griffith, C. (2003), Consumer food handling in the home: a review of food safety studies. *Journal of Food Protection* 66 (1) 130 – 161.
- Rijen, A.J.G. van & Ottes, L. (2006) Internetgebruiker en prioriteitenstelling in de zorg. In: *Zicht op zinnige en duurzame zorg* 229 – 275. Zoetermeer: Raad voor Volksgezondheid en Zorg.

- Rogers, R. (1975) A Protection Motivation Theory of fear appeals and attitude change. *Journal of psychology: Interdisciplinary and applied* 91 (1): 93 – 114.
- Röling, N.G. & Kuiper, D. (1994) Wat is voorlichting? In N.G. Röling et al (Red.), *Basisboek voorlichtingskunde* 17 – 36. Amsterdam/ Meppel: Boom.
- Savas, S. & Evcik, D. (2001) Do undereducated patients read and understand written education materials? *Scandinavian Journal of Rheumatology* 30 (2): 99 – 102
- Schellens, P.J. & Jong, M. D. T. de (2000) Soorten argumenten in voorlichting. *Tijdschrift voor taalbeheersing* 22: 288 – 308.
- Schellens, P.J. & Steehouder, M. (2008) Tekstanalyse. Methoden en toepassingen. Schellens, P.J. & Steehouder, M. Assen: Van Gorcum.
- Shaw, J. & Baker, M. (2004) 'Expert patient' – dream or nightmare? The concept of a well informed patient is welcome, but a new name is needed. *British Medical Journal* 328: 723 – 724.
- Sillence, E., Briggs, P., Harris, P.R., Fishwick, L. (2007) How do patients evaluate and make use of online health information? *Journal of Social Science & Medicine* 64: 1853 – 1862.
- Skinner, C.S., Strecher, V.J. & Hospers, H. (1994) Physicians' recommendations for mammography: Do tailored messages make a difference? *American Journal of Public Health* 84: 43 – 9.
- Slovic (2000) *The perception of risk*. London: Earthscan.
- Strecher, V.J., Kreuter, M., Den Boer, D.J., Kobrin, S., Hospers, H.J. & Skinner, C.S. (1994) The effect of computer-tailored smoking cessation messages in family practice settings. *Journal of Family Practice* 39: 262 – 8.
- Strecher, V.J. (1999) Computer-tailored smoking cessation materials: a review and discussion. *Patient Education and Counselling* 36: 107 – 117.
- Szwajcer, E.M. (2007) Pregnancy: time for a new beginning!: exploring opportunities and challenges for healthy nutrition promotion. Proefschrift Wageningen Universiteit.
- Szwajcer, E.M., Hiddink, G.J., Maas, L. (2008) Nutrition-related information-seeking behaviours of women trying to conceive and pregnant women: evidence for the life course perspective. *Family Practice*, 25: i99 – i104.
- Taylor, H. & Leitman, R. (2002) The future use of the Internet in four countries in relation to prescriptions, physician communication and health information. *Health Care News* 2: 13.
- Tongeren, L. van & Lai, A. (2004) The use of the internet by prenatal patients for health information and its consequences. *A research project by the Division of Health Care Communication – informed and shared decision making*. University of British Columbia.
<http://www.chd.ubc.ca/dhcc/sites/default/files/Prenatal%20Research%2520Report.pdf>
- Tuffrey, C. & Finlay F. (2002) Use of the Internet by parents of paediatric outpatients. *Archives of Disease in Childhood* 87: 534 – 536.
- Vries, H., de & Brug, J. (1999) Computer tailored interventions motivating people to adopt health promoting behaviours: Introduction to a new approach. *Patient Education and Counselling* 36 (2): 99 - 105
- Waelput, A.J.M. & Achterberg, P.W. (2007) *Etniciteit en zorg rondom zwangerschap en geboorte: een verkenning van Nederlands onderzoek*.
<http://static.ikregeer.nl/pdf/BLC15095.pdf> (10 november)

Wagemakers, M.A.E.; Broeder, L. den, Waelpuut. A., Woerkum, C.M.J. van (1999). Een communicatiebeleid voor de KNOV. *Tijdschrift voor verloskundigen* 24: 688 – 692.

Whethington, E. (2005) An overview of the Life Course Perspective: implications for health and nutrition. *Journal of Nutrition Education Behaviour* 37 (suppl. 1): 115 – 120

Woerkum, C.M.J. van (2003) The internet and primary care physicians: coping with different expectations. *American Journal of Clinical Nutrition* 77 (suppl. 1) 1016s – 1018s.

Internet

Voedingscentrum, geraadpleegd op 22 januari 2010:
<http://www.voedingscentrum.nl/nl/voedingscentrum/veel-gestelde-vragen/zwangerschap/mag-ik-tijdens-mijn-zwangerschap-buitenlandse-kaas-eten.aspx>

Verloskundige Stadspraktijk Groningen, geraadpleegd op 14 september 2009:
<http://www.verloskundigestadspraktijk.nl/Doc.aspx?docId=620>

Bijlage 1 Het onderzoeksmateriaal: de drie teksten

Eten en drinken

Mag ik alles eten tijdens mijn zwangerschap? (Tekst 1)

In principe mag je alles eten als je zwanger bent. Er zijn wel een paar uitzonderingen, namelijk rauw Vlees een rauwe melk(producten). Bak je biefstukje goed door en eet geen rosbief, filet Americain, tartaar of carpaccio. Kazen die van rauwe melk zijn gemaakt hebben de aanduiding 'au lait cru' en zijn meestal alleen bij speciaalzaken te koop. Ook moet je oppassen met rauwe groente. Was deze altijd heel goed en bewaar een bakje salade of rauwkost nooit langer dan 24 uur.

