

Masterscriptie: Communicatie en Beïnvloeding

Heel goed of helemaal niet slecht? Onderzoek naar het effect van negaties en framing op determinanten van gezondheidsgedrag met betrekking tot baarmoederhalskanker screening.

Very good or not bad at all?

*Research on the effect of negations and framing on
health beliefs regarding cervical cancer screening*

Naam	Jolien Poulussen
Studentnummer	4380843
E-mail	jolien.poulussen@student.ru.nl
Begeleider	I.A. Stortenbeker MA
Tweede beoordelaar	Prof. J.M. Sanders
Datum	05-07-2017
Woordaantal	12015

Radboud Universiteit Nijmegen

Faculteit der Letteren
MA Communicatie en Beïnvloeding



Voorwoord

Dit onderzoek is uitgevoerd ter afronding van de master voor Communicatie- en Informatiewetenschappen in de specialisatierichting Communicatie en Beïnvloeding, aan de Radboud Universiteit te Nijmegen. Binnen deze masteropleiding wordt de ruimte geboden om op in een specifiek vakgebied af te studeren, namelijk marketing, media en innovatie, of gezondheidscommunicatie. Tijdens mijn studie heb ik een interesse ontwikkeld voor de manier waarop communicatie gezondheidsgedrag kan beïnvloeden. Bij de keuze voor een thema voor mijn masterthesis richtte ik me daarom ook op opties waarbij ik dit onderzoeksgebied verder kon verkennen. Daarbij viel mijn keuze op het effect van framing op gezondheidsgedrag. Na veel vooronderzoek stuitte ik op een artikel waarin gesteld werd dat slechts 65% van de Nederlandse vrouwen die worden uitgenodigd voor het baarmoederhalskankeronderzoek ook daadwerkelijk op de uitnodiging ingaat. Dit vond ik persoonlijk een (te) lage opkomst, dus dit zette me ertoe te willen ontdekken of framing mogelijk een rol kan spelen in het beïnvloeden van dit gezondheidsgedrag.

Ik heb veel geleerd tijdens het schrijven van deze scriptie, zowel over het onderwerp als over mezelf. Daarnaast vond ik het ontzettend interessant welke effecten uit het onderzoek bleken. Met de bevindingen van dit onderzoek hoop ik dan ook anderen te inspireren en meer inzicht te geven in de manier waarop tekstontwerp effect heeft op gezondheidsgedrag. Daarnaast hoop ik handvatten te bieden voor het toepassen van de bevindingen in de praktijk, evenals het opzetten van een vervolgonderzoek.

Ik wil vanaf deze plaats Inge Stortenbeker heel erg bedanken voor haar begeleiding bij het schrijven van deze eindschriftie. Ik heb de begeleiding als erg waardevol ervaren. Je kennis van het onderwerp en kritische blik op mijn stukken zorgden voor een leerzaam proces waarbij ik onder andere leerde hoe belangrijk het is om af en toe een stapje terug te nemen van je werk om kritisch te kijken naar de structuur van het verhaal. Daarnaast wil ik mijn tweede lezer, José Sanders, graag bedanken voor haar kritische blik op mijn onderzoeksvoorstel en ook voor het voorzien van feedback op de teksten die als basis dienden voor dit onderzoek. Als laatste wil ik natuurlijk ook de respondenten bedanken voor hun tijd en hulp.

Nijmegen, 05-07-2017

Samenvatting

Het Rijksinstituut voor Volksgezondheid (RIVM) heeft in Nederland het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker ingesteld, waarbij vrouwen tussen hun dertigste en de zestigste levensjaar elke vijf jaar een uitnodiging ontvangen om zich kosteloos te laten testen op baarmoederhalskanker. Dit onderzoek heeft een opkomstpercentage van ongeveer 65% en stijgt al jaren nauwelijks. Om het aantal nieuwe gevallen van baarmoederhalskanker terug te brengen is het van belang dat de participatiegraad voor het bevolkingsonderzoek stijgt.

Communicatie is een krachtig middel om het gedrag van mensen te beïnvloeden. Het toepassen van framing in tekstontwerp is een manier waarop communicatie gezondheidsgedrag kan beïnvloeden, waarbij het effect afhangt van het type gezondheidsgedrag (promotiegedrag, preventiegedrag of detectiegedrag). Framing werd in dit onderzoek onderverdeeld in positieve framing (positieve benadering van een situatie of gedrag; *2 op de 10 vrouwen krijgt nooit HPV in haar leven*) en negatieve framing (negatieve benadering van een situatie of gedrag; *8 op de 10 vrouwen krijgt ooit HPV in haar leven*). Binnen deze vormen van framing werd tevens onderscheid gemaakt in het gebruik van negaties (indirecte verwoording van een beoordeling door ontkenning van het antoniem; *niet slecht*) en affirmaties (directe verwoording van beoordeling; *goed*).

Deelname aan het baarmoederhalskankeronderzoek heeft als doel om vast te stellen of uit te sluiten dat baarmoederhalskanker aanwezig is en behoort daarmee tot detectiegedrag. Tekstontwerp is mogelijk van invloed op dit gedrag. Deze studie meet daarom het effect van tekstontwerp (framing en negaties) op gedragsintentie en op de determinanten van gedrag, zoals omschreven in het Health Belief Model (te weten gepercipieerde ernst, gepercipieerde vatbaarheid, gepercipieerde barrières, gepercipieerde voordelen, en eigeneffectiviteit). Hiervoor zijn participanten ($N = 133$) random toegewezen aan een van vier condities van tekstontwerp, toegepast op een informatieve tekst, welke van elkaar verschilden op basis van het soort frame (positief/negatief) en het gebruik van negaties (negaties/affirmaties). Na het lezen van de gemanipuleerde tekst kregen de participanten een vragenlijst waarin hun score op elke variabele werd gemeten. De resultaten laten zien dat tekstontwerp effect heeft op gedragsintentie, evenals op de determinanten van gedrag, met uitzondering van eigeneffectiviteit. Daarbij leidde het gebruik van een negatief frame tot positievere resultaten ten opzichte van een positief

frame voor de *gepercipieerde mogelijkheid ooit baarmoederhalskanker te krijgen*, *gepercipieerde ernst van de ziekte*, de stelling dat de persoon *geen uitstrijkje laat maken tenzij ze het gevoel heeft dat er iets mis is*, en de stelling dat *wanneer de uitslag van het onderzoek uitwijst dat er iets mis is, dan is het toch al te laat om er iets aan te doen*. Tevens leidde het gebruik van negaties tot positievere resultaten ten opzichte affirmaties, namelijk voor *gepercipieerde waarschijnlijkheid ooit baarmoederhalskanker te krijgen*, *gepercipieerde voordelen van het maken van een uitstrijkje*, en *de mate waarin iemand van plan is om deel te nemen aan het onderzoek*.

Tekstontwerp kan significante invloed hebben op determinanten van gedrag en op de gedragsintentie om deel te nemen aan het baarmoederhalskankeronderzoek. Om de participatiegraad te verhogen kan worden daarom, op basis van de resultaten, aangeraden een negatief frame te gebruiken en daarbij gebruik te maken van negaties.

Introductie

Jaarlijks krijgen ongeveer 736 vrouwen in Nederland de diagnose baarmoederhalskanker en jaarlijks overlijden er ongeveer 206 vrouwen aan deze ziekte (Nederlandse Kankerregistratie, 2017). Vrouwen tussen de 30 en 55 jaar oud vormen de grootste risicogroep (Nederlandse Kankerregistratie, 2017). Voor een zo effectief mogelijk behandelproces is het van belang de aanwezigheid van kankercellen in een zo vroeg mogelijk stadium vast te stellen. Om die reden wordt door de Nederlandse regering een vijfjaarlijks baarmoederhalskanker-onderzoek aangeboden.

Van het dertigste tot en met het zestigste levensjaar ontvangen vrouwen in Nederland elke vijf jaar een uitnodiging om deel te nemen aan het bevolkingsonderzoek. Bij dit onderzoek maakt de huisarts een uitstrijkje van de cellen op de baarmoederhals, welke getest wordt op de aanwezigheid van het humaan papillomavirus (HPV); een virus dat zich kan ontwikkelen tot baarmoederhalskanker. Blijkt het HPV-virus niet aanwezig, dan is er een verkleinde kans dat bij de vrouw binnen 10 tot 15 jaar baarmoederhalskanker zal ontwikkelen.

Het Rijksinstituut voor Volksgezondheid (RIVM) heeft in 2017 een zelftest geïntroduceerd waarmee wordt getracht de drempel voor het laten maken van een uitstrijkje te verlagen (RTL Nieuws, 2017). In elke oproep aan vrouwen ter deelname aan het bevolkingsonderzoek wordt dus vanaf dit jaar tevens de optie voorgelegd een zelftest aan te vragen. Enkel wanneer de testuitslag van het zelf afgenomen uitstrijkje positief blijkt (ofwel: HPV wordt aangetroffen), dient alsnog een uitstrijkje te worden afgenomen bij een huisarts voor verder onderzoek. (Rijksinstituut voor Volksgezondheid, z.d.).

Ondanks de ernst van de ziekte en de gratis deelname aan bevolkingsonderzoek, blijkt slechts circa twee derde van de vrouwen die de periodieke oproep krijgen daaraan gehoor te geven (Erasmus MC, 2014). Dit betekent dus ook dat er nog veel vrouwen zijn die niet meedoen aan het onderzoek en daardoor onnodig risico lopen baarmoederhalskanker te krijgen, terwijl deelname aan het onderzoek tijdig een voorstadium van baarmoederhalskanker kan traceren, wanneer dit nog goed te behandelen is. Om het aantal nieuwe gevallen van baarmoederhalskanker te reduceren is het nodig om de participatiegraad voor het bevolkingsonderzoek te verhogen.

Het toepassen van framing in een boodschap is daarbij een manier om gezondheidsgedrag te beïnvloeden via communicatie. Framing is een vorm van tekstontwerp waarbij dezelfde situatie vanuit verschillende kanten kan worden belicht (Rothman, et al., 1993; Rothman & Salovey, 1997), bijvoorbeeld: *‘veel mensen hebben vertrouwen in hun huisarts’* of *‘slechts weinig mensen hebben geen vertrouwen in hun huisarts’*. Het huidige onderzoek zal daarom analyseren hoe tekstontwerp van invloed is op determinanten van gezondheidsgedrag en op de intentie om het verkondigde gedrag te vertonen. Door framing toe te passen in een boodschap over het bevolkingsonderzoek en het effect hiervan te toetsen op determinanten van gezondheidsgedrag en intentie tot deelname aan het onderzoek, poogt dit onderzoek bij te dragen aan de kennis en kunde om het responsieniveau voor baarmoederhalskankersonderzoek te beïnvloeden. In het theoretisch kader zal dieper worden ingaan op determinanten van gedrag en de verschillende vormen van framing.

Theoretisch kader

Determinanten van gezondheidsgedrag

Rosenstock zocht tijdens zijn studie in 1974 naar een verklaring voor het feit dat er weinig animo was voor screening programma's voor ziekten. Daartoe ontwikkelde hij het Health Belief Model, dat determinanten van gezondheidsgedrag meet. Het inmiddels welbekende model kan tevens worden gebruikt voor studies naar ander gezondheidsgedrag en past daarmee goed bij deze studie, die zich richt op de beïnvloeding van opkomst voor screening op baarmoederhalskanker.

Het Health Belief model stelt dat gepercipieerde vatbaarheid voor de ziekte (*perceived susceptibility*), gepercipieerde ernst van de ziekte (*perceived severity*), gepercipieerde voordelen van het vertonen van het verkondigde gedrag (*perceived benefits*), gepercipieerde barrières die het vertonen van het verkondigde gedrag belemmeren (*perceived barriers*) en het later toegevoegde eigeneffectiviteit (*self-efficacy*) determinanten zijn van gezondheidsgedrag (Rosenstock, 1974; Rosenstock, Strecher & Becker, 1988). De uiteenzetting van de onderdelen van dit model komt voort uit de psychologie (Rosenstock, 1974).

De score van een individu op elk determinant kan worden bepaald aan de hand van vragen waarbij de persoon van een aantal stellingen per determinant dient te beoordelen in welke mate hij of zij het eens is met elke stelling. Hoe sterker een persoon het eens is met de stellingen, des te hoger de score op een determinant. De voorwaarden voor het vertonen van het gewenste gezondheidsgedrag zijn dat een persoon zichzelf vatbaar acht voor een serieuze en ernstige negatieve gezondheidsuitkomst, waarbij de voordelen van het vertonen van het gewenste gezondheidsgedrag opwegen tegen de nadelen ervan (Rosenstock, 1974), en dat de persoon zichzelf in staat acht om het gezondheidsgedrag uit te voeren (Rosenstock et al., 1988).

Een corpus van 46 studies naar gezondheidsgedrag, waarbij onderdelen van het Health Belief Model werden getoetst, wees uit dat de onderdelen van het Health Belief Model inderdaad allen significante determinanten waren van gezondheidsgedrag (Janz & Becker, 1984). Eigeneffectiviteit maakte ten tijde van deze onderzoeken nog geen onderdeel uit van het model en was derhalve niet meegenomen in de analyses. Gepercipieerde vatbaarheid voor de ziekte en gepercipieerde ernst van de ziekte werden bij de ontwikkeling van het model beschouwd als de factoren die het sterkst aanzetten tot actie. Gepercipieerde voordelen en gepercipieerde barrières voor het vertonen van het gedrag zouden daarnaast bepalen wat voor actie wordt ondernomen (het gezondheidsgedrag dat gepromoot wordt, een alternatief gedrag, of geen actie) (Rosenstock 1974). Op basis van deze meta-analyse formuleerden Janz en Becker (1984) een rangschikking van de determinanten uit het Health Belief Model op volgorde van grootste naar kleinste invloed op gezondheidsgedrag. De rangschikking week af van de theorie van Rosenstock (1974), aangezien gepercipieerde barrières bovenaan stond, gevolgd door respectievelijk gepercipieerde vatbaarheid, gepercipieerde voordelen en gepercipieerde ernst.

Slechts drie studies zijn gevonden waarin determinanten van het Health Belief Model werden gemeten met betrekking tot screening gedrag, waartoe ook het gedrag in dit onderzoek behoort, meer specifiek met betrekking tot zelfexaminatie voor borstkanker (Hallal, 1982), screening voor hoge bloeddruk (King, 1982) en mammografie screening (Hyman, Baker, Ephraim, Moadel & Philip, 1994). Gepercipieerde voordelen en gepercipieerde vatbaarheid werden in alle studies meegenomen. Hieruit bleek een significant positief effect van gepercipieerde voordelen op gedrag in alle studies (Hallal, 1982; Hyman et al., 1994; King, 1982) en een significant positief effect van gepercipieerde

vatbaarheid op gedrag in twee van de studies (Hallal, 1982; King, 1982). Een kanttekening bij gepercipieerde vatbaarheid is dat veel mensen zichzelf minder vatbaar achten voor het krijgen van een gezondheidsprobleem dan een ander, met name wanneer zij in het verleden ook geen gerelateerde gezondheidsklachten hebben gehad. Dit fenomeen wordt *unrealistic optimism* genoemd (Weinstein, 1987). Gepercipieerde barrières werd in twee van de drie studies meegenomen en daaruit bleek bij beiden een significant positief effect op gedrag (Hyman et al., 1994; King, 1982). Bij slechts een studie werd gepercipieerde ernst meegenomen, maar daarbij werd geen significant effect op gedrag gevonden (King, 1982).

Het klinkt mogelijk tegenstrijdig dat hogere gepercipieerde barrières verband houden met het uitvoeren van het verkondigde gezondheidsgedrag (Hyman et al., 1994; Janz & Becker, 1984), maar het is te verklaren wanneer een verband wordt gelegd met gepercipieerde voordelen. Men kan namelijk enkele barrières om het gedrag te vertonen ervaren en dat erkennen, maar zolang de gepercipieerde voordelen om het gedrag te vertonen hiertegen opwegen, is de kans groot dat het gedrag wel uitgevoerd wordt (Hyman et al., 1994). Dit sluit aan bij de theorie van het Health Belief Model (Rosenstock, 1974).

De werking van eigeneffectiviteit als voorspeller van gezondheidsgedrag werd daarnaast bevestigd in studies naar onder andere het gebruik van voorbehoedsmiddelen (Gilchrist & Schinke, 1983), het eten van voldoende groenten en fruit (Brug, Glanz & Kok, 1997), en (regelmatige) zelfexaminatie op borstkanker (Alagna, Morokoff, Bevet & Reddy, 1987; Maddux, 1995; Rippetoe & Rogers, 1987; Ronis & Kaiser, 1989), waarbij het gevoel dat iemand zichzelf in staat acht bepaald gezondheidsgedrag uit te voeren positief verband houdt met het daadwerkelijk uitvoeren van dit gedrag.

