

## DETERMINANTENANALYSE

In de determinantenanalyse bekijkt u welke determinanten van invloed zijn op het gedrag en/of de omgeving die u als problematisch beschouwt. Een samenvatting van onderzoeksgegevens over determinanten vindt u [hier](#).

In onderstaand document vindt u bestaande modellen voor determinantenanalyse. Het is belangrijk u hierop te baseren bij het bepalen van de belangrijkste determinanten van het probleem waarop u zich richt.

## Modellen determinantenanalyse

Referentie: Kok, H., Molleman, G., Saan, H. & Ploeg, M. (2005) *Handboek Preffi 2.0: richtlijn voor effectieve gezondheidsbevordering en preventie*. Woerden: NIGZ.

Bij de determinantenanalyse is het van belang zich te baseren op bestaande theoretische modellen. Met een theoretisch model wordt een conceptueel kader bedoeld, waarin de factoren en determinanten die van belang zijn (of worden geacht) voor het gedrag, de gedragsverandering of de omgevingsverandering geïdentificeerd zijn en in relatie tot elkaar worden gezet. Voor het theoretische model kunnen meerdere theorieën worden gebruikt. Dit is zelfs aan te bevelen aangezien een theorie meestal gericht is op slechts een klein stukje van de (veronderstelde) werkelijkheid (Kok et al., 2005).

Het gebruiken van een theoretisch of conceptueel kader helpt om mogelijk relevante determinanten te identificeren en het kan voorkomen dat (mogelijke) determinanten over het hoofd worden gezien. Het is dan ook goed om te kijken of het theoretisch model rekening houdt met factoren op het persoonlijke niveau en op het sociale en fysieke omgevingsniveau. Het theoretisch model geeft een overzicht van de factoren die belangrijk zijn (of worden geacht). Bovendien dwingt het tot het expliciteren van aannames of verwachtingen over relaties tussen determinanten en gedrag en tussen determinanten onderling. Door het expliciteren van die aannames of verwachtingen wordt het ook mogelijk om te onderzoeken of ze correct zijn (Kok et al., 2005).

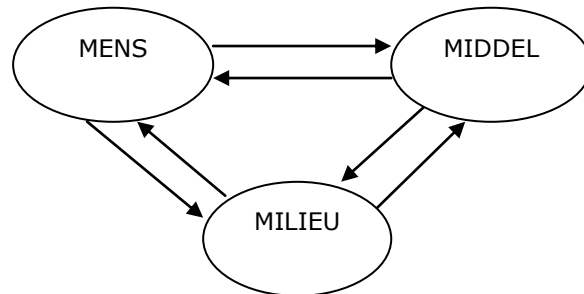
Enkele voorbeelden van theoretische modellen vindt u hier:

- [M.M.M.-model](#)
- [ASE-model](#)
- [Model van Tones](#)
- [Model van Newcomb](#)
- [Sociaal-cognitieve theorie](#)
- [Theorie van gepland gedrag](#)
- [Health Belief Model](#)
- [Transtheoretisch model van Prochaska & DiClemente](#)



## Het M.M.M.-model

In dit model (Zinberg, 1984) zijn verschillende factoren ondergebracht in drie groepen, namelijk mens, middel en milieu. Deze drie groepen staan in wisselwerking met elkaar en maken dat mensen al dan niet middelen gaan gebruiken of misbruiken. Het M.M.M.-model is vooral een werkinstrument dat focust op de interactie tussen de verschillende factoren.