Waarom moet ik oppassen met rauw vlees en rauwe melk? (Tekst 2)

Op rauw vlees en in rauwe melk(producten) kan de listeriabacterie voorkomen. Ook vacuümverpakte gerookte zalmfilet kan listeria bevatten. Deze bacterie kan schadelijk zijn voor jezelf en je ongeboren kind. In de koelkast blijft de listeriabacterie zichzelf vermenigvuldigen. Bewaar verse producten daarom zo koel en zo kort mogelijk. In de praktijk is besmetting met de listeriabacterie vrij klein. Je hoeft je dus niet meteen zorgen te maken als je per ongeluk een 'fout' kaasje hebt gegeten.

Mag ik wel of geen gerookte zalm eten?

Waarom moet ik uitkijken met rauwe groenten en rauw vlees?

Waar vind ik meer informatie over goede voeding?

Hoe schadelijk is alcohol als ik zwanger ben? (Tekst 3)

Alcohol heeft invloed op je ongeboren kind. Het is dus verstandig om geen alcohol te drinken als je zwanger bent. Er is geen veilige ondergrens als het om alcohol gaat. De veiligste keus is dus: helemaal geen alcohol als je zwanger bent. Kun je dat biertje of wijntje niet laten staan? Dan heb een grotere kans op een laag geboortegewicht, een vroeggeboorte en een miskraam. Ook kan alcohol een negatieve invloed hebben op de latere ontwikkeling van je kind. Kijk voor meer informatie op de website van Stichting Alcoholpreventie.

Bron: website Verloskundige Stadspraktijk Groningen: www.verloskundigestadspraktijk.nl

Bijlage 2 Vragenlijst, versie VSP



64

Onderzoek naar de informatie
op de website van de
**Verloskundige Stadspraktijk
Groningen**

www.verloskundigestadspraktijk.nl

Je gegevens

Door middel van dit onderzoek willen we meer inzicht krijgen in hoe zwangere vrouwen informatie over voeding en leefstijl beoordelen tijdens hun zwangerschap. Voordat je begint met het invullen van de vragenlijst, willen we graag eerst wat persoonlijke gegevens van je. Het is belangrijk dat je deze gegevens invult, omdat we beseffen dat niet elke vrouw dezelfde mening zal hebben over een tekst. Daarom willen we de teksten zo goed mogelijk afstemmen op de verschillende wensen en behoeften van zwangere vrouwen uit onze praktijk. Door meer te weten te komen over de achtergrond van jou als zwangere, kan de voorlichting aan zwangere vrouwen in de toekomst nog beter worden. Vul onderstaande gegevens daarom zo volledig mogelijk in.

Belangrijk!

Alle antwoorden worden anoniem verwerkt. Daarom hoeft je niet je naam in te vullen. Bij de verwerking van de overige gegevens zullen we kenmerken alleen groepsgevoels bespreken.

Leeftijd:jaar

Woonplaats:.....

Ik ben in Nederland geboren: Ja/Nee*

*Hoe lang woon je in Nederland?.....jaar

Hoogst afgeronde opleiding:

Huidige beroep:.....

Ik ben voor het eerst zwanger: Ja/Nee*

*Aantal kinderen:

Ik sta vanaf het begin van mijn zwangerschap onder controle in het ziekenhuis: Ja/Nee*

* Ik liep hiervoor mijn controles bij.....vanaf.....tot.....weken zwangerschap

Aantal weken zwanger van je huidige kind:..... weken

Uitgerekende datum:-.....-.....

Datum waarop de vragenlijst is ingevuld:.....-.....-.....

Heb je alle gegevens ingevuld? Ga dan nu verder met het lezen van de instructies voor het lezen van de teksten en het beantwoorden van de vragen op de volgende pagina.

Vragen bij de teksten

In dit onderzoek willen we proberen te achterhalen wat zwangere vrouwen vinden van teksten die over de zwangerschap gaan. Daarom laten we je drie korte teksten lezen, die afkomstig zijn van de website van de Verloskundige Stadspraktijk Groningen. De teksten gaan over de onderwerpen 'voeding' en 'leefstijl' tijdens de zwangerschap.

De teksten staan telkens afgebeeld op de linkerpagina. Onderaan de linkerpagina is de vragenlijst weergegeven; deze gaat verder op de rechterpagina.

Lees elke tekst eerst aandachtig door. Beantwoordt vervolgens de vragen. Denk niet te lang na over de antwoorden die je geeft; het antwoord dat het eerst in je opkomt, is vaak het beste antwoord.

Maak de vragenlijst die bij een tekst hoort eerst helemaal af voordat je naar de volgende tekst gaat.

Belangrijk!

Er zijn geen goede of foute antwoorden mogelijk. Vul dus altijd in wat jij ervan vindt. Alleen zo kan de VSP haar voorlichting op de website nog beter afstemmen op jouw wensen. Want jouw mening telt!

Wanneer je nog opmerkingen hebt over de tekst of over de vragen, kun je die onderaan elke vragenlijst kwijt.

Veel succes met het invullen van de vragen!