Bovenstaande resultaten suggereren dat men bij een hoge score op eigeneffectiviteit, gepercipieerde voordelen, gepercipieerde barrières en eigeneffectiviteit eerder een screening zal ondergaan, waarbij de gepercipieerde voordelen groter moeten zijn dan de gepercipieerde barrières. Daarnaast is tevens een hoge score op gepercipieerde vatbaarheid mogelijk van invloed op het gedrag. Dit is in lijn met de theorie van Rosenstock (1974). Aangezien in het geval van gepercipieerde voordelen, gepercipieerde barrières en gepercipieerde vatbaarheid slechts uitgegaan wordt van drie studies en in geval van eigeneffectiviteit van vier studies, vormt dit geen betrouwbare basis om conclusies te kunnen trekken over screening gedrag. Desalniettemin worden de bevindingen ondersteund door de algemene conclusie van de meta-analyse van de 46 studies (Janz & Becker, 1984).

De onderdelen van het Health Belief Model zijn dus determinanten van gedrag, waarbij een hogere score op de determinanten over het algemeen verband houdt met het uitvoeren van gezondheidsgedrag. In het huidige onderzoek wordt daarom gemeten in hoeverre tekstontwerp, in de vorm van het toepassen van framing en negaties, invloed heeft op de genoemde determinanten van het Health Belief Model.

Framing

Framing is een vorm van tekstontwerp welke veelvuldig wordt toegepast in onderzoeken omtrent beïnvloeden van gezondheidsgedrag. Daaruit blijkt dat de manier waarop een boodschap gebracht wordt gezondheidsgedrag (De Graaf, Van Den Putte & De Bruijn, 2015; Edwards, Elwyn, Covey, Mattheys & Pill, 2001; Rothman, Bartels, Wlaschin & Salovey, 2006; Rothman, Salovey, Antone, Keough & Martin, 1993) en gezondheidsuitkomsten (Burgers, Beukeboom & Sparks, 2012; Epstein & Street Jr, 2007; Stewart, 1995; Street Jr, Makoul, Arora, & Epstein, 2009) kan beïnvloeden. Gezondheidsuitkomsten omvatten het fysiek en geestelijk welzijn van een persoon, zoals de bloeddruk van een patiënt en de kwaliteit van leven (Street et al., 2009). Framing kent daarbij verschillende typen, te weten winst- en verliesframes, attribuut framing en risky choice framing.

Het gebruik van winstframes en verliesframes (De Graaf et al., 2015; Edwards et al., 2001; Rothman & Salovey, 1997) staat ook wel bekend als 'goal framing' (Levin, Schneider & Gaeth, 1998). Een winstframe benadrukt wat een persoon 'wint' door een bepaald gedrag te vertonen (*wanneer u regelmatig uzelf controleert, kan borstkanker tijdig ontdekt worden*), terwijl een verliesframe benadrukt wat een persoon 'misloopt' door datzelfde gedrag niet te vertonen (*wanneer u niet regelmatig uzelf controleert, kan borstkanker mogelijk niet op tijd ontdekt worden*) (De Graaf et al., 2015; Edwards et al., 2001; Levin et al., 1998; Rothman & Salovey, 1997).

Een andere vorm van framing is 'attribuut framing', waarbij onderscheid wordt gemaakt tussen positieve framing en negatieve framing (Edwards et al., 2001; Levin et al., 1998). Positieve framing benadrukt de positieve kant van een attribuut zoals een situatie of gedrag (*van de deelnemers van het bevolkingsonderzoek waarbij baarmoederhalskanker wordt geconstateerd, overleeft 80%*), terwijl negatieve framing de negatieve kant van een situatie of gedrag benadrukt (*van de deelnemers van het bevolkingsonderzoek waarbij baarmoederhalskanker wordt geconstateerd, overlijdt 20%*).

Levin et al. (1998) behandelen daarnaast het concept 'risky choice framing'. Risky choice framing gebruikt net als attribuut framing positieve en negatieve framing, maar onderscheidt zich daarvan door in elk van beide frames twee opties weer te geven, waarvan eenmaal gemanipuleerd door een hoge mate van risico te schetsen en eenmaal een lage mate van risico. Een hoog risico houdt in dat de uitkomst onzeker is (*wanneer behandeling X geïmplementeerd wordt, is er een twee vijfde kans dat 1000 van elke 1000 mensen die kanker krijgen gered worden en een drie vijfde kans dat geen van de 1000 mensen gered worden*) en bij een laag risico staat de uitkomst al vast (*wanneer behandeling Y geïmplementeerd wordt, zullen van de 1000 mensen die kanker krijgen er 400 gered worden*). Bij risky choice framing wordt de lezer eerst ingeleid in de situatie, alvorens de hypothetische gevolgsituaties worden voorgelegd. Een inleiding kan bijvoorbeeld zijn dat het nationaal kankerinstituut twee behandelingen heeft ontwikkeld voor kanker, waarvan er slechts een geïmplementeerd zal worden als standaard behandelmethode in het hele land (Fagley & Miller, 1987, p. 268). Risky choice framing omvat een keuzetaak voor de ontvanger en vergt daarmee een actief denkproces om de opties tegen elkaar af te wegen.

Framing van een tekst wordt bewust en onbewust toegepast in de praktijk en is daarmee een onvermijdelijk onderdeel van communicatie. De invalshoek van de boodschap kan invloed hebben op de manier waarop de lezer of gesprekspartner de inhoud interpreteert en evalueert (Kühberger, Schulte-Mecklenbeck & Perner, 1999). Dit maakt het relevant om zo veel mogelijk duidelijkheid te krijgen over welke effecten framing teweegbrengt bij de ontvanger van de boodschap en welke implicaties dat meebrengt in de praktijk. Beter begrip van framing en de gevolgen van het gebruik ervan kan (semi) overheidsinstanties helpen bij een effectiever communicatiebeleid en daarmee de participatiegraad onder vrouwen mogelijk verhogen.

Effecten van framing op gezondheidsgedrag

Over het effect van de verschillende typen framing op gezondheidsgedrag is geen eenduidige wetenschappelijke conclusie. Een mogelijke verklaring voor de wisselende bevindingen omtrent de invloed van framing op gezondheidsgedrag is dat het effect afhankelijk is van het type gedrag dat verkondigd wordt. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen preventiegedrag, detectiegedrag en promotiegedrag (Maddux, Brawley & Boykin, 1995). Deze gedragingen onderscheiden zich in het achterliggende doel van de gedraging

(Maddux, 1995). Bij preventiegedrag is het doel een bepaalde negatieve gezondheidsuitkomst tegen te gaan. Een voorbeeld is het halen van een hepatitis-vaccin halen ter bescherming tegen het hepatitis-virus. Promotiegedrag refereert aan gedrag met het doel de reeds goede gezondheid te onderhouden of verder te verbeteren. Voorbeelden daarvan zijn gevarieerd eten en regelmatig sporten. De scheidingslijn tussen promotiegedrag en preventiegedrag is dun, gezien het verschil slechts een nuance is in een persoonlijke doelstelling. Zo kan men sporten met als doel overgewicht te voorkomen (preventiegedrag), maar iemand kan ook sporten om een gezonde leefstijl te onderhouden (promotiegedrag). Het doel van het gedrag kan hierbij ook veranderen, wanneer het doel initieel preventie was maar later omslaat in promotie. Dit onderzoek heeft betrekking op is detectiegedrag, een gedrag dat vertoond wordt met als doel het vaststellen of uitsluiten van een bepaalde negatieve gezondheidsuitkomst (Maddux, 1995), zoals het baarmoederhalskanker-onderzoek dat wordt uitgevoerd om vast te stellen of uit te sluiten dat er baarmoederhalskanker aanwezig is (Maddux, Brawley & Boykin, 1995).

Het valt op dat niet elk type framing evenveel onderzocht is voor elk type gedrag. Zo blijkt over effect van risky choice framing op (de intentie tot) het uitvoeren van preventiegedrag en detectiegedrag zelfs geen onderzoek bekend. Onderzoek naar het effect van risky choice framing in een medische context betreft namelijk steeds een keuzescenario tussen twee mogelijke behandelmethoden voor een aandoening, waarbij onderscheid gemaakt wordt in mate van risico en daarnaast op basis van overlevingskans in het positieve frame of kans op sterven in het negatieve frame. Het doel van het behandelen van een ziekte is de gezondheid verbeteren. Om die reden valt dit dus onder promotiegedrag.

Hieronder zal, op basis van de beschikbare literatuur, per type gezondheidsgedrag beschreven worden hoe de verschillende typen framing het beste toegepast kunnen worden om mensen te motiveren dit gezondheidsgedrag te vertonen.

Promotiegedrag

Onderzoek naar het effect van risky choice framing op promotiegedrag wijst uit dat mensen eerder voor de meer risicovolle behandeloptie kiezen wanneer deze negatief geframed is dan wanneer deze positief geframed is, terwijl het tegengestelde geldt voor minder risicovolle opties (Levin et al., 1998; Levin, Gaeth, Schreiber & Lauriola, 2002; Tversky &

Kahneman, 1981). Fagley en Miller (1987) vormden echter een uitzondering, gezien uit hun resultaten bleek dat bij zowel de risicovolle optie als de minder risicovolle optie de proefpersonen een voorkeur hadden voor de stelling waarin positieve framing werd gebruikt. Deze afwijkende resultaten zijn mogelijk toe te schrijven aan de procedure waarbij de participanten na het invullen van de vragenlijst gevraagd werd uit te leggen hoe ze tot hun keuze waren gekomen, wat er mogelijk toe leidde dat het effect dat negatieve framing vaker leidt tot keuze voor een risicovoller gedrag (sterk) afgezwakt werd (Larrick Smith & Yates, 1992, in Levin et al., 1998).

Mann, Sherman & Updegraff (2004) richtten zich met hun onderzoek op tandenflossen als gedrag. Aangezien flossen zowel als promotiegedrag als preventiegedrag gezien kan worden, stelden zij op voorhand vast of participanten een promotiefocus hadden of een preventiefocus. In geval van een promotiefocus is een persoon gericht op het bereiken van hun idealen, terwijl een persoon bij preventiefocus gericht is op het vermijden van verlies (Higgins, 1998). Wat betreft winst- en verliesframes concludeerden Mann et al. (2004) dat het gebruik van een winstframe resulteert in een hogere motivatie om het verkondigde gedrag te vertonen ten opzichte van het gebruik van een verliesframe in geval van promotiefocus.

Met betrekking tot attribuut framing, concluderen Wilson, Kaplan en Schneiderman (1987) dat positieve framing leidt tot een positievere houding ten opzichte van het verkondigde risicovolle promotiegedrag, zijnde een operatie. Deze bevinding wordt tevens bevestigd door Levin, Schnittjer en Thee (1988) en McNeil et al. (1982). Drie andere studies die wisselende resultaten laten zien op dit gebied (Edwards et al., 2001) hebben echter deze allen geen significante resultaten gevonden (Jacoby, Baker, Chadwick & Johnson, 1993; Llewellyn-Thomas, McGreal & Thiel, 1995; O'Connor, Pennie & Dales, 1996).

Preventiegedrag

Met betrekking tot het effect van winst- en verliesframes op preventiegedrag, werd onder andere in onderzoek naar het gebruik van zonnebrandcrème geconstateerd dat het toepassen van een winstframe ten opzichte van een verliesframe zorgde voor een toename in het afnemen van zonnebrandcrème en leidde tot een hogere intentie tot het herhaaldelijk insmeren met zonnebrand gedurende de dag (Detweiler, Bedell, Salovey, Pronin & Rothman,

1999). Dit effect van winstframes op de intentie tot het vertonen van preventiegedrag wordt bevestigd in andere studies (Gallagher & Updegraff, 2012; Rothman, Martino, Bedell, Detweiler & Salovey, 1999; Rothman & Salovey, 1997; Rothman et al., 1993; Salovey, Pronin, Rothman, Zullo & Leffell, 2001 in Salovey, Schneider & Apanovitch, 2002; Schneider et al., 2001).

Slechts een onderzoek is gevonden waarin het effect van attribuut framing op preventiegedrag getest wordt, namelijk dat van Bigman, Capella en Hornik (2010). Dit onderzoek heeft betrekking op het vaccin voor het HPV-virus. In het onderzoek werd geconcludeerd dat een positief frame leidde tot een hogere waardering voor de effectiviteit van het vaccin en tot een hogere mate van steun voor het verplichtstellen van dit vaccin.

Detectiegedrag

Detectiegedrag is het type gedrag waar het huidige onderzoek om gaat, namelijk het maken van een uitstrijkje om de aanwezigheid van baarmoederhalskanker te detecteren. In een onderzoek naar het effect van winst- en verliesframes op het vertonen van zelfexaminatie voor borstkanker, blijkt een verliesframe effectiever om de intentie om detectiegedrag uit te voeren te verhogen dan een winstframe (Meyerowitz & Chaiken, 1987). Rothman et al. (1993), Block en Keller (1995) en Salovey et al. (2001, in Salovey et al., 2002) concluderen ook dat een verliesframe beter werkt bij detectiegedrag. Alle drie deze studies hadden betrekking op het verhogen van de intentie zich te laten testen op huidkanker. Ook onderzoek naar het laten maken van een mammografie (Banks et al., 1995) bevestigt dat een verliesframe beter werkt om de intentie tot het detectiegedrag te verhogen. Rothman et al. (1999) bevestigen deze bevinding in hun onderzoek naar het gebruik van een mondspoeling die slechte mondhygiëne detecteert. Wanneer een verliesframe werd gebruikt, was de interesse in deze mondspoeling groter dan wanneer een winstframe werd gebruikt. O'keefe en Jensen (2009) vonden in hun meta-analyse ook een significant groter effect van verliesframes ten opzichte van winstframes. Zij bleven echter sceptisch, aangezien de verschillen in overtuiging tussen beide condities gering waren.

Waar een groot aantal onderzoeken zich richt op het effect van winst- en verliesframes op detectiegedrag, blijkt onderzoek naar het effect van attribuut framing op detectiegedrag schaars. Rothman et al. (1993) richtten zich wel op dit onderzoeksgebied en

vonden een effect van attribuut framing op intentie tot het vertonen van detectiegedrag, waarbij een negatief frame effectiever bleek dan een positief frame. Een mogelijke verklaring voor deze uitkomst is dat door het inzetten van negatieve frames ter promotie van detectiegedrag mensen mogelijk een hogere mate van risico ervaren, terwijl positieve frames daarentegen de gepercipieerde mate van risico kunnen verlagen. De mate van risicoperceptie houdt namelijk positief verband met de intentie tot het vertonen van detectiegedrag (Rothman et al., 1993).

Het onderzoeksgebied van attribuut framing biedt nog veel ruimte om het effect op detectiegedrag te toetsen en zo een mogelijk patroon te ontdekken waarbij resultaten van de studies elkaar ondersteunen. Het huidige onderzoek tracht hieraan bij te dragen, door inzicht in te verschaffen in het effect van attribuut framing op de intentie voor deelname aan het baarmoederhalskankeronderzoek.

Zowel risky choice framing (Fagley en Miller, 1987; Levin et al., 1998; Levin, Gaeth, Schreiber & Lauriola, 2002; Tversky & Kahneman, 1981), als winstframes en verliesframes (Edwards et al., 2001; Rothman et al., 1993; Rothman et al., 1999; Levin et al., 1998; Rothman et al., 2006; Meyerowitz & Chaiken, 1987) als positieve en negatieve frames (Bigman, Capella & Hornik, 2010; Jacoby, Baker, Chadwick & Johnson, 1993; Levin, Schnittjer & Thee, 1988; Llewellyn-Thomas, McGreal & Thiel, 1995; McNeil et al., 1982; O'Connor, Pennie & Dales, 1996; Rothman et al., 1993; Wilson, Kaplan & Schneiderman, 1987) in een boodschap hebben dus effect op de intentie van mensen om gezondheidsgedrag te vertonen, maar de voorkeur voor het soort frame varieert tussen de type gedragingen.