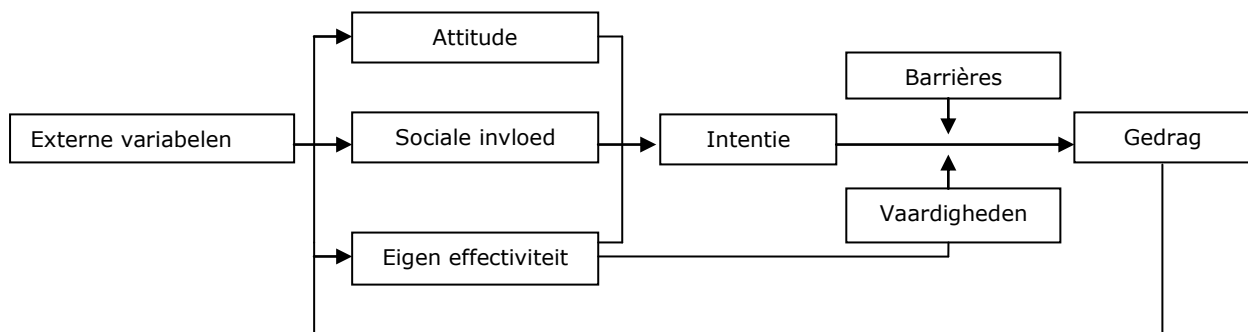


Referentie: Zinberg, N.E. (1984) Drug, set and setting. The basis for controlled intoxicant use. New Haven / London: Yale university Press. In de VAD-bibliotheek: <http://www.vad.be/toonboek.aspx?ref=15259>  
Dit model vind je ook terug in de [visie van VAD](#) m.b.t. preventie en behandeling van alcohol- en drugproblemen

## ASE-model

Het ASE-model (De Vries, 1988) is gebaseerd op de theorie van gepland gedrag van Fishbein & Ajzen en inzichten van Bandura en gaat om het verklaren van gedrag. Dit model stelt dat gedrag verklaard wordt vanuit de intentie om dat gedrag te vertonen en dat de intentie op haar beurt wordt verklaard vanuit drie hoofddeterminanten:

- attitude (A): hoe positief staat iemand ten aanzien van het gedrag (voor- en nadelen)?
- sociale invloed (S): hoe positief staat de omgeving ten aanzien van het gedrag? (waargenomen gedrag, waargenomen meningen, normen, ervaren steun)?
- eigen effectiviteitsverwachting (E): kan iemand het gedrag vertonen (mogelijkheden, vaardigheden)?



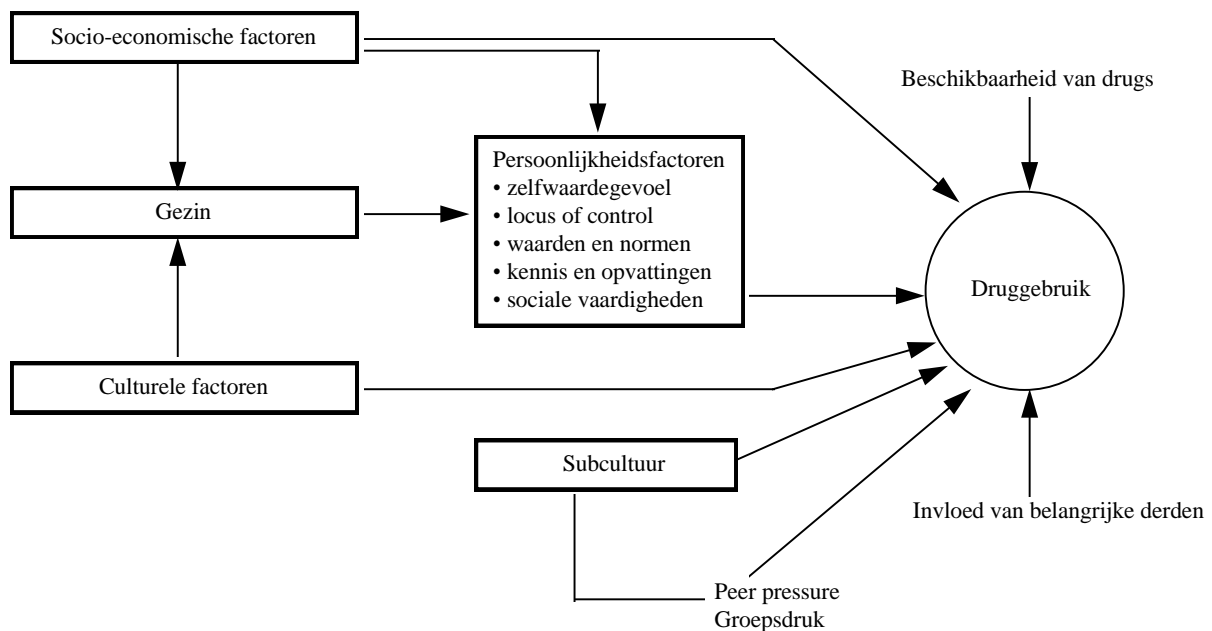
Referentie: Vries, H. de, Dijkstra, M., Kuhlman, P. (1988). Self-efficacy: the third factor besides attitude and subjective norm as a predictor of behavioural intentions. *Health education research* 3, nr.3, pp. 273-282. .  
Overgenomen uit: Kok, H., Molleman, G., Saan, H. & Ploeg, M. (2005) *Handboek Preffi 2.0: richtlijn voor effectieve gezondheidsbevordering en preventie*. Woerden: NIGZ.  
zie [http://doca.nigz.nl/ase\\_2.pdf](http://doca.nigz.nl/ase_2.pdf)