Marit Janssen.

g.m.janssen@wenkebach.umcg.nl

Tekst 1 Hoe schadelijk is alcohol als ik zwanger ben?

[home](#) | [onze praktijk](#) | [echocentrum](#) | [nog niet zwanger](#) | [zwanger!](#) | [de bevalling](#) | [kraamperiode](#) | [handig | vragen eten en drinken](#) | gezondheid | vakantie & vrije tijd | onze website

Staat jouw vraag er niet bij? Stuur ons een [mailtje](#) of bel 050-3610500.
Ook op de website van het [voedingscentrum](#) vind je veel informatie.

Eten en drinken

Mag ik alles eten tijdens mijn zwangerschap?

Waarom moet ik oppassen met rauw vlees en rauwe melk?

Mag ik wel of geen gerookte zalm eten?

Waarom moet ik uitkijken met rauwe groenten en rauw vlees?

Waar vind ik meer informatie over goede voeding?



Hoe schadelijk is alcohol als ik zwanger ben?

Alcohol heeft invloed op je ongeboren kind. Het is dus verstandig om geen alcohol te drinken als je zwanger bent. Er is geen veilige ondergrens als het om alcohol gaat. De veiligste keus is dus: helemaal geen alcohol als je zwanger bent. Kun je dat biertje of wijntje niet laten staan? Dan heb een grotere kans op een laag geboortegewicht, een vroeggeboorte en een miskraam. Ook kan alcohol een negatieve invloed hebben op de latere ontwikkeling van je kind. Kijk voor meer informatie op de website van Stichting Alcoholpreventie.

VERLOSKUNDIGE STADSPRAKTIJK
POSTBUS 11060 9700 CB GRONINGEN

[home](#)

[sitemap](#)

[colofon](#)

Vragen bij tekst 1 'Hoe schadelijk is alcohol als ik zwanger ben?'

1. Waarover gaat deze tekst volgens jou?

.....

2. Deze tekst bevat een boodschap: een 'advies'. Wat is volgens jou het advies in deze tekst?

.....

3. Maakt de tekst duidelijk *waarom* het advies afgegeven wordt? (kruis 1 antwoord aan)

Ja, alcohol heeft invloed op je ongeboren kind;

Ja, alcohol kan leiden tot een miskraam, vroeggeboorte en laaggeboortegewicht en kan een negatieve uitwerking hebben op de latere ontwikkeling van het kind;

Nee, de nadruk ligt in de tekst op 'drink geen alcohol tijdens de zwangerschap';

Nee, alcoholgebruik kent geen veilige ondergrens.

4. Geeft de tekst voldoende redenen voor het advies?

Ja, absoluut *Nee, helemaal niet*

5. Ben je het eens met het advies uit de tekst?

Ja, absoluut *Nee, helemaal niet*

6. Ben je overtuigd van het advies dat in deze tekst worden gegeven?

Ja, absoluut *Nee, helemaal niet*

7. Sluit de tekst aan bij de kennis die je hebt over dit onderwerp?

Ja, absoluut *Nee, helemaal niet*

8. Geeft de tekst volgens jou voldoende informatie over het onderwerp?

Ja, absoluut *Nee, helemaal niet*

9. Zou je deze tekst aanbevelen aan andere zwangere vrouwen?

Ja, absoluut *Nee, helemaal niet*

10. In hoeverre denk je dat je het advies waarover je gelezen hebt zelf gaat opvolgen tijdens je zwangerschap?

Ja, absoluut *Nee, helemaal niet*

68

Eventuele opmerkingen bij tekst 1:

.....
Heb je alle vragen ingevuld? Ga dan op de volgende pagina verder met de tweede tekst.

Tekst 2 Mag ik alles eten tijdens mijn zwangerschap?

[home](#) | [onze praktijk](#) | [echocentrum](#) | [nog niet zwanger](#) | [zwanger!](#) | [de bevalling](#) | [kraamperiode](#) | [handig | vragen eten en drinken](#) | [gezondheid](#) | [vakantie & vrije tijd](#) | [onze website](#)

Staat jouw vraag er niet bij? Stuur ons een [mailtje](#) of bel 050-3610500.
Ook op de website van het [voedingscentrum](#) vind je veel informatie.

Eten en drinken

Mag ik alles eten tijdens mijn zwangerschap?

In principe mag je alles eten als je zwanger bent. Er zijn wel een paar uitzonderingen, namelijk rauw vlees en rauwe melk(producten). Bak je biefstukje goed door en eet geen rosbief, filet Americain, tartaar of carpaccio. Kazen die van rauwe melk zijn gemaakt hebben de aanduiding 'au lait cru' en zijn meestal alleen bij speciaalzaken te koop. Ook moet je oppassen met rauwe groente. Was deze altijd heel goed en bewaar een bakje salade of rauwkost nooit langer dan 24 uur.

Waarom moet ik oppassen met rauw vlees en rauwe melk?

Mag ik wel of geen gerookte zalm eten?

Waarom moet ik uitkijken met rauwe groenten en rauw vlees?

Waar vind ik meer informatie over goede voeding?

Hoe schadelijk is alcohol als ik zwanger ben?



VERLOSKUNDIGE STADSPRAKTIJK
POSTBUS 11060 9700 CB GRONINGEN

[home](#)

[sitemap](#)

[colofon](#)

Vragen bij tekst 2 'Mag ik alles eten tijdens mijn zwangerschap?'