Een patroon dat opvalt aan de hand van de beschreven theorieën is dat er een overeenkomst lijkt te zijn tussen het effect van winstframes en van positieve frames in attribuut framing en risky choice framing op gezondheidsgedrag, evenals tussen het effect van verliesframes en van negatieve frames in attribuut framing en risky choice framing op gezondheidsgedrag. Namelijk, het gebruik van een winstframe (Kühberger et al., 1999) of een positief frame (Rothman et al., 1993) stimuleert voornamelijk risicomijdend gedrag, terwijl het gebruik van een verliesframe (Kühberger et al., 1999) of een negatief frame (Rothman et al., 1993) voornamelijk risicovol gedrag stimuleert. Wanneer we de typen frames met elkaar vergelijken, lijkt er een overeenkomst te zijn tussen winstframes en positieve frames, gegeven dat beiden een positieve toon hebben wat betreft een uitkomst

of attribueert, terwijl een verliesframe en een negatief frame beiden een negatieve toon hebben wat betreft een uitkomst of attribuut.

Een mogelijke verklaring voor het effect van de typen frames op gezondheidsgedrag baseert zich op de principes van de Prospect Theory (Kahneman & Tversky, 1979; Tversky & Kahneman, 1981), waarin gesteld wordt dat mensen afkerig zijn van risico wanneer winst wordt benadrukt (winstframe), maar juist meer risico durven nemen wanneer verlies benadrukt wordt (verliesframe) (Kahneman & Tversky, 1979; Tversky & Kahneman, 1981; Rothman et al., 2006; Updegraff & Rothman, 2013). Daarnaast wordt detectiegedrag over het algemeen als risicovol gezien en preventiegedrag niet of nauwelijks (Mann et al., 2004; Rothman et al., 2006; Gallagher & Updegraff, 2012), omdat preventiegedrag gericht is op het voorkomen van ziekten en daarmee een zekere uitkomst heeft, terwijl detectiegedrag een onzekere uitkomst heeft en daarmee risicovoller is (Rothman et al., 1993). Promotiegedrag omvat daarnaast ook geen risicovol gedrag. De gevonden gelijkensissen tussen winstframes en positieve frames en tussen verliesframes en negatieve frames vormt daarom een verklaring waarom zowel verliesframe als negatieve frames mogelijk effectiever zullen zijn om detectiegedrag te vertonen terwijl winstframes en positieve frames mogelijk effectiever zijn om preventie- of promotiegedrag te vertonen.

Gepercipieerde mate van risico komt overeen met de gepercipieerde mate van vatbaarheid (perceived susceptibility) uit het Health Belief Model (ook wel HBM) (Hennig & Knowles, 1990; Rosenstock, 1974; Rosenstock et al., 1988), dus wellicht heeft framing effect op meerdere determinanten van gezondheidsgedrag zoals behandeld in het HBM. In dit onderzoek zal dit verder getoetst worden met als doel meer inzicht te verschaffen in het effect van framing op deze determinanten en op de intentie tot het uitvoeren van detectiegedrag. Daarbij zal gefocust worden op attribuut framing en goal framing. Risky choice framing wordt buiten beschouwing gelaten, gezien deze vorm van framing niet geschikt is voor gebruik in een informatieve tekst.

Negaties

In framing worden negaties en affirmaties toegepast bij de evaluatieve beschrijving van een situatie, gedrag of product (Kamoen, Mos & Dekker, 2015). Onder negatie wordt de ontkennde vorm van een woord verstaan door het voorvoegsel 'niet' of 'geen' te gebruiken, waardoor een evaluatie indirect verwoord wordt (Fraenkel & Schul, 2008;

Kamoen et al., 2015). Zo kan de uitkomst van een gedrag bijvoorbeeld als 'niet goed' of 'niet slecht' (negatie) omschreven worden in plaats van 'slecht' of 'goed' (affirmatie). Waar framing dus tegengestelde kanten van een onderwerp belicht (positief of negatief), kunnen negaties en affirmaties hierbinnen verder onderscheid maken met indirecte (negaties) of directe (affirmatie) evaluatieve bewoording.

Negaties worden vaak door artsen gebruikt bij het stellen van een diagnose (Chapman, Bridewell, Hanbury, Cooper & Buchanan, 2001). Wanneer het effect van negaties en affirmaties in de medische context bekeken wordt, met betrekking tot een slecht nieuws gesprek tussen arts en patiënt, wordt geconstateerd dat wanneer een arts affirmaties gebruikt om een positief geframede boodschap te brengen (*'goed'*), dit leidt tot een positievere beoordeling van de arts door de patiënt en een hogere intentie om te voldoen aan de medische voorschriften (het innemen van medicatie) dan wanneer de arts negaties gebruikt (*'niet slecht'*). In een negatief frame geldt echter het tegenovergestelde (Burgers et al., 2012). Mogelijk wordt de boodschapper als onoprecht ervaren wanneer deze een positieve boodschap indirect formuleert (Stortenbeker, Van Berkel, Van Weel-Baumgarten, Van Dulmen & Das, 2017) omdat dit impliceert dat het resultaat afwijkt van wat de boodschapper verwachtte (Burgers et al., 2012).

Het hebben van angstgevoelens is een van de mogelijke barrières om detectiegedrag te vertonen (Austin, Ahmad, McNally & Stewart, 2002). De mate angstgevoelens bij patiënten kan verlaagd worden door het gebruik van positief taalgebruik (bijvoorbeeld *'goed'*, *'niet goed'*, *'flexibel'* en *'niet flexibel'*), in tegenstelling tot negatief taalgebruik (bijvoorbeeld *'slecht'*, *'niet slecht'*, *'stroef'* en *'niet stroef'*) (Stortenbeker et al., 2017a; Stortenbeker et al., 2017b). Dit betekent dus dat het gebruiken van ofwel een positief frame met affirmaties of een negatief frame met negaties zal leiden tot het verlagen van angstgevoelens. Het gebruiken van woorden met een positieve lading in zowel negatieve (*niet goed*) als positieve boodschappen (*goed*) zal er namelijk voor zorgen dat het brein een positieve associatie met boodschap activeert, omgekeerd zorgt negatief taalgebruik voor dat het brein een negatieve associatie met de boodschap activeert (Stortenbeker et al., 2017b). Stortenbeker et al. (2017a) vond echter geen effect van positieve of negatieve lading van een boodschap op zelfrapportage van angstgevoelens, terwijl de lichamelijke respons op de boodschap via hartslagmeting uitwees dat een boodschap met een negatieve lading leidde tot verhoogde angst.

Eerder onderzoek naar detectiegedrag suggereert dat een negatief frame effectiever zal zijn om mensen te motiveren een uitstrijkje te maken (Rothman et al. (1993). In combinatie met de bevindingen over negaties suggereert dit dat het toepassen van negaties in een negatief frame mogelijk het meeste effect heeft op het verlagen van angstgevoelens als barrière voor het maken van een uitstrijkje. Naast angst kunnen ook andere factoren een barrière vormen voor het vertonen van detectiegedrag, zoals pijn bij het screeningonderzoek of de perceptie dat screening alleen nodig is wanneer het voelt alsof er iets mis is (Rakowski et al., 1997). Mogelijk wordt het effect van negatieve framing en negaties doorgetrokken op deze andere barrières, zodat deze ook verlaagd worden.

Het effect van negaties op gezondheidsgedrag heeft nog weinig aandacht gekregen in wetenschappelijk onderzoek. Tevens is de koppeling tussen negaties en framing nauwelijks gemaakt (Kamoen et al., 2015), terwijl negaties toch zeer regelmatig worden toegepast in gesprekken tussen onder anderen arts en patiënt (Chapman et al., 2001). Daarbij zijn reeds significante effecten gevonden van het gebruik van negaties op de gezondheidsuitkomsten voor patiënten (Burgers et al., 2012, Stortenbeker et al., 2017a, Stortenbeker et al., 2017b). Echter, dit is niet eerder onderzocht in relatie tot detectiegedrag. Gezien de significante effecten die negaties kunnen hebben op gezondheidsgedrag is het van belang meer kennis op te doen over deze effecten op detectiegedrag, zodat het tekstontwerp van boodschappen richting potentiële patiënten zodanig afgestemd kan worden dat zij gemotiveerd worden detectiegedrag te vertonen. Door de participatiegraad voor screeningonderzoeken te verhogen, is de kans groter dat aanwezigheid van de ziekte al in een (vroeg) voorstadium ontdekt worden wanneer deze nog beter te behandelen is, waardoor het absolute sterftcijfer in Nederland ten gevolge van ziekten als kanker teruggedrongen kan worden. Met dit onderzoek wordt getracht meer inzicht te verschaffen in het effect van negaties op de intentie om detectiegedrag te vertonen en op de determinanten van gedrag zoals benoemd in het Health Belief Model. Daarvoor zullen negaties in combinatie met framing ingezet worden als manipulatie van tekstontwerp, waarbij het effect op de determinanten van gezondheidsgedrag en de intentie van Nederlandse vrouwen tussen de dertig en zestig jaar oud tot het deelnemen aan het baarmoederhalskankeronderzoek wordt onderzocht.

Bovenstaande theorieën leiden tot de volgende onderzoeksvragen:

RQ1 In hoeverre heeft tekstontwerp van een boodschap over het baarmoederhalskankeronderzoek invloed op de determinanten van het Health Belief Model bij de doelgroep van vrouwen tussen dertig en zestig jaar oud?

RQ2 In hoeverre heeft tekstontwerp van een boodschap over het baarmoederhalskankeronderzoek invloed op de intentie van de doelgroep om deel te nemen aan het onderzoek?

Methode

Materiaal

Dit onderzoek betrof twee onafhankelijke variabelen, namelijk negaties (wel of niet) en framing (positief of negatief). Het stimulusmateriaal voor dit onderzoek bestond uit vier teksten in de stijl van een brochure, allen van vrijwel dezelfde lengte. Tevens was de strekking van de informatie in alle versies gelijk. Tussen de versies is onderscheid gemaakt tussen het al dan niet gebruiken van negaties en het gebruiken van framing, zijnde positief of negatief. Bij het schrijven van de teksten werd gestreefd zo natuurlijk mogelijk lopende teksten te ontwerpen. De inhoud van de teksten was informatief en semi-persuasief ingesteld, waarbij ingegaan werd op het doel van het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker, de cijfers omtrent het HPV-virus en de ziekte baarmoederhalskanker, evenals de werking van het uitstrijkje. De teksten werden gepresenteerd vanuit een onafhankelijke partij, dus niet vanuit het RIVM of een arts.

Tussen de teksten werd onderscheid gemaakt in een positief frame of negatief frame en daarnaast tussen negaties en affirmaties, waardoor vier verschillende combinaties en dus condities ontstonden. Een positief frame benadrukte bijvoorbeeld dat een 500 van de 700 vrouwen die baarmoederhalskanker krijgen dit overleven, terwijl in een negatief frame de andere kant benadrukt werd, dat 200 van de 700 vrouwen die baarmoederhalskanker krijgen hieraan overlijden. Daarnaast werden 'gezonde cellen' met een affirmatie,

omgeschreven als ‘geen afwijkende cellen’ met een negatie. Figuur 1 laat van elke conditie een fragment zien, waarbij de gemanipuleerde zinnen door frames (dikgedrukt) en door negaties (onderstreept) gemarkeerd zijn.

Figuur 1. Voorbeeld van gemanipuleerde teksten

Conditie 1: positief frame + negatie	Conditie 2: positief frame + affirmatie
<p>Slechts 2 op de 10 vrouwen krijgt nooit HPV in haar leven. Bijna altijd ruimt het lichaam het virus zelf op, maar in sommige gevallen kan het virus in baarmoederhalskanker veranderen. Gelukkig gaat dit <u>niet snel</u>: het duurt meestal minstens 15 jaar. Het virus is niet moeilijk om te genezen en door er vroeg bij te zijn, zal het virus niet ontwikkelen tot baarmoederhalskanker.</p>	<p>Slechts 2 op de 10 vrouwen blijft haar gehele leven <u>vrij</u> van HPV. Bijna altijd ruimt het lichaam het virus zelf op, maar in sommige gevallen kan het virus in baarmoederhalskanker veranderen. Dit gaat <u>heel langzaam</u>: het duurt meestal minstens 15 jaar. Het virus is gelukkig goed te genezen en door er vroeg bij te zijn, kan baarmoederhalskanker worden voorkomen.</p>
Conditie 3: negatief frame + negatie	Conditie 4: negatief frame + affirmatie
<p>Ongeveer 8 op de 10 vrouwen <u>ontkomt er niet aan dat zij een keer HPV krijgt</u> in haar leven. Soms kan het lichaam het virus niet zelf opruimen. Een voorstadium verandert dan soms in baarmoederhalskanker. Dit proces duurt meestal minstens 15 jaar. Er is een behandeling mogelijk tegen het ontstaan van kanker, tenzij het virus niet op tijd ontdekt wordt.</p>	<p>Ongeveer 8 op de 10 vrouwen <u>heeft een keer HPV</u> in haar leven. Soms kan het lichaam het virus niet zelf opruimen. Een voorstadium verandert dan soms in baarmoederhalskanker. Dit proces duurt meestal minstens 15 jaar. Er is een behandeling mogelijk tegen het ontstaan van kanker, tenzij het virus te laat ontdekt wordt.</p>

Proefpersonen

De groep proefpersonen in dit onderzoek bestond uit uitsluitend in Nederland woonachtige vrouwen tussen de 30 en de 60 jaar oud. De reden hiervoor is dat deze vrouwen binnen de doelgroep van het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker vielen, waardoor het onderwerp en overweging tot deelname aan het onderzoek relevant en realistisch was voor hen.

In totaal waren er 140 respondenten voor het onderzoek. Zeven respondenten zijn later uit de dataset gehaald vanwege het niet voldoen aan de leeftijdsvoorschriften. Na

verwijdering van deze respondenten, hebben in dit onderzoek in totaal 133 vrouwen deelgenomen. De gemiddelde leeftijd was 46.08 jaar oud met een range van 30-60 (SD = 9.02). De meerderheid van de respondenten had HBO (38.3%) of MBO (27.8%) als hoogst afgeronde opleidingsniveau (range: VMBO/MAVO – WO). Van de 133 respondenten hadden 132 vrouwen de Nederlandse nationaliteit en een vrouw had de Britse nationaliteit.

De respondenten werden random verdeeld over vier groepen welke allen een andere tekst voorgelegd kregen. Om te toetsen of er verschillen waren in de verdeling tussen de groepen werden een chi-kwadraat toets en een eenweg ANOVA uitgevoerd. Uit de χ^2 -toets tussen conditie en opleidingsniveau bleek geen verband te bestaan ($\chi^2 (15) = 19.21, p = .204$). Uit de eenweg ANOVA tussen conditie en leeftijd bleek tevens geen verband te bestaan ($F (3,129) = 1.06, p = .367$). Dit betekent dat de vier groepen gelijk verdeeld waren.

Onderzoeksonderwerp

Dit onderzoek hanteerde een 2 (framing positief – framing negatief) x 2 (negaties – affirmaties) design. Het betrof een tussenproefpersoonontwerp met 4 onderliggende condities betreffende blootstelling aan een tekstontwerp, namelijk:

1. Positieve framing met negaties
2. Positieve framing met affirmaties
3. Negatieve framing met negaties
4. Negatieve framing met affirmaties

Aan conditie een waren 32 participanten toegewezen. Aan conditie twee waren 37 participanten toegewezen. Aan conditie drie waren 31 participanten toegewezen en aan conditie vier waren 33 participanten toegewezen.

Instrumentatie

In dit onderzoek werd het effect van framing en negaties op de determinanten van gedrag getoetst zoals omschreven in het Health Belief Model (Rosenstock, 1974; Rosenstock et al., 1988). Daarnaast werd de intentie gemeten om het beoogde gedrag (deelname aan het

bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker) te vertonen. Hieronder zijn de methoden beschreven om de afhankelijke variabelen te meten.

Gepercipieerde vatbaarheid

Gepercipieerde vatbaarheid is de mate waarin een persoon zich vatbaar acht om een bepaalde ziekte op te lopen (Rosenstock, 1974).

Vatbaarheid werd gemeten met drie items, naar Witte (1996). De participanten werden drie stellingen voorgelegd, waarvan zij dienden aan te geven in welke mate zij het met deze stelling eens waren op een zeven-punts Likertschaal (1 = helemaal niet mee eens, 7 = helemaal mee eens). Een hoge score op de items wezen op een hoge mate van gepercipieerde vatbaarheid. Een van de stellingen luidde "ik loop risico om ooit baarmoederhalskanker te krijgen". Raadpleeg appendix 1 voor een volledige lijst van de stellingen.

De betrouwbaarheid van gepercipieerde vatbaarheid bestaande uit drie items was niet adequaat: $\alpha = .57$. Dit heeft ertoe geleid dat de individuele items zijn getoetst in de statistische analyses in plaats van tezamen als een variabele.