## Het model van Tones

In dit model staat de persoon centraal. Rond hem zijn er een aantal factoren die mee bepalen of die persoon al dan niet een problematisch gebruik zal ontwikkelen. Deze beïnvloedende factoren zijn:

- Drugaanbod: soorten, zuiverheden, toedieningswijzen, ...
- Persoonlijkheidsfactoren: bijvoorbeeld een negatief zelfbeeld hebben, ...
- Kennis en opvattingen: over alcohol en andere drugs
- Vriendengroep: invloed van peers (basis voor experimenteren met producten)
- Gezin: voorbeeldgedrag van ouders
- Belangrijke derden: bijvoorbeeld idolen waar jongeren naar opkijken
- Reclame: kan de aantrekking tot een bepaald product vergroten
- School: is de basis van voorlichting, opvoeding, leren ontwikkelen van vaardigheden, enz.
- Cultuur: gebruik van wijn bij het eten
- Socio-economische factoren: werkloosheid, kansarmoede
- Hulpaanbod: vroeginterventie, laagdrempelige hulpverlening

Al deze factoren zijn met elkaar verweven en hebben onderling invloed op elkaar. Zij vormen hierdoor een complex netwerk dat juist door de wisselwerking aanleiding kan geven tot het al dan niet gebruik van alcohol of andere drugs.



Drugmisbruik: psychosociale- en omgevingsinvloeden, Tones (1990)

Referentie: Tones, K. & Tilford S. (1994). *Health education: effectiveness, efficiency and equity* (second ed.). London: Chapman & Hall.

## Model van Newcomb

Newcomb beschrijft een ruime indeling van ontstaansfactoren van het gebruik van alcohol, die individueel of in wisselwerking met mekaar kunnen leiden tot (problematisch) gebruik van alcohol.

Contextuele of omgevingsfactoren

- Wetten en regelgeving
- Beschikbaarheid van alcohol en andere drugs
- Socio-economische omstandigheden
- Culturele factoren
- Media

Interpersoonlijke factoren

- Voorbeeldgedrag (al dan niet problematisch) van ouders, familie, peers, ...
- Sociale interactie binnen het gezin, met vrienden, peers, binnen subculturen, ...
- Sociale rol

Psychosociale factoren

- Attitudes
- Vervreemding
- Persoonlijkheid zoals zelfwaarde, copinggedrag, karakter, eigen-effectiviteit, ...
- Engagement, mate van zich te willen conformeren

Biogenetische factoren

- Genetisch bepaalde kwetsbaarheid
- Psychofysiologische kwetsbaarheid voor effecten van middelen

Referentie: Newcomb, M.D.(1994) Predictors of drug use and implications for the workplace. In: Macdonald, S & Roman, P.M. (ed.). *Research advances in alcohol and drug problems*, Volume 11: Drugtesting in the workplace. New York: Plenum Press.