1. Waarover gaat deze tekst volgens jou?

.....

2. Deze tekst bevat een boodschap: een 'advies'. Wat is volgens jou het advies in deze tekst?

.....

3. Maakt de tekst duidelijk *waarom* het advies afgegeven wordt? (kruis 1 antwoord aan)

Ja, omdat het logisch is dat je bepaalde dingen niet mag eten als je zwanger bent;

Ja, omdat er precies wordt gezegd met welke producten je moet oppassen als je zwanger bent;

Nee, in de tekst wordt niet duidelijk uitgelegd waarom je bepaalde dingen beter niet kunt eten tijdens je zwangerschap;

Nee, de tekst suggereert eerst dat je alles mag eten, maar daarna wordt dit tegen gesproken.

4. Ben je het eens met het advies uit de tekst?

Ja, absoluut *Nee, helemaal niet*

5. Ben je overtuigd van het advies dat in deze tekst worden gegeven?

Ja, absoluut *Nee, helemaal niet*

6. Sluit de tekst aan bij de kennis die je hebt over dit onderwerp?

Ja, absoluut *Nee, helemaal niet*

7. Geeft de tekst volgens jou voldoende informatie over het onderwerp?

Ja, absoluut *Nee, helemaal niet*

8. Zou je deze tekst aanbevelen aan andere zwangere vrouwen?

Ja, absoluut *Nee, helemaal niet*

9. In hoeverre denk je dat je het advies waarover je gelezen hebt zelf gaat opvolgen tijdens je zwangerschap?

Ja, absoluut *Nee, helemaal niet*

Eventuele opmerkingen bij tekst 2:

.....
Klaar? Ga op de volgende pagina verder met de laatste tekst.

Tekst 3 Waarom moet ik oppassen met rauw vlees en rauwe melk?

[home](#) | [onze praktijk](#) | [echocentrum](#) | [nog niet zwanger](#) | [zwanger!](#) | [de bevalling](#) | [kraamperiode](#) | [handig | vragen eten en drinken](#) | gezondheid | vakantie & vrije tijd | onze website

Staat jouw vraag er niet bij? Stuur ons een [mailtje](#) of bel 050-3610500.
Ook op de website van het [voedingscentrum](#) vind je veel informatie.

Eten en drinken

Mag ik alles eten tijdens mijn zwangerschap?

Waarom moet ik oppassen met rauw vlees en rauwe melk?

Op rauw vlees en in rauwe melk(producten) kan de listeriabacterie voorkomen. Ook vacuümverpakte gerookte zalmfilet kan listeria bevatten. Deze bacterie kan schadelijk zijn voor jezelf en je ongeboren kind. In de koelkast blijft de listeriabacterie zichzelf vermenigvuldigen. Bewaar verse producten daarom zo koel en zo kort mogelijk. In de praktijk is besmetting met de listeriabacterie vrij klein. Je hoeft je dus niet meteen zorgen te maken als je per ongeluk een 'fout' kaasje hebt gegeten.

Mag ik wel of geen gerookte zalm eten?

Waarom moet ik uitkijken met rauwe groenten en rauw vlees?

Waar vind ik meer informatie over goede voeding?

Hoe schadelijk is alcohol als ik zwanger ben?



VERLOSKUNDIGE STADSPRAKTIJK
POSTBUS 11060 9700 CB GRONINGEN

[home](#)

[sitemap](#)

[colofon](#)

Vragen bij tekst 3 'Waarom moet ik oppassen met rauw vlees en rauwe melk?'

1. Waarover gaat deze tekst volgens jou?

.....
.....

2. Deze tekst bevat een boodschap: een 'advies'. Wat is volgens jou het advies in deze tekst?

.....
.....

3. Maakt de tekst duidelijk *waarom* het advies afgegeven wordt? (kruis 1 antwoord aan)

Ja, omdat rauw vlees en rauwe melk de listeriabacterie kan bevatten;

Ja, omdat de listeriabacterie schadelijk kan zijn voor jezelf en je ongeboren kind;

0 Nee, omdat de kans op besmetting in de praktijk toch erg klein blijkt te zijn;
0 Nee, de tekst gaat wel in op hoe je rauwe producten het beste kunt bewaren, maar geeft niet aan waarom je moet oppassen met het eten ervan.

4. Geeft de tekst voldoende redenen voor het advies?

Ja, absoluut *Nee, helemaal niet*

5. Ben je het eens met het advies uit de tekst?

Ja, absoluut *Nee, helemaal niet*

6. Ben je overtuigd van het advies dat in deze tekst worden gegeven?

Ja, absoluut *Nee, helemaal niet*

7. Sluit de tekst aan bij de kennis die je hebt over dit onderwerp?

Ja, absoluut *Nee, helemaal niet*

8. Geeft de tekst volgens jou voldoende informatie over het onderwerp?

Ja, absoluut *Nee, helemaal niet*

9. Zou je deze tekst aanbevelen aan andere zwangere vrouwen?

Ja, absoluut *Nee, helemaal niet*

10. In hoeverre denk je dat je het advies waarover je gelezen hebt zelf gaat opvolgen tijdens je zwangerschap?

Ja, absoluut *Nee, helemaal niet*

Eventuele opmerkingen bij tekst 3:

.....

Einde van de vragenlijst. Lees de achterzijde van de vragenlijst nog even door.