Gepercipieerde ernst

Gepercipieerde ernst is de mate waarin een persoon de ziekte (baarmoederhalskanker) als 'ernstig' bestempelt mocht zij deze oplopen (Rosenstock, 1974). Deze ernst kan refereren naar medische klachten, maar ook ernst wat betreft de gevolgen voor het werk of het sociale leven van de persoon (Rosenstock, 1974).

Gepercipieerde ernst werd gemeten met drie items, gebaseerd op Marlow, Waller, Evans en Wardle (2009) en op Das, Stortenbeker, Bouwman, Ritterfeld en van Steenbergen (z.d.). De participanten werden gevraagd worden op een zeven-punts Likertschaal (1 = helemaal niet mee eens, 7 = helemaal mee eens) aan te geven in welke mate zij het eens waren met de genoemde stellingen, waarbij een hoge score wees op een hoge mate van gepercipieerde ernst. Een van de stellingen luidde "baarmoederhalskanker is een ernstige ziekte". De betrouwbaarheid van gepercipieerde ernst bestaande uit drie items was goed: $\alpha = .81$.

Gepercipieerde voordelen

Gepercipieerd voordeel doelt op de mate waarin een persoon de optie (deelname aan het baarmoederhalskankeronderzoek) om de ziekte te detecteren als toegankelijk en effectief, ofwel voordelig ziet (Rosenstock, 1974).

Gepercipieerde voordeel werd gemeten met een schaal gebaseerd op de methode van Murphy, Vernon, Diamond en Tiro (2014), bestaande uit zeven items. De participanten beoordeelden zeven stellingen op een zeven-punts Likert-schaal (1 = helemaal niet mee eens, 7 = helemaal mee eens). Een hoge score op de items wees op een hoge mate van gepercipieerde voordelen, behalve bij de stelling “het is niet nodig om een uitstrijkje te maken wanneer er geen geschiedenis van baarmoeder-afwijkingen in de familie is”. Deze antwoorden op deze stelling werden later omgepoold. De betrouwbaarheid van gepercipieerde voordelen bestaande uit zeven items was adequaat: $\alpha = .77$.

Gepercipieerde barrières

Gepercipieerde barrières zijn negatieve aspecten waar mensen tegenaan lopen waardoor zij minder snel geneigd zijn om een bepaald gedrag te vertonen (Rosenstock, 1974). Dit kan om financiële redenen zijn of dat het om een andere reden niet goed uitkomt. Tevens kunnen barrières zijn dat het gedrag bijvoorbeeld als pijnlijk of onprettig wordt ervaren (Rosenstock, 1974).

De gepercipieerde barrière werd gemeten met vijf items gebaseerd op Murphy et al. (2014), Rakowski et al. (1992) en Rakowski et al. (1997). De participanten werden vijf stellingen voorgelegd, welke zij op een zeven-punts Likertschaal dienden te beoordelen op de mate waarmee zij het met elke stelling eens waren (1 = helemaal niet mee eens, 7 = helemaal mee eens). Een hoge score op de items wees op een hoge mate van gepercipieerde barrières, behalve in bij de stelling “als een uitstrijkje uitwijst dat er iets mis is, dan is er een grote kans dat dit goed te behandelen is”. De antwoorden op deze stelling werden later omgepoold. De betrouwbaarheid van gepercipieerde vatbaarheid bestaande uit drie items was niet adequaat: $\alpha = .53$. Dit heeft ertoe geleid dat de items individueel zijn getoetst in de statistische analyses.

Eigeneffectiviteit

Eigeneffectiviteit is de mate waarin iemand zich in staat acht een bepaald gedrag te vertonen. Deze variabele werd gemeten met drie items, gebaseerd op Witte (1996). De participanten beoordeelden zes stellingen op een zeven-punts Likert schaal (1 = helemaal niet mee eens, 7 = helemaal mee eens). Een hoge score op de items wees op een hoge mate van eigeneffectiviteit. Een factoranalyse toonde aan dat deze items verdeeld zijn over twee variabelen, zoals te zien in tabel 1. Binnen deze zes stellingen is daarom onderscheid gemaakt tussen eigeneffectiviteit voor het traditionele uitstrijkje bij de huisarts en eigeneffectiviteit voor het gebruiken van de zelfafnameset. De betrouwbaarheid van eigeneffectiviteit voor het uitstrijkje bij de arts bestaande uit vier items was adequaat: $\alpha = .77$. De betrouwbaarheid van eigeneffectiviteit voor het gebruik van de zelftest bestaande uit twee items was goed: $\alpha = .94$.

Tabel 1. Factorladingen op basis van een principle component analyse met Varimax rotatie voor de zes items van eigeneffectiviteit ($n = 133$)

	Eigeneffectiviteit uitstrijkje huisarts	Eigeneffectiviteit uitstrijkje zelftest
<i>Ik ben in staat een uitstrijkje te laten maken om het HPV-virus te detecteren</i>	.818	
<i>Een uitstrijkje laten maken bij de huisarts is voor mij een makkelijke handeling om te doen, om BMK te detecteren of te voorkomen</i>	.794	
<i>Een uitstrijkje maken is een makkelijke manier om het HPV-virus te detecteren</i>	.771	
<i>Een uitstrijkje maken is een makkelijke manier om baarmoederhalskanker te detecteren of te voorkomen</i>	.732	

<i>Ik ben in staat de zelftest te gebruiken om het HPV-virus te detecteren</i>	.971
<i>De zelftest gebruiken is voor mij een makkelijke handeling om te doen, om BMK te detecteren of te voorkomen</i>	.970

N.B. Factorladingen < .1 zijn weggelaten

Gedragssintentie

Gedragssintentie is een indicator voor hoeveel moeite iemand bereid is te doen om een bepaald gedrag te vertonen (Ajzen, 1991). Intentie werd met twee items gemeten, volgens Sheeran en Orbell (2000). De participanten beoordeelden twee stellingen op een zevenpunts Likertschaal (1 = helemaal niet mee eens, 7 = helemaal mee eens). Een hoge score op de items wees op een sterke intentie tot het vertonen van het beoogde gedrag. De betrouwbaarheid van gedragssintentie bestaande uit twee items was niet adequaat: $\alpha = .45$. Om die reden zijn beide items apart behandeld. Eenmaal als variabele 'plan voor gedrag' en eenmaal als 'poging tot gedrag'.

Controlevariabelen

Ter controle is ten eerste bevestigd of participanten in hun leven betrokken zijn geweest bij kanker. Dit werd op verschillende niveaus bevestigd. Allereerst werd gevraagd of de persoon kon aangeven op een schaal van een tot tien hoe sterk zij persoonlijk betrokken is geweest bij een persoon die aan een vorm van kanker leed of lijdt. Vervolgens werd gevraagd of er in de familie van de participant geschiedenis is van baarmoederafwijkingen (ja/nee). Dit was het geval voor 18.8% van de vrouwen. Als laatste werd gevraagd of iemand in de nabije omgeving van de participant baarmoederhalskanker heeft of heeft gehad (ja/nee). Dit was het geval voor 23.3% van de vrouwen.

De participanten met persoonlijke betrokkenheid bij een persoon die aan een vorm van kanker leed of lijdt ($F(3, 129) = 1.62, p = .188$), het hebben van een familiegeschiedenis van baarmoederafwijkingen ($\chi^2(3) = 6.49, p = .090$), of het hebben van iemand in de nabije

omgeving die baarmoederhalskanker heeft of heeft gehad ($\chi^2(3) = 3.77, p = .287$), waren gelijk verdeeld over de condities.

Demografische gegevens

Alle participanten werden gevraagd de volgende demografische gegevens van zichzelf te verstrekken: geslacht, leeftijd, nationaliteit, hoogst genoten opleidingsniveau, en of ze al eerder gehoor heeft gegeven aan een uitnodiging voor het bevolkingsonderzoek (indien van toepassing). Op basis van deze vragen was controle mogelijk of alle participanten van het vrouwelijke geslacht waren en dat zij binnen de leeftijdscategorie van de doelgroep vielen.

Procedure

Het onderzoek vond plaats via een online vragenlijst, gehost via de tool Qualtrics. De wijze van sampling was door middel van convenience sampling en de sneeuwbaltechniek via social media (Facebook en WhatsApp). Door deelname aan het onderzoek, maakte men kans op een cadeaubon voor www.bol.com ter waarde van €15,00.

De participanten waren vrij om te kiezen in welke omgeving zij de vragenlijst afnamen en werden verzekerd van hun anonimiteit. In de introductie van het onderzoek werd tevens meegedeeld worden dat er geen foute antwoorden bestaan en dat alle gegevens vertrouwelijk behandeld zullen worden.

Vervolgens kregen de participanten een fragmenten uit een van de vier condities te lezen. Daarna werd een reeks vragen voorgelegd om de afhankelijke variabelen te meten. Aansluitende werd de participanten gevraagd een aantal demografische gegevens in te vullen. Aan het eind kreeg elke participant de mogelijkheid haar emailadres in te vullen om mee te dingen naar de cadeaubon. In de introductie werd op voorhand de disclaimer gegeven dat dit gegeven niet aan de antwoorden werd gekoppeld.

Statistische toetsing

SPSS 22 werd gebruikt worden om de statistische analyses uit te voeren. Om de onderzoeksvraag te beantwoorden is gebruik gemaakt van de statistische analyse tweeweg ANOVA.

Resultaten

De gegevens in tabel 2 en tabel 3 geven de gemiddelden en standaarddeviaties aan van de scores van de proefpersonen op de determinanten van het Health Belief Model en op gedragsintentie. Tabel 2 geeft de scores van de proefpersonen weer per conditie, namelijk verdeeld in de combinatie van een positief frame of negatief frame en negaties of affirmaties. Tabel 3 geeft de scores van de proefpersonen individueel weer voor positief frame, negatief frame, affirmatie en negatie.

Tabel 2. De gemiddeldes en standaardafwijkingen (tussen haakjes) van de scores op de onderdelen van het Health Belief Model en op gedragsintentie in functie van het soort frame en negaties (1=zeer lage score, 7=zeer hoge score). De afkorting BMK staat voor baarmoederhalskanker.

	Positief frame		Negatief frame	
	Affirmatie n = 37	Negatie n = 32	Affirmatie n = 33	Negatie n = 31
Vatbaarheid				
<i>Risico op BMK</i>	4.76 (1.86)	4.84 (1.37)	5.33 (1.32)	5.23 (1.50)
<i>Waarschijnlijkheid van krijgen BMK</i>	2.92 (1.28)	3.56 (1.24)	3.21 (1.36)	3.52 (1.43)
<i>Mogelijkheid tot krijgen BMK</i>	5.43 (1.02)	4.97 (1.23)	5.64 (1.03)	5.61 (1.23)
Ernst	6.37 (.57)	6.30 (.69)	6.54 (.52)	6.60 (.55)
Voordelen	5.53 (.73)	5.60 (1.04)	4.99 (1.04)	5.55 (.87)
Barrières				
<i>Geen uitstrijkje, tenzij gevoel dat er iets mis is</i>	1.32 (.48)	1.62 (1.16)	2.18 (1.83)	1.77 (1.45)
<i>Wanneer uitstrijkje uitwijst dat iets mis is dan is het al te laat voor behandeling</i>	2.35 (.92)	2.47 (.98)	2.94 (1.62)	3.16 (1.34)
<i>Uitstrijkje geeft veel angst of onzekerheid</i>	2.65 (1.53)	2.63 (1.52)	2.85 (1.75)	2.52 (1.69)

<i>Uitstrijkje dusdanig erg veel pijn dat ik het uitstel</i>	1.76 (1.23)	1.69 (.90)	2.09 (1.33)	1.86 (1.01)
<i>Uitstrijkjes leiden vaak tot onnodige behandelingen</i>	2.05 (1.22)	1.78 (.87)	2.09 (1.01)	1.84 (1.00)
Eigeneffectiviteit				
<i>Uitstrijkje huisarts</i>	5.73 (.86)	5.97 (.77)	5.61 (1.04)	5.69 (1.20)
<i>Zelftest</i>	4.97 (1.72)	4.83 (1.39)	4.53 (1.95)	5.26 (1.67)
Intentie				
<i>Plan voor gedrag</i>	6.51 (.69)	6.66 (.48)	6.06 (1.58)	6.61 (.76)
<i>Poging tot gedrag</i>	5.95 (1.68)	5.81 (2.07)	5.33 (2.15)	6.45 (1.29)

Tabel 3. De gemiddeldes en standaardafwijkingen (tussen haakjes) van de scores op de onderdelen van het Health Belief Model en op gedragsintentie in functie van het soort frame of het gebruik van negaties (1=zeer lage score, 7=zeer hoge score). De afkorting BMK staat voor baarmoederhalskanker.

	Frame		Negatie	
	Positief n = 69	Negatief n = 64	Affirmatie n = 70	Negatie n = 63
Vatbaarheid				
<i>Risico op BMK</i>	4.80 (1.64)	5.28 (1.40)	5.03 (1.64)	5.03 (1.44)
<i>Waarschijnlijkheid van krijgen BMK</i>	3.22 (1.29)	3.36 (1.40)	3.06 (1.40)	3.54 (1.33)
<i>Mogelijkheid tot krijgen BMK</i>	5.22 (1.14)	5.63 (1.12)	5.53 (1.02)	5.29 (1.26)
Ernst	6.34 (.63)	6.56 (.53)	6.45 (.55)	6.45 (.64)
Voordelen	5.56 (.88)	5.26 (.99)	5.27 (.92)	5.57 (.94)
Barrières				
<i>Geen uitstrijkje, tenzij gevoel dat er iets mis is</i>	1.46 (.87)	1.98 (1.66)	1.73 (1.36)	1.70 (1.30)

<i>Wanneer uitstrijkje uitwijst dat iets mis is dan is het al te laat voor behandeling</i>	2.41 (.94)	3.05 (1.49)	2.63 (1.32)	2.81 (1.22)
<i>Uitstrijkje geeft veel angst of onzekerheid</i>	2.64 (1.51)	2.69 (1.71)	2.74 (1.63)	2.57 (1.60)
<i>Uitstrijkje dusdanig erg veel pijn dat ik het uitstel</i>	1.72 (1.08)	1.89 (1.20)	1.91 (1.28)	1.68 (.95)
<i>Uitstrijkjes leiden vaak tot onnodige behandelingen</i>	1.93 (1.08)	1.97 (1.01)	2.07 (1.12)	1.81 (.93)
Eigeneffectiviteit				
<i>Uitstrijkje huisarts</i>	5.84 (.82)	5.64 (1.11)	5.67 (.95)	5.82 (1.01)
<i>Zelftest</i>	4.91 (1.57)	4.88 (1.84)	4.76 (1.83)	5.03 (1.53)
Intentie				
<i>Plan voor gedrag</i>	6.58 (.60)	6.33 (1.27)	6.30 (1.21)	6.63 (.63)
<i>Poging tot gedrag</i>	5.88 (1.86)	5.87 (1.86)	5.66 (1.93)	6.13 (1.75)

Gepercipieerde vatbaarheid

Uit een tweeweg variantie-analyse van framing en negaties op het gepercipieerde risico om ooit baarmoederhalskanker te krijgen bleek geen significant hoofdeffect van framing ($F(1, 129) = 3.21, p = .076$) en geen hoofdeffect van negatie ($F(1, 129) < 1$). Tevens trad geen interactie op tussen framing en negaties ($F(1, 129) < 1$).

Uit een tweeweg variantie-analyse van framing en negaties op gepercipieerde waarschijnlijkheid ooit baarmoederhalskanker te krijgen bleek een significant hoofdeffect van negaties ($F(1, 129) = 4.21, p = .042$). Respondenten die de teksten met negaties lazen ($M = 3.54, SD = 1.33$) ervoeren een sterkere gepercipieerde waarschijnlijkheid ooit baarmoederhalskanker te krijgen dan respondenten die de teksten met affirmaties lazen ($M = 3.06, SD = 1.32$). Er bleek geen significant hoofdeffect van framing op gepercipieerde ernst ($F(1, 129) < 1$) en er trad ook geen interactie op tussen framing en negaties ($F(1, 129) < 1$).

Uit een tweeweg variantie-analyse van framing en negaties op gepercipieerde mogelijkheid ooit baarmoederhalskanker te krijgen bleek een significant hoofdeffect van framing ($F(1, 129) = 4.71, p = .032$). Respondenten die de teksten met een negatief frame lazen ($M = 5.63, SD = 1.12$) ervoeren een sterkere gepercipieerde mogelijkheid ooit baarmoederhalskanker te krijgen dan respondenten die de teksten met een positief frame lazen ($M = 5.22, SD = 1.14$). Er bleek geen significant hoofdeffect van negaties op gepercipieerde ernst ($F(1, 129) = 1.55, p = .215$) en er trad ook geen interactie op tussen framing en negaties ($F(1, 129) = 1.27, p = .262$).