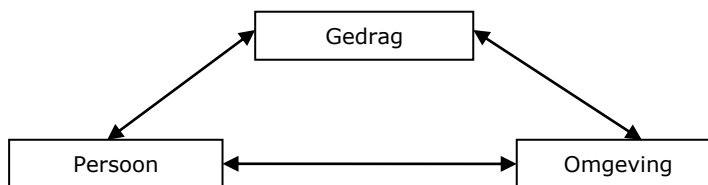
## Sociaal-cognitieve theorie (Bandura, 1986)

De sociaal-cognitieve theorie (SCT) is een uitwerking van de sociale leertheorie (Bandura, 1977). De theorie stelt dat gedrag dynamisch is en het gevolg is van de *interacties* tussen de persoon, het gedrag en de omgeving. Deze beïnvloeden elkaar onderling: iemand (de persoon) kan zich in diverse situaties (de omgeving) verschillend gedragen (het gedrag). Bijvoorbeeld: op het werk niet roken en dat ook geen probleem vinden, maar in de auto naar huis meteen een sigaret opsteken. De omgeving speelt een grote rol in dit model, omdat deze mogelijkheden geeft en beperkingen oplegt en dus kan bekrachtigen of tegenwerken. Een aspect van de sociaal-cognitieve theorie is dat mensen niet alleen leren doordat zij zelf het gedrag uitvoeren en de gevolgen ervan ondervinden, maar ook door anderen te observeren (*modelling*). Daarnaast spelen de persoonsfactoren een grote rol, met name verwachtingen over wat het gedrag oplevert (voor- en nadelen) en of men zich in staat voelt om het uit te voeren (*self-efficacy*). *Self-efficacy* is een centraal begrip in de sociaal-cognitieve theorie waarvan het belang nu algemeen is erkend.

De belangrijkste determinanten van gedrag in deze theorie zijn:

- verwachtingen over wat de gevolgen zijn van persoonlijke acties (waargenomen voor- en nadelen van het gedrag)
- verwachtingen over of men in staat is om het gewenste gedrag uit te voeren (*self-efficacy* of eigen-effectiviteitsverwachting)
- mogelijkheden tot gedrag
- waargenomen gedrag van anderen
- omgevingsvariabelen

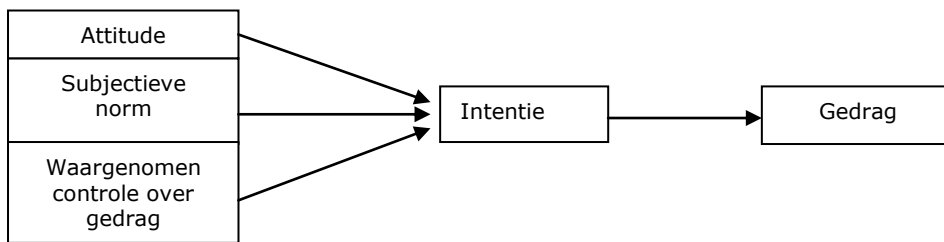
Een laatste punt is dat Bandura *self-control* centraal stelt in het menselijk functioneren, dus zelf doelen stellen en strategieën hanteren om deze te bereiken. Bijvoorbeeld door zichzelf te belonen, oplossingen te zoeken voor problemen, enzoverder.



Referentie: Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: a social cognitive theory*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall. Overgenomen uit: Kok, H., Molleman, G., Saan, H. & Ploeg, M. (2005) *Handboek Preffi 2.0: richtlijn voor effectieve gezondheidsbevordering en preventie*. Woerden: NIGZ. Zie <http://doca.nigz.nl/sociaal.pdf>