Ik heb de vragenlijst ingevuld. Hoe gaat het onderzoek nu verder?

Je bent aan het einde gekomen van de vragenlijst. Wij willen je heel hartelijk bedanken voor je deelname. Door jouw bijdrage kan voorlichting over voeding en leefstijl tijdens de zwangerschap nog verder worden verbeterd, waar zwangere vrouwen in de toekomst profijt van zullen hebben.

Wij willen je tot slot nog vragen of je geïnteresseerd bent in de resultaten van dit onderzoek en hiervan op de hoogte gehouden wilt worden en of je bereid bent om eventueel mee te doen aan vervolgonderzoek.

- 0 Ja, ik wil graag op de hoogte gehouden worden van de resultaten van dit onderzoek

- 0 Ja, ik ben bereid om mee te werken aan eventueel vervolgonderzoek naar de voorlichting over voeding en leefstijl tijdens de zwangerschap

Wanneer je bij één of beide vakjes 'Ja' aangekruist hebt, vul dan hieronder je e-mail adres in:

E-mail adres:

.....

Bijlage 3 Vragenlijst, versie UMCG



UMCG

Je gegevens

Door middel van deze vragenlijst willen we meer inzicht krijgen in hoe zwangere vrouwen informatie over voeding en leefstijl beoordelen tijdens hun zwangerschap. Voordat je begint met het invullen van de vragenlijst, willen we graag eerst wat persoonlijke gegevens van je. Het is belangrijk dat je deze gegevens invult, omdat we beseffen dat niet elke vrouw dezelfde mening zal hebben over een tekst. Daarom willen we de teksten zo goed mogelijk afstemmen op de verschillende wensen en behoeften van zwangere vrouwen uit onze praktijk. Door meer te weten te komen over de achtergrond van jou als zwangere, kan de voorlichting aan zwangere vrouwen in de toekomst nog beter worden. Vul onderstaande gegevens daarom zo volledig mogelijk in.

Belangrijk!

Alle antwoorden worden anoniem verwerkt. Daarom hoeft je niet je naam in te vullen. Bij de verwerking van de overige gegevens zullen we kenmerken alleen groepsgevoels bespreken.

Leeftijd:jaar

Woonplaats:.....

Ik ben in Nederland geboren: Ja/Nee*

*Hoe lang woon je in Nederland?..... jaar

Hoogst afgeronde opleiding:

Huidige beroep:.....

Ik ben voor het eerst zwanger: Ja/Nee*

*Aantal kinderen:

Ik sta vanaf het begin van mijn zwangerschap onder controle in het ziekenhuis: Ja/Nee*

* Ik liep hiervoor mijn controles bij.....vanaf.....tot.....weken zwangerschap

Aantal weken zwanger van je huidige kind:..... weken

Uitgerekende datum:-.....-.....

Datum waarop de vragenlijst is ingevuld:.....-.....-.....

Heb je alle gegevens ingevuld? Ga dan nu verder met het lezen van de instructies voor het lezen van de teksten en het beantwoorden van de vragen op de volgende pagina.

Vragen bij de teksten

In dit onderzoek willen we proberen te achterhalen wat zwangere vrouwen vinden van teksten die over de zwangerschap gaan. Daarom laten we je drie korte teksten lezen. De teksten bevatten algemene informatie over voeding en leefstijl tijdens de zwangerschap. Ze gaan bijvoorbeeld in op wat je wel en beter niet kunt eten of drinken als je zwanger bent. De teksten zijn afkomstig van de website van de Verloskundige Stadspraktijk Groningen.

De teksten staan telkens afgebeeld op de linkerpagina. Onderaan de linkerpagina is de vragenlijst weergegeven; deze gaat verder op de rechterpagina.

Lees elke tekst eerst aandachtig door. Beantwoordt vervolgens de vragen. Denk niet te lang na over de antwoorden die je geeft; het antwoord dat het eerst in je opkomt, is vaak het beste antwoord. Maak de vragenlijst die bij een tekst hoort eerst helemaal af voordat je naar de volgende tekst gaat.

Belangrijk!

Er zijn geen goede of foute antwoorden mogelijk. Vul dus altijd in wat jij ervan vindt. Alleen zo kan voorlichting over voeding nog beter afstemmen op jouw wensen. Want jouw mening telt!

Wanneer je nog opmerkingen hebt over de tekst of over de vragen, kun je die onderaan elke vragenlijst kwijt.

Veel succes met het invullen van de vragen!

Tekst 1 Mag ik alles eten tijdens mijn zwangerschap?

[home](#) | [onze praktijk](#) | [echocentrum](#) | [nog niet zwanger](#) | [zwanger!](#) | [de bevalling](#) | [kraamperiode](#) | [handig | vragen](#)
[eten en drinken](#) | gezondheid | vakantie & vrije tijd | onze website

Staat jouw vraag er niet bij? Stuur ons een [mailtje](#) of bel 050-3610500.
Ook op de website van het [voedingscentrum](#) vind je veel informatie.

Eten en drinken

Mag ik alles eten tijdens mijn zwangerschap?

In principe mag je alles eten als je zwanger bent. Er zijn wel een paar uitzonderingen, namelijk rauw Vlees een rauwe melk(producten). Bak je biefstukje goed door en eet geen rosbief, filet Americain, tartaar of carpaccio. Kazen die van rauwe melk zijn gemaakt hebben de aanduiding 'au lait cru' en zijn meestal alleen bij speciaalzaken te koop. Ook moet je oppassen met rauwe groente. Was deze altijd heel goed en bewaar een bakje salade of rauwkost nooit langer dan 24 uur.