Gepercipieerde ernst

Uit een tweeweg variantie-analyse van framing en negaties op gepercipieerde ernst bleek een significant hoofdeffect van framing ($F(1, 129) = 5.20, p = .024$). Respondenten die de teksten met een negatief frame lazen ($M = 6.57, SD = .54$) ervoeren een sterkere gepercipieerde ernst dan respondenten die de teksten met een positief frame lazen ($M = 6.33, SD = .63$). Er bleek geen significant hoofdeffect van negaties op gepercipieerde ernst ($F(1, 129) < 1$) en er trad ook geen interactie op tussen framing en negaties ($F(1, 129) < 1$).

Gepercipieerde voordelen

Uit een tweeweg variantie-analyse van framing en negaties op gepercipieerde voordelen bleek een significant hoofdeffect van negatie ($F(1, 129) = 4.43, p = .047$). Respondenten die de teksten met een negaties lazen ($M = 5.57, SD = .95$) ervoeren sterkere gepercipieerde voordelen dan respondenten die de teksten met affirmaties lazen ($M = 5.27, SD = .92$). Er bleek geen significant hoofdeffect van framing op gepercipieerde voordelen ($F(1, 129) = 3.35, p = .070$) en er trad ook geen interactie op tussen framing en negaties ($F(1, 129) = 2.31, p = .131$).

Gepercipieerde barrières

Uit een tweeweg variantie-analyse van framing en negaties op de barrière dat *geen uitstrijkje werd gemaakt tenzij diegene het gevoel had dat er iets mis was*, bleek een significant hoofdeffect van framing ($F(1, 129) = 4.92, p = .028$). Respondenten die de teksten in een negatief frame lazen ($M = 1.98, SD = 1.66$) waren het sterker eens met de stelling dat zij geen uitstrijkje laten maken tenzij ze het gevoel hebben dat er iets mis is, dan

respondenten die de teksten in een positief frame lazen ($M = 1.46, SD = .87$). Er bleek geen significant hoofdeffect van negaties ($F(1, 129) = 4.92, p = .814$) en er trad ook geen interactie op tussen framing en negaties ($F(1, 129) = 2.44, p = .121$).

Uit een tweeweg variantie-analyse van framing en negaties op de perceptie *dat wanneer het onderzoek aangeeft dat er iets mis is, het waarschijnlijk al te laat is om er iets aan te doen*, bleek een significant hoofdeffect van framing ($F(1, 129) = 8.82, p = .004$). Respondenten die de teksten in een negatief frame lazen ($M = 3.05, SD = 1.49$) waren sterker overtuigd dat wanneer uit het onderzoek blijkt dat er iets mis is, het te laat is om dit te kunnen behandelen, dan respondenten die de teksten in een positief frame lazen ($M = 2.41, SD = .94$). Er bleek verder geen significant hoofdeffect van negaties ($F(1, 129) < 1$) en er trad ook geen interactie op tussen framing en negaties ($F(1, 129) < 1$).

Uit een tweeweg variantie-analyse van framing en negaties op *de angst of onzekerheid voor baarmoederhalskanker door het maken van een uitstrijkje* bleek geen significant hoofdeffect van framing ($F(1, 129) < 1$) en geen hoofdeffect van negatie ($F(1, 129) < 1$). Tevens trad geen interactie op tussen framing en negaties ($F(1, 129) < 1$).

Uit een tweeweg variantie-analyse van framing en negaties op de stelling dat *het maken van een uitstrijkje dusdanig veel pijn doet dat diegene het uitstelt*, bleek geen significant hoofdeffect van framing ($F(1, 129) < 1$) en geen hoofdeffect van negatie ($F(1, 129) = 1.49, p = .225$). Tevens trad geen interactie op tussen framing en negaties ($F(1, 129) < 1$).

Uit een tweeweg variantie-analyse van framing en negaties op de perceptie *dat uitstrijkjes vaak tot onnodige behandelingen of operaties leiden*, bleek geen significant hoofdeffect van framing ($F(1, 129) < 1$) en geen hoofdeffect van negatie ($F(1, 129) = 2.10, p = .150$). Tevens trad geen interactie op tussen framing en negaties ($F(1, 129) < 1$).

Eigeneffectiviteit uitstrijkje huisarts

Uit een tweeweg variantie-analyse van framing en negaties op eigeneffectiviteit voor het uitstrijkje bij de huisarts bleek geen significant hoofdeffect van framing ($F(1, 129) = 1.43, p = .233$) en geen hoofdeffect van negatie ($F(1, 129) < 1$). Tevens trad geen interactie op tussen framing en negaties ($F(1, 129) < 1$).

Eigeneffectiviteit zelftest

Uit een tweeweg variantie-analyse van framing en negaties op eigeneffectiviteit voor de zelftest bleek geen significant hoofdeffect van framing ($F(1, 129) < 1$) en geen hoofdeffect van negatie ($F(1, 129) = 2.81, p = .325$). Tevens trad geen interactie op tussen framing en negaties ($F(1, 129) = 2.19, p = .142$).

Plan voor gedrag

Uit een tweeweg variantie-analyse van framing en negaties op het plannen van het gedrag bleek een significant hoofdeffect van negatie ($F(1, 129) = 4.24, p = .042$). Respondenten die de teksten met negaties lazen ($M = 6.63, SD = .63$) waren sterker van plan een uitstrijkje te (laten) maken dan respondenten die de teksten met affirmaties lazen ($M = 6.30, SD = 1.21$). Er bleek geen significant hoofdeffect van framing op gepercipieerde voordelen ($F(1, 129) = 2.16, p = .144$) en er trad ook geen interactie op tussen framing en negaties ($F(1, 129) = 1.47, p = .227$).

Poging tot gedrag

Uit een tweeweg variantie-analyse van framing en negaties op poging tot gedrag bleek geen significant hoofdeffect van framing ($F(1, 129) < 1$) en geen hoofdeffect van negatie ($F(1, 129) = 2.40, p = .124$). Tevens trad geen interactie op tussen framing en negaties ($F(1, 129) = 3.87, p = .051$), hoewel het interactie-effect nagenoeg significant was.

Conclusie en discussie

Een hoge(re) score op de determinanten uit het Health Belief Model hangt samen het vertonen van detectiegedrag (Alagna et al., 1987; Brug, Glanz & Kok, 1997; Gilchrist & Schinke, 1983; Hallal, 1982; Hyman et al., 1994; Janz & Becker, 1984; King, 1982; Maddux, 1995; Rippetoe & Rogers, 1987; Ronis & Kaiser, 1989; Rosenstock, 1974). Het eerste doel van deze studie was om te onderzoeken in welke mate tekstontwerp, specifiek framing en negaties, invloed hadden op deze determinanten van gedrag. Tekstontwerp blijkt daarbij effect te hebben op alle determinanten van gedrag zoals benoemd in het originele Health

Belief Model van Rosenstock (1974). Echter, er blijkt geen effect van tekstontwerp op de variabele eigeneffectiviteit, welke later toegevoegd werd aan het Health Belief Model (1988). De mate van effectiviteit van framing blijkt daarbij niet afhankelijk van het gebruik van negaties en vice versa. Wel kan gesteld worden dat een negatief frame en het gebruik van negaties naast elkaar tot de grootste effecten leidden in dit onderzoek. Daarnaast blijkt dat negatieve framing hierbij een positief effect heeft op gepercipieerde barrières, de gepercipieerde mogelijkheid om ooit baarmoederhalskanker te krijgen, en de gepercipieerde ernst van baarmoederhalskanker, en dat het gebruik van negaties een positief effect hebben op gepercipieerde vatbaarheid, gepercipieerde voordelen, en het plan om een uitstrijkje te laten maken.

Bovenstaande bevindingen zijn in lijn met eerdere bevindingen wat betreft attribuut framing (Rothman et al., 1993) en goal framing (Banks et al., 1995; Block & Keller, 1995; Meyerowitz & Chaiken, 1987; O'keefe & Jensen, 2009; Rothman et al., 1993; Rothman et al., 1999; Salovey et al., 2001, in Salovey et al., 2002), welke stellen dat detectiegedrag gestimuleerd wordt door een negatief frame en door verliesframes.

Opvallend was dat geen effect van tekstontwerp werd gevonden op eigeneffectiviteit, zowel voor het uitstrijkje laten maken bij de huisarts als voor het afnemen van de zelftest. Een mogelijke verklaring voor dit wanefect is dat de zelftest minder dan een halfjaar voor het moment van dataverzameling werd geïntroduceerd, waardoor mogelijk geen of weinig participanten ervaring hadden met dit concept. Daarbij waren de participanten mogelijk ook niet bekend met de handelingen die zij moeten doen om een uitstrijkje te maken met behulp van de zelftest en berust de gepercipieerde eigeneffectiviteit op gebrekkige kennis. De teksten in dit onderzoek besteedden ook geen aandacht aan de procedures voor het daadwerkelijk (laten) maken van een uitstrijkje, wat mogelijk verklaart waarom bij de participanten geen of in mindere mate verandering optrad voor gepercipieerde eigeneffectiviteit. Daarnaast is de gepercipieerde eigeneffectiviteit voor het laten maken van een uitstrijkje bij de huisarts zeer hoog in elke conditie, waardoor een mogelijk plafond effect optreedt en daarom geen grote effecten op deze waarde meer kunnen plaatsvinden.

Austin et al. (2002) constateerden dat angst een van de barrières was voor Spaans-Amerikaanse vrouwen om zich te laten screenen op baarmoederhalskanker. Op basis van de onderzoeken naar framing en negaties (Stortenbeker et al., 2017a; Stortenbeker et al.,

2017b) werd daarnaast geconcludeerd dat angstgevoelens afgezwakt worden wanneer in een boodschap positieve bewoordingen gebruikt, dus een positief frame met affirmaties of een negatief frame met negaties, en versterkt wordt wanneer in een boodschap negatieve bewoordingen worden gebruikt. Dit suggereert dus dat de lading van een boodschap effect heeft op ten minste een barrière van baarmoederhalskankerscreening. Echter, de resultaten van deze studie onderbouwen die bevindingen niet. De barrière dat *een uitstrijkje maken veel angst of onzekerheid geeft* voor een vrouw werd namelijk niet beïnvloed door framing, negaties, of een interactie tussen framing en negaties. In het onderzoek van Stortenbeker et al. (2017a) werd echter ook gevonden dat zelfrapportage van angst niet beïnvloed werd door een positieve of negatieve boodschap lading, hoewel de hartslagmetingen blijken gaven van verhoogde angstgevoelens in reactie op de boodschap met een negatieve lading. Mogelijk heeft de boodschap dus toch invloed gehad op de mate van angst voor het maken van een uitstrijkje, maar waren de vrouwen zich hier niet van bewust of wilden zij daar niet aan toegeven.

Daarnaast had een negatief frame ten opzichte van een positief frame wel een positief effect op twee van de vijf items van gepercipieerde barrières, namelijk de stelling dat *wanneer het onderzoek aangeeft dat er iets mis is, het waarschijnlijk al te laat is om er iets aan te doen*, evenals de stelling dat *de vrouw geen uitstrijkje maakt tenzij ze het gevoel heeft dat er iets mis is*. Daarbij waren de scores op gepercipieerde voordelen van gedrag hoger dan de gepercipieerde barrières, wat de formule is voor een grotere kans dat een vrouw baarmoederhalskanker screening zal (laten) uitvoeren (Rosenstock, 1974).

Het tweede doel van dit onderzoek was om te meten in hoeverre tekstontwerp invloed had op de intentie van vrouwen om deel te nemen aan het baarmoederhalskankeronderzoek. De variabele intentie werd in het huidige onderzoek onderverdeeld in de poging tot het gedrag en de mate waarin de persoon van plan was het gedrag te vertonen. Hoewel de resultaten van Burgers et al. (2012) en Stortenbeker et al. (2017a; 2017b) suggereerden dat een negatief frame in combinatie met negaties of een positief frame in combinatie met affirmaties een positief effect zouden hebben op gedragsintentie bleek uit de huidige resultaten geen interactie-effect van frame en negatie. Een mogelijke verklaring voor dit verschil in bevindingen is dat Burgers et al. (2012) zich richtten op namelijk het innemen van medicijnen om een ziekte onder controle te houden

(promotiegedrag), terwijl het huidige onderzoek detectiegedrag betreft, en in onderzoek naar framing werd al duidelijk dat het stimuleren van detectiegedrag een andere benadering behoeft dan preventiegedrag of promotiegedrag. Daarnaast is de score op de mate waarin een vrouw *van plan was een uitstrijkje te laten maken* in elke conditie zodanig hoog, dat er mogelijk sprake is van een plafondeffect.

Daarentegen bleek een positief effect van negaties op de mate waarin een vrouw *van plan was een uitstrijkje te laten maken*, waarbij de score op deze determinant dus onverschillig was voor het soort frame. In onderzoek naar negaties werd, in de setting van een arts-patiënt gesprek, al gesteld dat het gebruik van negaties impliceert dat het resultaat afwijkt van wat de boodschapper verwachtte (Burgers et al., 2012). Wanneer de boodschap niet een-op-een wordt gebracht, maar via een algemeen (informatief) bericht, zoals in het huidige onderzoek, insinueren negaties mogelijk dat een uitkomst afwijkt van de algemene norm of algemene verwachtingen en veroorzaakt dit onzekerheid bij de ontvanger van de boodschap. Rothman et al. (1993) liet al zien dat de mate van risicoperceptie positief verband houdt met de intentie tot het vertonen van detectiegedrag. Daarbij wordt een gedrag als risicovol gezien wanneer deze een onzekere uitkomst heeft. Mogelijk leiden negaties in een tekst dus tot onzekere gevoelens, omdat deze insinueren dat de gegeven informatie afwijkt van de algemene norm of verwachtingen, en leidt dit onzekere gevoel tot een hogere intentie tot het vertonen van het gedrag. Echter, deze theorie zal in verder onderzoek getoetst moeten worden, door te meten of een boodschap met negaties tot onzekere gevoelens leidt en zo ja, of deze onzekerheid een modererende factor is voor het effect van negaties op de mate waarin een vrouw *van plan was een uitstrijkje te laten maken*.

Verder bleken participanten sterker van plan een uitstrijkje te (laten) maken dan dat zij gaan proberen een uitstrijkje te (laten) maken. Een verklaring voor dit verschil in score kan zijn dat de participanten graag een uitstrijkje willen maken (*van plan zijn*), maar dat zij mogelijk uit ervaring weten dat zij dit uitstellen of mogelijk afstellen (*poging om het te doen*).

Reflectie op het huidige onderzoek

Dit onderzoek is het de eerste studie waarbij het effect van negaties op gezondheidsgedrag onderzocht werd, en ook de eerste studie waarbij framing via negaties op detectiegedrag

onderzocht werd. Voor dit onderzoek zijn zorgvuldige keuzes gemaakt om een zo accuraat mogelijk beeld te schetsen van hoe deelname het baarmoederhalskankeronderzoek beïnvloed kan worden met tekstontwerp.

Participanten waren hierbij aan de selectie onderhevig dat zij allen van het vrouwelijk geslacht waren, in Nederland woonachtig, en tussen de dertig en zestig jaar oud waren, omdat dit representatief is voor de demografie van de doelgroep van het baarmoederhalskankeronderzoek.

In de data werd daarnaast gecontroleerd of de participanten vergelijk verdeeld waren over de groepen wat betreft demografische gegevens en andere factoren die mogelijk van invloed zouden kunnen zijn op het screeninggedrag, namelijk de mate waarin een persoon betrokken was bij iemand die een vorm van kanker heeft of had, het hebben van een naaste die baarmoederhalskanker heeft of heeft gehad, en de aanwezigheid van baarmoederafwijkingen in de familie. Uit de analyses bleek dat alle participanten gelijk verdeeld waren over de groepen, waardoor groepen ontstonden die allen een willekeurige steekproef representeren van de doelgroep. Dit is belangrijk voor een goede betrouwbaarheid van de statistische analyses, zodat geen verkeerde aannames worden gedaan van effecten.

In het kader van beperkingen in dit onderzoek en eventueel vervolgonderzoek zijn daarnaast een aantal dingen op te merken. Ten eerste was in dit onderzoek geen representatie van meerdere etnische achtergronden dan Nederlands en een Brit. Echter, in een multiculturele samenleving zoals bijvoorbeeld Nederland hebben cultuurverschillen mogelijk effect hebben op de mate waarin gezondheidsgedrag beïnvloed wordt door tekstontwerp. In een vervolgonderzoek is het daarom gewenst om op zoek te gaan naar deelnemers met verschillende etnische achtergronden om zo een nog accuratere representatie te kunnen geven van de doelgroep van het baarmoederhalskankeronderzoek.