## Theorie van gepland gedrag

De Theorie van Gepland Gedrag (Ajzen, 1991; Ajzen & Madden, 1986) gaat er van uit dat de intentie om bepaald gedrag te vertonen beïnvloed wordt door de attitude, de subjectieve norm en de waargenomen controle over het gedrag. De Theorie van Gepland Gedrag is een uitbreiding van de Theorie van Beredeneerd Gedrag (Fishbein & Ajzen, 1975). De Theorie van Beredeneerd Gedrag beschrijft de invloed van attitude en de subjectieve norm op de gedragsintentie en besteedt geen aandacht aan de waargenomen controle. Ajzen en Madden (1986) stellen dat de Theorie van Gepland Gedrag een betere predictie van intenties geeft dan de Theorie van Beredeneerd Gedrag. De attitude tegenover het gedrag bestaat volgens deze modellen uit twee subcomponenten; de overtuiging over de gevolgen van het gedrag en de affectieve evaluatie van deze gevolgen.

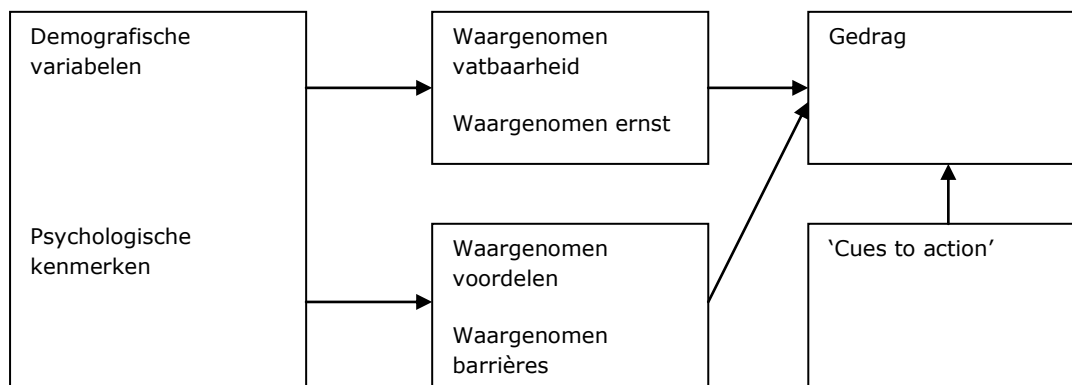


Referentie: Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211. Overgenomen uit: Kok, H., Molleman, G., Saan, H. & Ploeg, M. (2005) *Handboek Preffi 2.0: richtlijn voor effectieve gezondheidsbevordering en preventie*. Woerden: NIGZ.

## Het Health Belief Model

De centrale gedachte in het Health Belief Model (Rosenstock, 1974) is dat het besluit van mensen om een bepaald gezond gedrag te vertonen, wordt bepaald door de ervaren gezondheidsdreiging en de evaluatie van het aanbevolen gedrag. Mensen zullen geneigd zijn een gezond gedrag te stellen wanneer zij denken dat:

- zij bevattelijk zijn voor het gezondheidsrisico
- het risico mogelijk ernstige consequenties heeft
- hetgeen zij kunnen doen inderdaad effectief is om de kans op of de ernst van de gezondheidsproblemen te verminderen
- de voordelen van het gedrag groter zijn dan de mogelijke nadelen



Ook als mensen geloven dat zij op een gemakkelijke manier effectieve voorzorgsmaatregelen kunnen nemen, hebben zij vaak nog een 'duwtje in de rug' nodig om ook daadwerkelijk over te gaan tot een preventieve actie (in jargon: een 'cue to action'). In de loop der jaren zijn door onderzoekers allerlei wijzigingen en toevoegingen aan het Health Belief Model gesuggereerd. Naarmate het Health Belief Model niet meer alleen werd toegepast op eenvoudig uitvoerbare en eenmalige gezondheidsgedragingen (zoals zich laten vaccineren of screenen), maar ook op veranderingen in leefstijl (meer bewegen, verantwoord alcoholgebruik, ...) werd ook steeds duidelijker dat de toevoeging van een variabele aan het model die ingaat op de mate waarin men zichzelf in staat acht het betreffende gedrag uit te voeren ('eigen-effectiviteitsverwachting') de kracht van het model zou doen toenemen.