Waarom moet ik oppassen met rauw vlees en rauwe melk?

Mag ik wel of geen gerookte zalm eten?

Waarom moet ik uitkijken met rauwe groenten en rauw vlees?

Waar vind ik meer informatie over goede voeding?

Hoe schadelijk is alcohol als ik zwanger ben?



VERLOSKUNDIGE STADSPRAKTIJK
POSTBUS 11060 9700 CB GRONINGEN

[home](#)

[sitemap](#)

[colofon](#)

Vragen bij tekst 1 'Mag ik alles eten tijdens mijn zwangerschap?'

1. Waarover gaat deze tekst volgens jou?

.....

2. Deze tekst bevat een boodschap: een 'advies'. Wat is volgens jou het advies in deze tekst?

.....

3. Maakt de tekst duidelijk *waarom* het advies afgegeven wordt? (kruis 1 antwoord aan)

Ja, omdat het logisch is dat je bepaalde dingen niet mag eten als je zwanger bent;

Ja, omdat er precies wordt gezegd met welke producten je moet oppassen als je zwanger bent;

Nee, in de tekst wordt niet duidelijk uitgelegd waarom je bepaalde dingen beter niet kunt eten tijdens je zwangerschap;

0 Nee, de tekst suggereert eerst dat je alles mag eten, maar daarna wordt dit tegengesproken.

4. Ben je het eens met het advies uit de tekst?

Ja, absoluut *Nee, helemaal niet*

5. Ben je overtuigd van het advies dat in deze tekst worden gegeven?

Ja, absoluut *Nee, helemaal niet*

6. Sluit de tekst aan bij de kennis die je hebt over dit onderwerp?

Ja, absoluut *Nee, helemaal niet*

7. Geeft de tekst volgens jou voldoende informatie over het onderwerp?

Ja, absoluut *Nee, helemaal niet*

8. Zou je deze tekst aanbevelen aan andere zwangere vrouwen?

Ja, absoluut *Nee, helemaal niet*

9. In hoeverre denk je dat je het advies waarover je gelezen hebt zelf gaat opvolgen tijdens je zwangerschap?

Ja, absoluut *Nee, helemaal niet*

78 |

Eventuele opmerkingen over tekst 1:

.....
.....
Heb je alle vragen ingevuld? Ga dan op de volgende pagina verder met de tweede tekst.

Tekst 2 Waarom moet ik oppassen met rauw vlees en rauwe melk?

[home](#) | [onze praktijk](#) | [echocentrum](#) | [nog niet zwanger](#) | [zwanger!](#) | [de bevalling](#) | [kraamperiode](#) | [handig](#) | [vragen eten en drinken](#) | [gezondheid](#) | [vakantie & vrije tijd](#) | [onze website](#)

Staat jouw vraag er niet bij? Stuur ons een [mailtje](#) of bel 050-3610500.
Ook op de website van het [voedingscentrum](#) vind je veel informatie.

Eten en drinken

Mag ik alles eten tijdens mijn zwangerschap?

Waarom moet ik oppassen met rauw vlees en rauwe melk?

Op rauw vlees en in rauwe melk(producten) kan de listeriabacterie voorkomen. Ook vacuümverpakte gerookte zalmfilet kan listeria bevatten. Deze bacterie kan schadelijk zijn voor jezelf en je ongeboren kind. In de koelkast blijft de listeriabacterie zichzelf vermenigvuldigen. Bewaar verse producten daarom zo koel en zo kort mogelijk. In de praktijk is besmetting met de listeriabacterie vrij klein. Je hoeft je dus niet meteen zorgen te maken als je per ongeluk een 'fout' kaasje hebt gegeten.

Mag ik wel of geen gerookte zalm eten?

Waarom moet ik uitkijken met rauwe groenten en rauw vlees?

Waar vind ik meer informatie over goede voeding?

Hoe schadelijk is alcohol als ik zwanger ben?



VERLOSKUNDIGE STADSPRAKTIJK
POSTBUS 11060 9700 CB GRONINGEN

[home](#)

[sitemap](#)

[colofon](#)

Vragen bij tekst 2 'Waarom moet ik oppassen met rauw vlees en rauwe melk?'

1. Waarover gaat deze tekst volgens jou?

.....

2. Deze tekst bevat een boodschap: een 'advies'. Wat is volgens jou het advies in deze tekst?

3. Maakt de tekst duidelijk *waarom* het advies afgegeven wordt? (kruis 1 antwoord aan)

Ja, omdat rauw vlees en rauwe melk de listeriabacterie kan bevatten;

Ja, omdat de listeriabacterie schadelijk kan zijn voor jezelf en je ongeboren kind;

Nee, omdat de kans op besmetting in de praktijk toch erg klein blijkt te zijn;

Nee, de tekst gaat wel in op hoe je rauwe producten het beste kunt bewaren, maar geeft niet aan waarom je moet oppassen met het eten ervan.