Ten tweede is in het onderzoek niet gecontroleerd of de gemanipuleerde teksten aandachtig genoeg waren gelezen. Mogelijk heeft niet iedere participant de teksten volledig en aandachtig gelezen en heeft dit invloed gehad op de resultaten. Deze limitatie kwam door een technisch probleem in de tool die gebruikt was voor de enquête. Voor de enquête was namelijk geprogrammeerd dat de tijd gemeten zou worden die mensen op de pagina van de

tekst besteedden. Echter, slechts bij twee van de vier condities is deze tijd daadwerkelijk vastgelegd.

Ten derde werd in dit onderzoek gemeten in hoeverre tekstontwerp effect heeft op de determinanten van gedrag en op de intentie tot het uitvoeren van het gedrag. Echter, in het onderzoek is dus niet het effect van tekstontwerp op daadwerkelijk gedrag gemeten. Een voorstel voor verder onderzoek is daarom het effect van tekstontwerp op daadwerkelijk screeninggedrag te meten, door de vier condities van tekstontwerp door te voeren in alle persoonlijke communicatie naar een random sample van vrouwen uit de doelgroep van het bevolkingsonderzoek (in een tussen-proefpersoon ontwerp) en hun screeninggedrag onderling te vergelijken.

Als vierde viel in deze studie ook op dat de participanten laag scoorden op de barrière angst, ongeacht welke tekst zij lazen, hoewel Austin et al. (2002) in hun onderzoek constateerden dat angst weldegelijk als barrière werd gezien voor het baarmoederhalskankeronderzoek door Spaans-Amerikaanse vrouwen. Tevens geldt voor de andere barrières die opgenomen waren in dit onderzoek, dat de scores erg laag waren. Mogelijk waren de getoetste barrières niet (allen) relevant voor het baarmoederhalskankeronderzoek. In een vervolgstudie is het daarom raadzaam een pre-test te doen waarin getest wordt op mogelijke voordelen en barrières van het (detectie)gedrag. Dit kan bijvoorbeeld door het houden van interviews of het uitzetten van een enquête onder een random sample van vrouwen tussen de dertig en zestig jaar oud in Nederland waarbij gevraagd wordt te omschrijven welke voordelen en nadelen zij zien in het maken van een uitstrijkje om te screenen op baarmoederhalskanker.

Als laatste werden de items voor gepercipieerde vatbaarheid individueel meegenomen in de analyses, welke ingingen op de mate van gepercipieerd risico op het krijgen van baarmoederhalskanker, de mogelijkheid dat de persoon baarmoederhalskanker krijgt en de waarschijnlijkheid dat de persoon baarmoederhalskanker krijgt. De scores op het gepercipieerde risico en de gepercipieerde mogelijkheid om baarmoederhalskanker te krijgen waren beiden hoog en vrijwel gelijk, terwijl de score op gepercipieerde waarschijnlijkheid om baarmoederhalskanker te krijgen een stuk lager en vlak onder de middenstreep lag. Dit suggereert dat de participanten het risico en de mogelijkheid om een ziekte te krijgen ergens anders op baseren dan de waarschijnlijkheid dat zij de ziekte krijgen. Mogelijk schrijven zij de kans om de ziekte te krijgen eerder toe aan een ander dan aan

zichzelf, waardoor ze stellen dat er een risico en een mogelijkheid is om baarmoederhalskanker te krijgen, maar dat dat eerder een ander overkomt dan henzelf. Dit is in lijn met de bevinding van Weinstein (1987), dat mensen zichzelf minder vatbaar achten dan een ander voor het krijgen van een ziekte. In een vervolgstudie zal hiervoor gecontroleerd kunnen worden door in de vraagstelling zowel naar beoordeling van deze drie variabelen te vragen voor eigen vatbaarheid als voor de vatbaarheid van vrouwen in het algemeen.

Deze studie laat zien dat framing en negaties van invloed kunnen zijn op de determinanten van gedrag uit het Health Belief Model en op de intentie tot het uitvoeren van detectiegedrag. Verder onderzoek naar het effect van framing en negatie op detectiegedrag is van belang om de bevindingen van deze studie uit te breiden en mogelijk te ondersteunen. Deze bevindingen kunnen dan fungeren als uitgangspunt voor het zo effectief mogelijk tekstueel vormgeven van boodschappen die detectiegedrag trachten te stimuleren.

In conclusie, de resultaten van deze studie geven aan dat de manier waarop een tekst vormgegeven is qua taalgebruik, een significant effect heeft op determinanten van gedrag en intentie tot het uitvoeren van detectiegedrag. Het type frame waarin een tekst wordt verteld (positief of negatief) en het gebruik van negaties (of affirmaties) beïnvloedt de determinanten van gedrag en de gedragsintentie om deel te nemen aan het baarmoederhalskankeronderzoek en dus een uitstrijkje te maken. De resultaten van deze studie kunnen toegepast worden door het RIVM bij het ontwikkelen van boodschappen om de participatiegraad van het baarmoederhalskankeronderzoek te stimuleren en zo uiteindelijk het aantal sterfgevallen ten gevolge van kanker terug te dringen. Dit kan bereikt worden door het toepassen van een negatief frame in een boodschap, zoals:

“200 van de 700 vrouwen die baarmoederhalskanker krijgen overlijden aan deze ziekte” (versus “500 van de 700 vrouwen die baarmoederhalskanker krijgen overleven deze ziekte”)

Tevens is het gebruik van negaties hierbij effectief, zoals:

“Er is een behandeling mogelijk tegen het ontstaan van kanker, tenzij het virus niet op tijd ontdekt wordt.” (versus “Er is een behandeling mogelijk tegen het ontstaan van kanker, tenzij het virus te laat ontdekt wordt.”)

Referenties

- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational behavior and human decision processes*, 50(2), 179-211. doi: [https://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-T](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T)
- Alagna, S. W., Morokoff, P., Bevett, J. M., & Reddy, D. M. (1987). Performance of breast self-examination by women at high risk for breast cancer. *Women & Health*, 12(2), 29-46. doi: http://dx.doi.org/10.1300/J013v12n02_03
- Austin, L. T., Ahmad, F., McNally, M. J., & Stewart, D. E. (2002). Breast and cervical cancer screening in Hispanic women: a literature review using the health belief model. *Women's Health Issues*, 12(3), 122-128. doi: [https://doi.org/10.1016/S1049-3867\(02\)00132-9](https://doi.org/10.1016/S1049-3867(02)00132-9)
- Banks, S. M., Salovey, P., Greener, S., Rothman, A. J., Moyer, A., Beauvais, J., & Epel, E. (1995). The effects of message framing on mammography utilization. *Health Psychology*, 14(2), 178-184. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0278-6133.14.2.178>
- Bigman, C. A., Cappella, J. N., & Hornik, R. C. (2010). Effective or ineffective: Attribute framing and the human papillomavirus (HPV) vaccine. *Patient education and counseling*, 81, S70-S76. doi: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2010.08.014>
- Block, L. G., & Keller, P. A. (1995). When to accentuate the negative: The effects of perceived efficacy and message framing on intentions to perform a health-related behavior. *Journal of marketing Research*, 192-203. doi: 10.2307/3152047
- Brug, J., Glanz, K., & Kok, G. (1997). The relationship between self-efficacy, attitudes, intake compared to others, consumption, and stages of change related to fruit and vegetables. *American Journal of Health Promotion*, 12(1), 25-30. doi: <https://doi.org/10.4278/0890-1171-12.1.25>
- Burgers, C., Beukeboom, C. J., & Sparks, L. (2012). How the doc should (not) talk: when breaking bad news with negations influences patients' immediate responses and medical adherence intentions. *Patient Education and Counseling*, 89, 267-273. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2012.08.008>
- Chapman, W. W., Bridewell, W., Hanbury, P., Cooper, G. F., & Buchanan, B. G. (2001). Evaluation of negation phrases in narrative clinical reports. In *Proceedings of the*

- AMIA Symposium* (p. 105). American Medical Informatics Association.
- Das, E., Stortenbeker, I., Bouwman, T., Ritterfeld, U. & van Steenberghe, J. (z.d.). When conflicting news messages impact vaccination behaviour: A two-wave study. *Manuscript submitted*.
- De Graaf, A., Van Den Putten, B., De Bruijn, G. J. (2015). Effects of issue involvement and framing of a responsible drinking message on attitudes, intentions, and behavior. *Journal of Health Communication, 20*(8), 989-994. doi: 10.1080/10810730.2015.1018623
- Detweiler, J. B., Bedell, B. T., Salovey, P., Pronin, E., & Rothman, A. J. (1999). Message framing and sunscreen use: gain-framed messages motivate beach-goers. *Health Psychology, 18*(2), 189. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0278-6133.18.2.189>
- Edwards, A., Elwyn, G., Covey, J., Mattheys, E., & Pill, R. (2001). Presenting risk information – a review of the effects of “framing” and other manipulations on patient outcomes. *Journal of Health Communication, 6*, 61-82. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/10810730150501413>
- Epstein, R. M., & Street Jr, R. L. (2007). Patient-centered communication in cancer care: promoting healing and reducing suffering. Geraadpleed van https://healthcaredelivery.cancer.gov/pcc/pcc_monograph.pdf?file=/pcc/communication/pcc_monograph.pdf
- Erasmus MC (2014). *Landelijke Evaluatie van het Bevolkingsonderzoek Baarmoederhalskanker (LEBA) t/m 2014*. Geraadpleegd van <http://www.rivm.nl/dsresource?objectid=5590fcef-0cd6-4f62-8a8f-3d49da2415e3&type=org&disposition=inline>
- Fagley, N. S., & Miller, P. M. (1987). The effects of decision framing on choice of risky vs certain options. *Organizational Behavior and Human Decision Processes, 39*(2), 264-277. doi: [https://doi.org/10.1016/0749-5978\(87\)90041-0](https://doi.org/10.1016/0749-5978(87)90041-0)
- Fraenkel, T., & Schul, Y. (2008). The meaning of negated adjectives. *Intercultural Pragmatics, 5*(4), 517-540. doi: <https://doi.org/10.1515/IPRG.2008.025>
- Gallagher, K. M., & Updegraff, J. A. (2012). Health message framing effects on attitudes, intentions, and behavior: a meta-analytic review. *Annals of behavioral medicine, 43*(1), 101-116. doi: 10.1007/s12160-011-9308-7
- Gilchrist, L. D., & Schinke, S. P. (1983). Coping with contraception: Cognitive and behavioral

- methods with adolescents. *Cognitive Therapy and Research*, 7(5), 379-388. doi: 10.1007/BF01187166
- Hallal, J. C. (1982). The relationship of health beliefs, health locus of control, and self concept to the practice of breast self-examination in adult women. *Nursing Research*, 31(3), 137-142.
- Hennig, P., & Knowles, A. (1990). Factors influencing women over 40 years to take precautions against cervical cancer. *Journal of Applied Social Psychology*, 20(19), 1612-1621. doi: 10.1111/j.1559-1816.1990.tb01496.x
- Higgins, E. T. (1998). Promotion and prevention: Regulatory focus as a motivational | principle. *Advances in experimental social psychology*, 30, 1-46. doi: [https://doi.org/10.1016/S0065-2601\(08\)60381-0](https://doi.org/10.1016/S0065-2601(08)60381-0)
- Hyman, R. B., Baker, S., Ephraim, R., Moadel, A., & Philip, J. (1994). Health Belief Model variables as predictors of screening mammography utilization. *Journal of Behavioral Medicine*, 17(4), 391-406. doi: 10.1007/BF01858010
- Jacoby, A., Baker, G., Chadwick, D., & Johnson, A. (1993). The impact of counselling with a practical statistical model on patients' decision-making about treatment for epilepsy: findings from a pilot study. *Epilepsy research*, 16(3), 207-214. doi: [https://doi.org/10.1016/0920-1211\(93\)90081-H](https://doi.org/10.1016/0920-1211(93)90081-H)
- Janz, N. K., & Becker, M. H. (1984). The health belief model: A decade later. *Health education quarterly*, 11(1), 1-47. doi: <https://doi.org/10.1177/109019818401100101>
- Kahneman, D., & Tversky, A. (1979). Prospect theory: an analysis of decision under risk. *Econometrica*, 47(2), 263-292. doi: 10.2307/1914185
- Kamoen, N., Mos, M., & Dekker, R. (2015). A hotel that is not bad isn't good. The effects of valence framing and expectation in online reviews on text, reviewer and product appreciation. *Journal of Pragmatics*, 75, 28-43. doi: 10.1016/j.pragma.2014.10.007
- King, J. B. (1982). The impact of patients' perceptions of high blood pressure on attendance at screening: An extension of the health belief model. *Social Science & Medicine*, 16(10), 1079-1091. doi: [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(82\)90184-8](https://doi.org/10.1016/0277-9536(82)90184-8)
- Kühberger, A., Schulte-Mecklenbeck, M., & Perner, J. (1999). The effects of framing, reflection, probability, and payoff on risk preference in choice tasks. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 78(3), 204-231. doi: <https://doi.org/10.1006/obhd.1999.2830>

- Larrick, R. P., Smith, E. E., & Yates, J. F. (1992). *Reflecting on the reflection effect: Disrupting the effects of framing through thought*. In Levin, I. P., Schneider, S. L., & Gaeth, G. J. (1998). All frames are not created equal: a typology and critical analysis of framing effects. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 76(2), 149-188. doi: <http://dx.doi.org/10.1006/obhd.1998.2804>
- Levin, I. P., Gaeth, G. J., Schreiber, J., & Lauriola, M. (2002). A new look at framing effects: Distribution of effect sizes, individual differences, and independence of types of effects. *Organizational behavior and human decision processes*, 88(1), 411-429. doi: <https://doi.org/10.1006/obhd.2001.2983>
- Levin, I. P., Schneider, S. L., & Gaeth, G. J. (1998). All frames are not created equal: a typology and critical analysis of framing effects. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 76(2), 149-188. doi: <http://dx.doi.org/10.1006/obhd.1998.2804>
- Levin, I. P., Schnittjer, S. K., & Thee, S. L. (1988). Information framing effects in social and personal decisions. *Journal of experimental social psychology*, 24(6), 520-529. doi: [https://doi.org/10.1016/0022-1031\(88\)90050-9](https://doi.org/10.1016/0022-1031(88)90050-9)
- Llewellyn-Thomas, H. A., McGreal, M. J., & Thiel, E. C. (1995). Cancer Patients' Decision Making and Trial-entry Preferences The Effects of "Framing" Information about Short-term Toxicity and Long-term Survival. *Medical Decision Making*, 15(1), 4-12. doi: <https://doi.org/10.1177/0272989X9501500103>
- Maddux, J. E. (1995). *Self-efficacy, adaptation, and adjustment: Theory, research, and application*. New York: Springer Science + Business Media. doi: 10.1007/978-1-4419-6868-5
- Maddux, J. E., Brawley, L., & Boykin, A. (1995). Self-efficacy and healthy behavior: prevention, promotion, and detection. doi: 10.1007/978-1-4419-6868-5_6
- Mann, T., Sherman, D., & Updegraff, J. (2004). Dispositional motivations and message framing: a test of the congruency hypothesis in college students. *Health Psychology*, 23(3), 330. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0278-6133.23.3.330>
- Marlow, L. A. V., Waller, J., Evans, R. E. C., & Wardle, J. (2009). Predictors of interest in HPV vaccination: a study of British adolescents. *Vaccine*, 27, 2483-2388. doi: 10.1016/j.vaccine.2009.02.057
- McNeil, B. J., Pauker, S. G., Sox Jr, H. C., & Tversky, A. (1982). On the elicitation of preferences for alternative therapies. *New England journal of medicine*, 306(21),

1259-1262. doi: 10.1056/NEJM198205273062103

- Meyerowitz, B. E., & Chaiken, S. (1987). The effect of message framing on breast self-examination attitudes, intentions and behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(3), 500-510. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.52.3.500>
- Murphy, C. C., Vernon, S. W., Diamond, P. M., & Tiro, J. A. (2014). Competitive testing of health behavior theories: how do benefits, barriers, subjective norm, and intention influence mammography behavior? *Annals of Behavioral Medicine*, 47(1), 120-129. doi: 10.1007/s12160-013-9528-0
- Nederlandse Kankerregistratie, beheerd door IKNL (maart 2017). *Cijfers over kanker*. Geraadpleegd van <https://www.cijfersoverkanker.nl>
- O'Connor, A. M., Pennie, R. A., & Dales, R. E. (1996). Framing effects on expectations, decisions, and side effects experienced: the case of influenza immunization. *Journal of clinical epidemiology*, 49(11), 1271-1276. doi: [https://doi.org/10.1016/S0895-4356\(96\)00177-1](https://doi.org/10.1016/S0895-4356(96)00177-1)
- O'Keefe, D. J., & Jensen, J. D. (2009). The relative persuasiveness of gain-framed and loss-framed messages for encouraging disease detection behaviors: A meta-analytic review. *Journal of Communication*, 59(2), 296-316. doi: 10.1111/j.1460-2466.2009.01417.x
- Rakowski, W., Dube, C. E., Marcus, B. H., Prochaska, J. O, Velicer, W. F., & Abrams, D. B. (1992). Assessing elements of women's decisions about mammography. *Health Psychology*, 11(2), 111-118. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0278-6133.11.2.111>
- Rakowski, W., Andersen, M. R., Stoddard, A. M., Urban, N., Rimer, B. K., Lane, D. S., ... & Costanza, M. E. (1997). Confirmatory analysis of opinions regarding the pros and cons of mammography. *Health Psychology*, 16(5), 433. <http://dx.doi.org/10.1037/0278-6133.16.5.433>
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (z.d.). *Zelfafnameset*. Geraadpleegd van http://www.rivm.nl/Onderwerpen/B/Bevolkingsonderzoek_baarmoederhalskanker/Zelfafnameset
- Rippetoe, P. A., & Rogers, R. W. (1987). Effects of components of protection-motivation theory on adaptive and maladaptive coping with a health threat. *Journal of personality and social psychology*, 52(3), 596. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.52.3.596>

- Ronis, D. L., & Kaiser, M. K. (1989). Correlates of Breast Self-Examination in a Sample of College Women: Analyses of Linear Structural Relations. *Journal of Applied Social Psychology, 19*(13), 1068-1084. doi: 10.1111/j.1559-1816.1989.tb01240.x
- Rosenstock, I. M. (1974). Historical origins of the health belief model. *Health Education Monographs, 2*(4), 328-335. doi: <https://doi.org/10.1177/109019817400200403>
- Rosenstock, I. M., Strecher, V. J., & Becker, M. H. (1988). Social learning theory and the health belief model. *Health Education Quarterly, 15*(2), 175-183. doi: <https://doi.org/10.1177/109019818801500203>
- Rothman, A. J., Bartels, R. D., Wlaschin, J., & Salovey, P. (2006). The strategic use of gain- and loss-framed messages to promote healthy behavior: how theory can inform practice. *Journal of Communication, 56*, 202-220. doi: 10.1111/j.1460-2466.2006.00290.x
- Rothman, A. J., Martino, S. C., Bedell, B. T., Detweiler, J. B., & Salovey, P. (1999). The systematic influence of gain- and loss-framed messages on interest in and use of different types of health behavior. *Personality and Social Psychology Bulletin, 25*(11), 1355-1369. doi: <https://doi.org/10.1177/0146167299259003>
- Rothman, A. J., & Salovey, P. (1997). Shaping perceptions to motivate healthy behavior: the role of message framing. *Psychological Bulletin, 121*(1), p. 3-19. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.121.1.3>
- Rothman, A. J., Salovey, P., Antone, C., Keough, K., & Martin, C. D. (1993). The influence of message framing on intentions to perform health behaviors. *Journal of Experimental Social Psychology, 29*(5), 408-433. doi: <http://dx.doi.org/10.1006/jesp.1993.1019>
- RTL Nieuws (2017, 12 januari). *Nieuwe test op baarmoederhalskanker voorkomt 35 doden per jaar*. Geraadpleegd van <http://www.rtlnieuws.nl/gezondheid/nieuwe-test-op-baarmoederhalskanker-voorkomt-35-doden-per-jaar>
- Salovey, P., Pronin, E., Rothman, A.J., Zullo, J., & Leffell, D.J. (2001). *Framing, involvement, and skin cancer Prevention and early detection*. In Salovey, P., Schneider, T. R., & Apanovitch, A. M. (2002). Message framing in the prevention and early detection of illness. *The persuasion handbook: Developments in theory and practice*, 391-406.
- Schneider, T. R., Salovey, P., Pallonen, U., Mundorf, N., Smith, N. F., & Steward, W. T. (2001). Visual and auditory message framing effects on tobacco smoking. *Journal of Applied Social Psychology, 31*(4), 667-682. doi: 10.1111/j.1559-1816.2001.tb01407.x
- Sheeran, P., & Orbell, S. (2000). Using implementation intentions to increase attendance for

- Cervical cancer screening. *Health Psychology*, 19(3), 283-289. doi: 10.1037/0278-6133.19.3.283
- Stewart, M. A. (1995). Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, 152(9), 1423-1433. doi:
- Stortenbeker, I., Van Berkel, J., Van Weel-Baumgarten, E., Van Dulmen, S., & Das, E. (2017a). *General practitioners' message formulations affect psychosocial predictors of patients' health in non-specific lower back pain consultations: a video vignette experiment*. Artikel in voorbereiding.
- Stortenbeker, I., Houwen, J., Lucassen, P., Stappers, H., Assendelft, P., Van Dulmen, S., ... & Das, E. (2017b). *Positive communication matters in general practice consultations with patients presenting medically unexplained symptoms: a linguistic content analysis*. Artikel in voorbereiding.
- Street Jr, R. L., Makoul, G., Arora, N. K., & Epstein, R. M. (2009). How does communication heal? Pathways linking clinical-patient communication to health outcomes. *Patient Education and Counseling*, 74, 295-301. doi: 10.1016/j.pec.2008.11.015
- Tversky, A., & Kahneman, D. (1981). The framing of decisions and the psychology of choice. *Science*, 211(4481), 453-458. doi: <http://dx.doi.org/10.1126/science.7455683>
- Updegraff, J. A., & Rothman, A. J. (2013). Health message framing: moderators, mediators, and mysteries. *Social and Personality Psychology Compass*, 7(9), 668-679. doi: 10.1111/spc3.12056
- Weinstein, N. D. (1987). Unrealistic optimism about susceptibility to health problems: Conclusions from a community-wide sample. *Journal of behavioral medicine*, 10(5), 481-500. doi: 10.1007/BF00846146
- White, K., Macdonnell, R., & Dahl, D. W. (2011). It's the mind-set that matters: the role of construal level and message framing in influencing consumer efficacy and conservation behaviors. *Journal of Marketing Research*, 48(3), 472-485. doi: <http://dx.doi.org/10.1509/jmkr.48.3.472>
- Wilson, D. K., Kaplan, R. M., & Schneiderman, L. J. (1987). Framing of decisions and selections of alternatives in health care. *Social Behaviour*, 2(1), 51-59.
- Witte, K. (1996). Predicting risk behaviors: development and validation of a diagnostic scale. *Journal of Health Communication*, 1(4), 317-342. doi: 10.1080/108107396127988

Appendix

1. Stellingen per afhankelijke variabele

Gepercipieerde vatbaarheid

- Ik loop risico om ooit baarmoederhalskanker te krijgen.
- Het is waarschijnlijk dat ik ooit baarmoederhalskanker krijg.
- Het is mogelijk dat ik ooit baarmoederhalskanker krijg.

Gepercipieerde ernst

- Baarmoederhalskanker is een ernstige ziekte.
- Baarmoederhalskanker is een serieuze ziekte.
- Baarmoederhalskanker kan zeer negatieve consequenties hebben.

Gepercipieerde voordelen

- Een uitstrijkje maken is effectief wanneer ik dat elke vijf jaar doe.
- Elke vijf jaar een uitstrijkje maken zal me het gevoel geven dat ik controle heb over mijn gezondheid.
- Het is niet nodig om een uitstrijkje te maken wanneer er geen geschiedenis van baarmoeder-afwijkingen in de familie is. **[Reverse coded]**
- Regelmatig een uitstrijkje maken geeft me een gerust gevoel over mijn gezondheid.
- Mensen in mijn naaste omgeving zullen voordelen ervaren als ik een uitstrijkje laat maken.
- Een uitstrijkje helpt bij het eerder vinden van baarmoederhalskanker.
- Door elke vijf jaar een uitstrijkje te maken vergroot ik mijn overlevingskans, mocht ik ooit baarmoederhalskanker krijgen.

Gepercipieerde barrières

- Ik zal waarschijnlijk geen uitstrijkje laten maken, tenzij ik het gevoel heb dat er iets mis is.
- Als een uitstrijkje uitwijst dat er iets mis is, dan is er een grote kans dat dit goed te behandelen is. **[Reverse coded]**

- Een uitstrijkje maken geeft me veel onzekerheid of angst over baarmoederhalskanker.
- Het maken van een uitstrijkje veroorzaakt dusdanig veel pijn dat ik het om die reden uitstel om het te laten maken.
- Uitstrijkjes leiden vaak tot onnodige behandelingen of operaties.

Eigeneffectiviteit uitstrijkje bij huisarts

- Een uitstrijkje maken is een makkelijke manier om het HPV-virus te detecteren.
- Een uitstrijkje maken is een makkelijke manier om baarmoederhalskanker te detecteren of te voorkomen.
- Ik ben in staat een uitstrijkje te laten maken bij de huisarts om het HPV-virus te detecteren.
- Een uitstrijkje laten maken bij de huisarts is voor mij een makkelijke handeling om te doen, om baarmoederhalskanker te detecteren of te voorkomen.

Eigeneffectiviteit zelftest

- Ik ben in staat de zelftest te gebruiken om het HPV-virus te detecteren.
- De zelftest gebruiken is voor mij een makkelijke handeling om te doen, om baarmoederhalskanker te detecteren of te voorkomen.

Plan voor gedrag

- Ik ben van plan om een uitstrijkje te (laten) maken wanneer ik de volgende uitnodiging heb ontvangen.

Poging tot gedrag

- Ik ga proberen om na het ontvangen van mijn volgende uitnodiging een uitstrijkje te (laten) maken.

2. Enquête

Bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker

Q1

Hallo,

Wat fijn dat u de tijd wilt nemen om deze vragenlijst in te vullen!

Ik ben Jolien Poulussen, masterstudente aan de Radboud Universiteit in Nijmegen en voor mijn afstudeerscriptie doe ik onderzoek naar hoe vrouwen tegenover het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker staan. Dit onderzoek ik aan de hand van een vragenlijst.

Het invullen van de vragenlijst duurt ongeveer 10-15 minuten.

Al uw antwoorden zijn **anoniem** en er bestaan geen foute antwoorden. De resultaten worden vertrouwelijk behandeld, wat betekent dat deze niet zullen worden doorgegeven aan andere partijen en dat ze anoniem worden verwerkt in het onderzoeksverslag.

Als dank voor uw bijdrage maakt u kans op een **cadeaubon van Bol.com t.w.v. €15,-**. Om kans te maken op deze prijs kunt u aan het einde van de survey uw e-mailadres invullen in het daarvoor bestemde vakje, zodat ik contact met u op kan nemen wanneer u de gelukkige winnares bent. Deze gegevens worden los van uw antwoorden bewaard.

Met vriendelijke groeten,
Jolien

Mocht u nog vragen of opmerkingen hebben dan kunt u deze sturen naar jolien.poulussen@student.ru.nl

Q2 [Conditie 1: positieve framing+ negaties]

Lees ter inleiding van dit onderzoek de onderstaande tekst zorgvuldig:

Het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) heeft in 1976 een bevolkingsonderzoek voor baarmoederhalskanker ingesteld. Elk jaar krijgen ongeveer 700 vrouwen baarmoederhalskanker, maar 500 van hen overleven deze ziekte gelukkig. Baarmoederhalskanker komt het meest voor bij vrouwen tussen de 30 en 60 jaar. Als u binnen deze leeftijdscategorie valt, ontvangt u daarom elke 5 jaar automatisch een uitnodiging voor dit bevolkingsonderzoek. Deelname aan het onderzoek is gratis.

Het ontstaan en voorkomen van baarmoederhalskanker

Baarmoederhalskanker komt door een langdurige besmetting met een virus: het humaan papillomavirus (HPV). Het virus wordt doorgegeven bij seksueel contact. Slechts 2 op de 10 vrouwen krijgt nooit HPV in haar leven. Bijna altijd ruimt het lichaam het virus zelf op, maar in sommige gevallen kan het virus in baarmoederhalskanker veranderen. Gelukkig gaat dit niet snel: het duurt meestal minstens 15 jaar. Het virus is niet moeilijk om te genezen en door er vroeg bij te zijn, zal het virus niet ontwikkelen tot baarmoederhalskanker.

Het onderzoek

Om deel te nemen aan het onderzoek maakt u zelf een afspraak voor een uitstrijkje bij de huisartsenpraktijk. Meestal doet een doktersassistent het onderzoek. De afspraak duurt ongeveer 10 minuten. Vervolgens wordt het uitstrijkje in het laboratorium onderzocht op HPV. Als dit virus aanwezig is, beoordelen ze ook meteen of er afwijkende cellen in het uitstrijkje zitten. Alleen door dit celonderzoek kan vastgesteld worden of verder onderzoek bij de gynaecoloog nodig is.

De zelftest

Het RIVM biedt sinds dit jaar ook een zelfafnameset aan. De zelfafnameset biedt u de optie om zelf uw uitstrijkje te maken en op te sturen, zodat u hiervoor niet naar de huisarts hoeft. De zelfafnameset kunt u via de website van het RIVM aanvragen wanneer u een uitnodiging voor het bevolkingsonderzoek heeft ontvangen. U ontvangt de uitslag binnen vier weken na het opsturen van uw uitstrijkje in een brief van de screeningsorganisatie. Alleen wanneer er HPV gevonden wordt, zal er een nieuw uitstrijkje gemaakt moeten worden bij de huisarts voor verder celonderzoek. Recent onderzoek laat zien dat bij ongeveer 9 op de 10 vrouwen verder onderzoek niet nodig is.

De overlevingskans van baarmoederhalskanker

Bij 91% van de vrouwen die deelneemt aan het onderzoek wordt geen HPV geconstateerd. Van de vrouwen waarbij wel HPV wordt geconstateerd, heeft 71% geen afwijkende cellen.

Gemiddeld overleeft ongeveer 70 procent van alle baarmoederhalskankerpatiënten. Deze overlevingskans hangt sterk af van het stadium waarin de ziekte is ontdekt. Door er snel bij te zijn kan baarmoederhalskanker beter worden behandeld of zelfs worden voorkomen. Vrouwen die meedoen aan het bevolkingsonderzoek hebben daarom minder kans op baarmoederhalskanker.

Mocht u nog vragen hebben of meer informatie willen over dit onderwerp dan kunt u de website over het bevolkingsonderzoek

raadplegen: www.bevolkingsonderzoekbaarmoederhalskanker.nl

Q3 [Conditie 2: positieve framing + affirmaties]

Lees ter inleiding van dit onderzoek de onderstaande tekst zorgvuldig:

Het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) heeft in 1976 een bevolkingsonderzoek voor baarmoederhalskanker ingesteld. Elk jaar krijgen ongeveer 700 vrouwen baarmoederhalskanker, maar 500 van hen overleven deze ziekte gelukkig. Baarmoederhalskanker komt het meest voor bij vrouwen tussen de 30 en 60 jaar. Als u binnen deze leeftijdscategorie valt, ontvangt u daarom elke 5 jaar automatisch een uitnodiging voor dit bevolkingsonderzoek. Deelname aan het onderzoek is gratis.

Het ontstaan en voorkomen van baarmoederhalskanker

Baarmoederhalskanker komt door een langdurige besmetting met een virus: het humaan papillomavirus (HPV). Het virus wordt vooral doorgegeven bij seksueel contact. Slechts 2 op de 10 vrouwen blijft haar gehele leven vrij van HPV. Bijna altijd ruimt het lichaam het virus zelf op, maar in sommige gevallen kan het virus in baarmoederhalskanker veranderen. Dit gaat heel langzaam: het duurt meestal minstens 15 jaar. Het virus is gelukkig goed te genezen en door er vroeg bij te zijn, kan baarmoederhalskanker worden voorkomen.

Het onderzoek

Om deel te nemen aan het onderzoek maakt u zelf een afspraak voor een uitstrijkje bij de huisartsenpraktijk. Meestal doet een doktersassistent het onderzoek. De afspraak duurt ongeveer 10 minuten. Vervolgens wordt het uitstrijkje in het laboratorium onderzocht op HPV. Als dit virus aanwezig is, beoordelen ze ook meteen of er afwijkende cellen in het uitstrijkje zitten. Alleen door dit celonderzoek kan vastgesteld worden of verder onderzoek bij de gynaecoloog nodig is.