4. Geeft de tekst voldoende redenen voor het advies?

Ja, absoluut *Nee, helemaal niet*

5. Ben je het eens met het advies uit de tekst?

Ja, absoluut *Nee, helemaal niet*

6. Ben je overtuigd van het advies dat in deze tekst worden gegeven?

Ja, absoluut *Nee, helemaal niet*

7. Sluit de tekst aan bij de kennis die je hebt over dit onderwerp?

Ja, absoluut *Nee, helemaal niet*

8. Geeft de tekst volgens jou voldoende informatie over het onderwerp?

Ja, absoluut *Nee, helemaal niet*

9. Zou je deze tekst aanbevelen aan andere zwangere vrouwen?

Ja, absoluut *Nee, helemaal niet*

10. In hoeverre denk je dat je het advies waarover je gelezen hebt zelf gaat opvolgen tijdens je zwangerschap?

Ja, absoluut *Nee, helemaal niet*

Eventuele opmerkingen over tekst 2:

.....

Klaar? Ga op de volgende pagina verder met de laatste tekst.

Tekst 3 Hoe schadelijk is alcohol als ik zwanger ben?

[home](#) | [onze praktijk](#) | [echocentrum](#) | [nog niet zwanger](#) | [zwanger!](#) | [de bevalling](#) | [kraamperiode](#) | [handig | vragen eten en drinken](#) | gezondheid | vakantie & vrije tijd | onze website

Staat jouw vraag er niet bij? Stuur ons een [mailtje](#) of bel 050-3610500.
Ook op de website van het [voedingscentrum](#) vind je veel informatie.

Eten en drinken

Mag ik alles eten tijdens mijn zwangerschap?

Waarom moet ik oppassen met rauw vlees en rauwe melk?

Mag ik wel of geen gerookte zalm eten?

Waarom moet ik uitkijken met rauwe groenten en rauw vlees?

Waar vind ik meer informatie over goede voeding?



Hoe schadelijk is alcohol als ik zwanger ben?

Alcohol heeft invloed op je ongeboren kind. Het is dus verstandig om geen alcohol te drinken als je zwanger bent. Er is geen veilige ondergrens als het om alcohol gaat. De veiligste keus is dus: helemaal geen alcohol als je zwanger bent. Kun je dat biertje of wijntje niet laten staan? Dan heb een grotere kans op een laag geboortegewicht, een vroeggeboorte en een miskraam. Ook kan alcohol een negatieve invloed hebben op de latere ontwikkeling van je kind. Kijk voor meer informatie op de website van Stichting Alcoholpreventie.

VERLOSKUNDIGE STADSPRAKTIJK
POSTBUS 11060 9700 CB GRONINGEN

[home](#)

[sitemap](#)

[colofon](#)

Vragen bij tekst 3 'Hoe schadelijk is alcohol als ik zwanger ben?'

1. Waarover gaat deze tekst volgens jou?
2. Deze tekst bevat een boodschap: een 'advies'. Wat is volgens jou het advies in deze tekst?
3. Maakt de tekst duidelijk *waarom* het advies afgegeven wordt? (kruis 1 antwoord aan)
 - Ja, alcohol heeft invloed op je ongeboren kind;
 - Ja, alcohol kan leiden tot een miskraam, vroeggeboorte en laaggeboortegewicht en kan een negatieve uitwerking hebben op de latere ontwikkeling van het kind;
 - Nee, de nadruk ligt in de tekst op 'drink geen alcohol tijdens de zwangerschap';
 - Nee, alcoholgebruik kent geen veilige ondergrens.

4. Geeft de tekst voldoende redenen voor het advies?

Ja, absoluut *Nee, helemaal niet*

5. Ben je het eens met het advies uit de tekst?

Ja, absoluut *Nee, helemaal niet*

6. Ben je overtuigd van het advies dat in deze tekst worden gegeven?

Ja, absoluut *Nee, helemaal niet*

7. Sluit de tekst aan bij de kennis die je hebt over dit onderwerp?

Ja, absoluut *Nee, helemaal niet*

8. Geeft de tekst volgens jou voldoende informatie over het onderwerp?

Ja, absoluut *Nee, helemaal niet*

9. Zou je deze tekst aanbevelen aan andere zwangere vrouwen?

Ja, absoluut *Nee, helemaal niet*

10. In hoeverre denk je dat je het advies waarover je gelezen hebt zelf gaat opvolgen tijdens je zwangerschap?

Ja, absoluut *Nee, helemaal niet*

Eventuele opmerkingen over tekst 3 en of vragen bij tekst 3:

Einde van de vragenlijst. Lees de achterzijde van de vragenlijst nog even door.

Ik heb de vragenlijst ingevuld. Hoe gaat het onderzoek nu verder?

Je bent aan het einde gekomen van de vragenlijst. Wij willen je heel hartelijk bedanken voor je deelname. Door jouw bijdrage kan voorlichting over voeding en leefstijl tijdens de zwangerschap nog verder worden verbeterd, waar zwangere vrouwen in de toekomst profijt van zullen hebben.

Wij willen je tot slot nog vragen of je geïnteresseerd bent in de resultaten van dit onderzoek en hiervan op de hoogte gehouden wilt worden en of je bereid bent om eventueel mee te doen aan vervolgonderzoek.

- 0 Ja, ik wil graag op de hoogte gehouden worden van de resultaten van dit onderzoek

- 0 Ja, ik ben bereid om mee te werken aan eventueel vervolgonderzoek naar de voorlichting over voeding en leefstijl tijdens de zwangerschap

Wanneer je bij één of beide vakjes 'Ja' aangekruist hebt, vul dan hieronder je e-mail adres in:

E-mail adres:

.....