De zelftest

Het RIVM biedt sinds dit jaar ook een zelfafnameset aan. De zelfafnameset biedt u de optie om zelf uw uitstrijkje te maken en op te sturen. Zo heeft u zelf in de hand waar en wanneer u het uitstrijkje wilt afnemen. De zelfafnameset kunt u via de website van het RIVM aanvragen wanneer u een uitnodiging voor het bevolkingsonderzoek heeft ontvangen. U ontvangt de uitslag binnen vier weken na het opsturen van uw uitstrijkje in een brief van de screeningsorganisatie. Alleen wanneer er HPV gevonden wordt, zal er een nieuw uitstrijkje gemaakt moeten worden bij de huisarts voor verder onderzoek. Recent onderzoek laat zien dat bij ongeveer 9 op de 10 vrouwen verder onderzoek overbodig is.

De overlevingskans van baarmoederhalskanker

Bij 91% van de vrouwen die deelneemt aan het onderzoek wordt geen HPV geconstateerd. Van de vrouwen waarbij wel HPV wordt geconstateerd, blijkt dat bij 71% van hen de cellen verder gezond zijn.

Gemiddeld overleeft ongeveer 70 procent van alle baarmoederhalskankerpatiënten. Deze overlevingskans hangt sterk af van het stadium waarin de ziekte is ontdekt. Door er snel bij te zijn kan baarmoederhalskanker beter worden behandeld of zelfs worden voorkomen. Vrouwen die meedoen aan het bevolkingsonderzoek hebben daarom meer kans om gezond te blijven.

Mocht u nog vragen hebben of meer informatie willen over dit onderwerp dan kunt u de website over het bevolkingsonderzoek

raadplegen: www.bevolkingsonderzoekbaarmoederhalskanker.nl

Q4 [Conditie 3: negatieve framing + negaties]

Lees ter inleiding van dit onderzoek de onderstaande tekst zorgvuldig:

Het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) heeft in 1976 een bevolkingsonderzoek voor baarmoederhalskanker ingesteld. Elk jaar krijgen ongeveer 700 vrouwen baarmoederhalskanker. Jaarlijks overlijden 200 vrouwen aan deze ziekte. Baarmoederhalskanker komt het meest voor bij vrouwen tussen de 30 en 60 jaar. Als u

binnen deze leeftijdscategorie valt, ontvangt u daarom elke 5 jaar automatisch een uitnodiging voor dit bevolkingsonderzoek. Deelname aan het onderzoek is gratis.

De oorzaak van baarmoederhalskanker

Baarmoederhalskanker komt door een langdurige besmetting met een virus: het humaan papillomavirus (HPV). Het virus wordt vooral doorgegeven bij seksueel contact. Ongeveer 8 op de 10 vrouwen ontkomt er niet aan dat zij een keer HPV krijgt in haar leven. Soms kan het lichaam het virus niet zelf opruimen. Een voorstadium verandert dan soms in baarmoederhalskanker. Dit proces duurt meestal minstens 15 jaar. Er is een behandeling mogelijk tegen het ontstaan van kanker, tenzij het virus niet op tijd ontdekt wordt.

Het onderzoek

Om deel te nemen aan het onderzoek maakt u zelf een afspraak voor een uitstrijkje bij de huisartsenpraktijk. Meestal doet een doktersassistent het onderzoek. De afspraak duurt ongeveer 10 minuten. Vervolgens wordt het uitstrijkje in het laboratorium onderzocht op HPV. Als dit virus aanwezig is, beoordelen ze ook meteen of er afwijkende cellen in het uitstrijkje zitten. Alleen door dit celonderzoek kan vastgesteld worden of verder onderzoek bij de gynaecoloog nodig is.

De zelftest

Het RIVM biedt sinds dit jaar ook een zelfafnameset aan. De zelfafnameset biedt u de optie om zelf uw uitstrijkje te maken en op te sturen, zodat u hiervoor niet naar de huisarts hoeft. De zelfafnameset kunt u via de website van het RIVM aanvragen wanneer u een uitnodiging voor het bevolkingsonderzoek heeft ontvangen. U ontvangt de uitslag binnen vier weken na het opsturen van uw uitstrijkje in een brief van de screeningsorganisatie. Alleen wanneer er HPV gevonden wordt, zal er een nieuw uitstrijkje gemaakt moeten worden bij de huisarts voor verder celonderzoek. Recent onderzoek laat zien dat bij ongeveer 1 op de 10 vrouwen dit vervolgonderzoek nodig is en de zelftest dus niet voldoende is.

Cijfers over baarmoederhalskankerpatiënten

Bij 7% van de vrouwen die deelneemt aan het onderzoek wordt HPV geconstateerd. Bij 29% van deze vrouwen worden daarnaast ook afwijkende cellen gevonden.

Gemiddeld overlijdt ongeveer 30 procent van alle baarmoederhalskankerpatiënten. Als u uzelf niet tijdig laat controleren kan baarmoederhalskanker minder goed worden behandeld

en mogelijk niet worden voorkomen. Vrouwen die van deelname aan het bevolkingsonderzoek afzien hebben daarom een minder kans om gezond te blijven.

Mocht u nog vragen hebben of meer informatie willen over dit onderwerp dan kunt u de website over het bevolkingsonderzoek raadplegen: www.bevolkingsonderzoekbaarmoederhalskanker.nl

Q5 [Conditie 4: negatieve framing + affirmaties]

Lees ter inleiding van dit onderzoek de onderstaande tekst zorgvuldig:

Het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) heeft in 1976 een bevolkingsonderzoek voor baarmoederhalskanker ingesteld. Elk jaar krijgen ongeveer 700 vrouwen baarmoederhalskanker. Jaarlijks overlijden 200 vrouwen aan deze ziekte. Baarmoederhalskanker komt het meest voor bij vrouwen tussen de 30 en 60 jaar. Als u binnen deze leeftijdscategorie valt, ontvangt u daarom elke 5 jaar automatisch een uitnodiging voor dit bevolkingsonderzoek. Deelname aan het onderzoek is gratis.

De oorzaak van baarmoederhalskanker

Baarmoederhalskanker komt door een langdurige besmetting met een virus: het humaan papillomavirus (HPV). Het virus wordt vooral doorgegeven bij seksueel contact. Ongeveer 8 op de 10 vrouwen heeft een keer HPV in haar leven. Soms kan het lichaam het virus niet zelf opruimen. Een voorstadium verandert dan soms in baarmoederhalskanker. Dit proces duurt meestal minstens 15 jaar. Er is een behandeling mogelijk tegen het ontstaan van kanker, tenzij het virus te laat ontdekt wordt.

Het onderzoek

Om deel te nemen aan het onderzoek maakt u zelf een afspraak voor een uitstrijkje bij de huisartsenpraktijk. Meestal doet een doktersassistent het onderzoek. De afspraak duurt ongeveer 10 minuten. Vervolgens wordt het uitstrijkje in het laboratorium onderzocht op HPV. Als dit virus aanwezig is, beoordelen ze ook meteen of er afwijkende cellen in het uitstrijkje zitten. Alleen door dit celonderzoek kan vastgesteld worden of verder onderzoek bij de gynaecoloog nodig is.

De zelftest

Het RIVM biedt sinds dit jaar ook een zelfafnameset aan. De zelfafnameset biedt u de optie om zelf uw uitstrijkje te maken en op te sturen. Zo heeft u zelf in de hand waar en wanneer

u het uitstrijkje wilt afnemen. De zelfafnameset kunt u via de website van het RIVM aanvragen wanneer u een uitnodiging voor het bevolkingsonderzoek heeft ontvangen. U ontvangt de uitslag binnen vier weken na het opsturen van uw uitstrijkje in een brief van de screeningsorganisatie. Alleen wanneer er HPV gevonden wordt, zal er een nieuw uitstrijkje gemaakt moeten worden bij de huisarts voor verder onderzoek. Recent onderzoek laat zien dat bij ongeveer 1 op de 10 vrouwen dit vervolgonderzoek nodig is en de zelftest dus tekortschiet.

Cijfers over baarmoederhalskankerpatiënten

Bij 7% van de vrouwen die deelneemt aan het onderzoek wordt HPV geconstateerd. Bij 29% van deze vrouwen worden daarnaast ook afwijkende cellen gevonden.

Gemiddeld overlijdt ongeveer 30 procent van alle baarmoederhalskankerpatiënten. Als u te lang wacht kan baarmoederhalskanker minder goed worden behandeld of worden voorkomen. Vrouwen die van deelname aan het bevolkingsonderzoek afzien hebben daarom meer kans op baarmoederhalskanker.

Mocht u nog vragen hebben of meer informatie willen over dit onderwerp dan kunt u de website over het bevolkingsonderzoek

raadplegen: www.bevolkingsonderzoekbaarmoederhalskanker.nl

Q6 Geef hieronder aan in hoeverre u het met elke stelling eens bent

	Helemaal niet mee eens (1)	Niet mee eens (2)	Een beetje niet mee eens (3)	Neutraal (4)	Een beetje mee eens (5)	Mee eens (6)	Helemaal mee eens (7)
Ik loop risico om ooit baarmoederhalskanker te krijgen. (1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Het is waarschijnlijk dat ik ooit baarmoederhalskanker krijg. (2)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Het is mogelijk dat ik ooit baarmoederhalskanker krijg. (3)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Q7 Geef hieronder aan in hoeverre u het met elke stelling eens bent

	Helemaal niet mee eens (1)	Niet mee eens (2)	Een beetje niet mee eens (3)	Neutraal (4)	Een beetje mee eens (5)	Mee eens (6)	Helemaal mee eens (7)
Baarmoederhalskanker is een ernstige ziekte. (1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Baarmoederhalskanker is een serieuze ziekte. (2)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Baarmoederhalskanker kan zeer negatieve consequenties hebben. (3)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Q8 Geef hieronder aan in hoeverre u het met elke stelling eens bent

	Helemaal niet mee eens (1)	Niet mee eens (2)	Een beetje niet mee eens (3)	Neutraal (4)	Een beetje mee eens (5)	Mee eens (6)	Helemaal mee eens (7)
Een uitstrijkje maken is effectief wanneer je dat elke vijf jaar doet. (1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Elke vijf jaar een uitstrijkje maken zal me het gevoel geven dat ik controle heb over mijn gezondheid. (2)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Het is niet nodig om een uitstrijkje te maken wanneer er geen geschiedenis van baarmoeder-afwijkingen in de familie is. (3)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Regelmatig een uitstrijkje maken geeft me een gerust gevoel over mijn gezondheid. (4)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mensen in mijn naaste omgeving zullen voordelen ervaren als ik een uitstrijkje laat maken. (5)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Een uitstrijkje helpt bij het eerder vinden van baarmoederhalskanker. (6)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Door elke vijf jaar een uitstrijkje te maken vergroot ik mijn overlevingskans, mocht ik ooit baarmoederhalskanker krijgen. (7)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Q9 Geef hieronder aan in hoeverre u het met elke stelling eens bent

	Helemaal niet mee eens (1)	Niet mee eens (2)	Een beetje niet mee eens (3)	Neutraal (4)	Een beetje mee eens (5)	Mee eens (6)	Helemaal mee eens (7)
Ik zal waarschijnlijk geen uitstrijkje laten maken, tenzij ik het gevoel heb dat er iets mis is. (1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Als het uitstrijkje uitwijst dat er iets mis is, dan is het waarschijnlijk toch al te laat om er iets aan te doen. (2)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Een uitstrijkje maken geeft me veel onzekerheid of angst over baarmoederhalskanker. (3)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Het maken van een uitstrijkje veroorzaakt dusdanig veel pijn dat ik het om die reden uitstel om het te laten maken. (4)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uitstrijkjes leiden vaak tot onnodige behandelingen of operaties. (5)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Q10 Geef hieronder aan in hoeverre u het met elke stelling eens bent

	Helemaal niet mee eens (1)	Niet mee eens (2)	Een beetje niet mee eens (3)	Neutraal (4)	Een beetje mee eens (5)	Mee eens (6)	Helemaal mee eens (7)
Een uitstrijkje maken is een makkelijke manier om het HPV-virus te detecteren. (1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Een uitstrijkje maken is een makkelijke manier om baarmoederhalskanker te detecteren of te voorkomen (2)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ik ben in staat een uitstrijkje te laten maken bij de huisarts om het HPV-virus te detecteren. (3)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Een uitstrijkje laten maken bij de huisarts is voor mij een makkelijke handeling om te doen, om baarmoederhalskanker te detecteren of te voorkomen. (4)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Q11 Geef hieronder aan in hoeverre u het met elke stelling eens bent

	Helemaal niet mee eens (1)	Niet mee eens (2)	Een beetje niet mee eens (3)	Neutraal (4)	Een beetje mee eens (5)	Mee eens (6)	Helemaal mee eens (7)
Ik ben in staat de zelftest te gebruiken om het HPV-virus te detecteren. (1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
De zelftest gebruiken is voor mij een makkelijke handeling om te doen, om baarmoederhalskanker te detecteren of te voorkomen. (2)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Q12 Geef hieronder aan in hoeverre u het met elke stelling eens bent

	Helemaal niet mee eens (1)	Niet mee eens (2)	Een beetje niet mee eens (3)	Neutraal (4)	Een beetje mee eens (5)	Mee eens (6)	Helemaal mee eens (7)
Ik ben van plan om een uitstrijkje te (laten) maken wanneer ik de volgende uitnodiging heb ontvangen. (1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ik ga proberen om na het ontvangen van mijn volgende uitnodiging een uitstrijkje te (laten) maken. (2)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Q13 Wat is uw leeftijd?

Q14 Wat is uw geslacht?

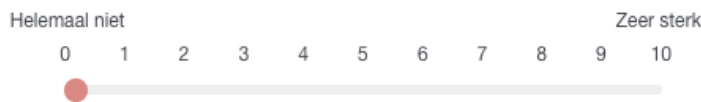
- Man (1)
- Vrouw (2)

Q15 Wat is uw nationaliteit?

Q16 Wat is uw hoogst afgeronde opleidingsniveau?

- Basisschool (1)
- VMBO / MAVO (2)
- HAVO (3)
- VWO (4)
- MBO (5)
- HBO (6)
- WO (7)

Q17 Hoe sterk bent u in uw leven persoonlijk betrokken geweest bij iemand die aan een vorm van kanker lijdt of leed? Geef dit aan op de onderstaande schaal, door het bolletje te verschuiven



Q18 Is er in uw familie een geschiedenis van baarmoederafwijkingen?

- Ja (1)
- Nee (2)

Display This Question:

→ If for "Is er in uw familie een geschiedenis van baarmoederafwijkingen?" Ja Is Selected

Q19 In hoeverre heeft deze geschiedenis in de familie invloed op uw keuze om een uitstrijkje te laten maken?

- Hierdoor ben ik sterker geneigd een uitstrijkje te laten maken (1)
- Hierdoor ben ik minder sterk geneigd een uitstrijkje te laten maken (2)
- Dit heeft geen invloed op mijn keuze om een uitstrijkje te laten maken (3)

Q20 Is er in uw naaste omgeving iemand die baarmoederhalskanker heeft of heeft gehad?

- Ja (1)
- Nee (2)

Display This Question:

→ If for "Is er in uw naaste omgeving iemand die baarmoederhalskanker heeft of heeft gehad?" *Ja* Is Selected

Q21 In hoeverre heeft de situatie van deze persoon invloed op uw keuze om een uitstrijkje te laten maken?

- Hierdoor ben ik sterker geneigd een uitstrijkje te laten maken (1)
- Hierdoor ben ik minder sterk geneigd een uitstrijkje te laten maken (2)
- Dit heeft geen invloed op mijn keuze om een uitstrijkje te laten maken (3)

Q22 Heeft u al eens een uitnodiging ontvangen voor het baarmoederhalskankeronderzoek?

- Ja (1)
- Nee (2)

Display This Question:

→ If for "Heeft u al eens een uitnodiging ontvangen voor het baarmoederhalskankeronderzoek?" *Ja* Is Selected

Q23 Heeft u gehoor gegeven aan uw laatst ontvangen uitnodiging voor het baarmoederhalskankeronderzoek?

- Ja (1)
- Nee (2)

Q24 U bent aangekomen bij de laatste vraag van deze enquête. Klik op 'volgende' om uw antwoorden te versturen en daarmee de enquête volledig af te ronden.

Wilt u kans maken op de cadeaubon van Bol.com ter waarde van €15,-? Vul dan hieronder eerst uw e-mailadres in. Dit gegeven wordt niet gekoppeld aan uw antwoorden op de vragenlijst.

[_____]