Bijlage 4 Format semigestructureerd interview

1. Introductie

- Welkom
- Doelstelling
- Toestemming geluidsopname en waarborgen anonimiteit

2. Eerdere voorlichting over voeding tijdens de zwangerschap

Voorlichting over voeding en leefstijl tijdens de zwangerschap in context

- Heb je eerder informatie over voeding tijdens de zwangerschap aangereikt gekregen? Van wie of welke bron? Wat vond je van deze informatie? Wat waren de sterke en zwakke punten?
- Heb je eerder zelf informatie gezocht over dit onderwerp? Waar vandaan? Wat was goed en wat minder?

3. Voorleggen en bespreken van de teksten

Teksten zijn al bekend door vragenlijst; dit is echter een ander onderzoek. Vragen per tekst; teksten worden één voor één geïntroduceerd

84

- *Geïnterviewde krijgt de opdracht om de 3 teksten goed te lezen (probleemopsporingen)*
 - Wat vind je van deze informatie over voeding en alcohol in relatie tot wat je eerder gelezen hebt over dit onderwerp?
 - Wat vind je positief (de informatie is: nieuw/ belangrijk/begrijpelijk/ voldoende/ ik ben het eens)? Wat vind je negatief aan de teksten? Waarom?
 - Is het duidelijk waarom de teksten geschreven zijn? M.a.w. Is het helder dat de teksten adviezen bevatten; dat het om voorlichting gaat?
 - Wordt er te weinig, voldoende of juist te veel benadrukt waar je mee op moet passen/ wat je niet mag eten of drinken?
 - Ben je overtuigd door de tekst? Waarom (niet?) Zo niet, wat is er nodig om je wel/ meer te overtuigen?
 - Ga je door het lezen van de tekst beter/ eerder de genoemde adviezen opvolgen? Waarom (niet)?
 - Zou je de tekst aanbevelen aan andere zwangere vrouwen? Waarom wel of niet? Aan wie?
- *Geïnterviewde wordt gevraagd om te beschrijven hoe ze informatie over voeding en leefstijl tijdens de zwangerschap het liefst zou willen lezen (verbetersuggesties)*

4. Verbetervoorstellen

Stel: Je mag zelf voorlichting ontwerpen waarin je vrouwen voorlicht over voeding en leefstijl (alcohol) tijdens de zwangerschap. Het is de bedoeling dat vrouwen door jouw informatie zo goed mogelijk worden voorgelicht. Een zwangere vrouw moet de boodschap meteen door hebben en weet hoe ze moeten handelen door de adviezen die je in de teksten geeft:

- Wat zet je in ieder geval in de tekst en wat niet? Waarom? (Gebruik je ook argumenten en zo ja, hoe dan?)
- Hoe verwoord je de adviezen?
- Welke woordkeus gebruik je?
- Welke titels geef je aan de tekst?
- Hoe ondersteun je de voorlichting met afbeeldingen?
- Hoe zit het met de lengte van je tekst?
- In welke context zie je de tekst voor je (afbeeldingen, andere teksten, plek op de website)?

5. Aanbevelingen Verloskundige Stadspraktijk

- Laat informatie kort en bondig en voorzie waar mogelijk van relevante, aanvullende informatie (door het opnemen van links naar websites als die van het Voedingscentrum);
- Zorg voor consistente adviezen; uitingen in een voorlichtende tekst moeten altijd bijdragen aan het advies. Stel bijvoorbeeld niet eerst 'In principe mag je alles eten', waarop vervolgens allerlei producten worden genoemd die niet verstandig zijn;
- Beargumenteer de adviezen zo duidelijk mogelijk, geef concrete argumenten die een bijdrage leveren aan de tekst;
- Wees 'eerlijk' over risico's. Het noemen van de kans op een vroeggeboorte heeft een overtuigende werking op de lezer, ze kan zo haar eigen gedrag afwegen tegen de gepresenteerde risico's.
- Wees ook open wanneer niet duidelijk is hoe groot risico's zijn en probeer niet te snel een beroep te doen op de geruststellende werking van de cliënt (zeg bijvoorbeeld niet te snel 'Een keer een fout kaasje is niet zo erg');
- Houdt rekening met woordkeuze: een woord als 'au lait cru' vraagt om een heldere uitleg. In de tekst wordt weliswaar gesproken over verschillen tussen kazen uit de supermarkt en de speciaalzaak, maar er worden geen voorbeelden gegeven van kazen die van rauwe melk ('au lait cru') zijn gemaakt.
- Let op zinsbouw: 'pas op met product x' wordt wellicht vrijer geïnterpreteerd dan 'eet geen product x'. Anderzijds moeten cliënten niet het gevoel krijgen te worden beperkt in hun handelingsvrijheid;
- Onderschat de informatiebehoefte aan het onderwerp voeding niet; cliënten melden het niet altijd wanneer ze eigenhandig informatie hebben gezocht. Sluit aan bij de behoefte die leeft bij de cliënt;

- Spreek met de cliënt over hoe en waar ze informatie inwint en stuur haar zo nodig in de juiste richting; wijs ook op de eigen praktijkwebsite. Houdt ook rekening met de achtergrond van de cliënt en diens vermogen om informatie te selecteren en verwerken;
- Besteed aandacht aan de eigen praktijkwebsite door informatie up-to-date te houden.