Referentie: Rosenstock, I. (1974). Historical Origins of the Health Belief Model. *Health Education Monographs*, 2(4). Overgenomen uit: Brug, J., Van Assema, P. & Lechner, L. (2008) *Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering. Een planmatige aanpak*. Assen: Koninklijke Van Gorcum.

### Life skills theorie

De theorie van de life skills stelt dat, hoewel gezondheidsbeschadigend gedrag het resultaat is van een complexe interactie tussen persoonlijke, sociale en omgevingsfactoren, gedrag uiteindelijk iets individueel is, en men zich bijgevolg op individuen met richten met life skills educatie. Life skills kunnen onderverdeeld worden in probleemoplossende vaardigheden, kritisch denken, communicatievaardigheden, zelfbewustzijn en coping met stress. De life skills benadering wordt opgebouwd rond het creëren van de mogelijkheid voor jonge mensen om vaardigheden te verwerven die hen in staat stellen om manipulatie van buitenaf te vermijden. Het is erop gericht jonge mensen controle te helpen verkrijgen over hun gedrag en hen te ondersteunen bij het nemen van geïnformeerde beslissingen die kunnen leiden tot positief gedrag en waarden.

Referentie: Botvin GJ (1994) *Principles of Prevention*. In: R.H. Coombs & D.M. Ziedonis, *Handbook on Drug Abuse Prevention*. Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.

Zie ook: <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index9823EN.html>

### Normative Beliefs

De 'normative beliefs' theorie gaat ervan uit dat we ons in preventie moeten focussen op het sociale systeem en op hoe dat systeem individuen beïnvloedt, in plaats van te kijken naar oorzaken die bij het individu liggen of in de manier waarop het individu sociaal interageert. Daarom moeten inspanningen om druggebruik te veranderen zich richten op het veranderen van de omgeving van de persoon, eerder dan op de persoon zelf. De term 'normative belief' verwijst naar de perceptie van een individu met betrekking het alcohol- en druggebruik van zijn vrienden gebruiken en met betrekking tot de mate waarin ze gebruik goedkeuren. Een persoon die er van uitgaat dat de peer groep positief staat tegenover druggebruik zal mogelijk alcohol en drugs te gebruiken als manier om sociaal aanvaard te worden. Tegelijkertijd zullen diegenen die tot een groep behoren die niet geneigd is om drugs te gebruiken waarschijnlijk weerhouden worden om alcohol en drugs te gebruiken omwille van sancties van de groep die dit zou kunnen impliceren.

Referentie: Hansen, W.B. and O'Malley, P.M. Drug use. In: DiClemente, R.J.; Hansen, W.B.; and Ponton, L.E., eds. *Handbook of Adolescent Health Risk Behavior: Issues in Clinical Child Psychology*. New York: Plenum Press, 1966.

Zie ook: <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index9823EN.html>



### Theorie van probleemgedrag

De theorie van probleemgedrag focust op het dynamische verband tussen gedrag (conventioneel of niet), omgeving (sociale controle en ondersteuning) en persoonlijkheid bij het verklaren van problematisch gedrag. 'Early-onset' antisociaal gedrag voorspelt later druggebruik.

Het model van probleemgedrag erkent dat het gedrag van jonge mensen het resultaat is van complexe interacties met hun omgeving, en neemt de verbanden in overweging tussen attitude, cognitieve factoren, sociale, persoonlijkheids- en gedragsmatige factoren. Men ziet problematisch gedrag bij jongeren, zoals het gebruik van illegale drugs, als functioneel gedrag, d.w.z. gedrag dat ze stellen om persoonlijke doelen te bereiken. Het kan dan gaan om omgaan met falen, verveling, zich niet gelukkig voelen, sociale isolatie of een laag zelfvertrouwen. De theorie suggereert dat het waarschijnlijker is dat die jonge mensen die minder effectieve copingstrategieën, minder sociale vaardigheden en een grotere sociale angst hebben, drugs gaan gebruiken. Risico en beschermende factoren zijn gerelateerd aan persoonlijkheid, de gepercipieerde omgeving en gedrag.

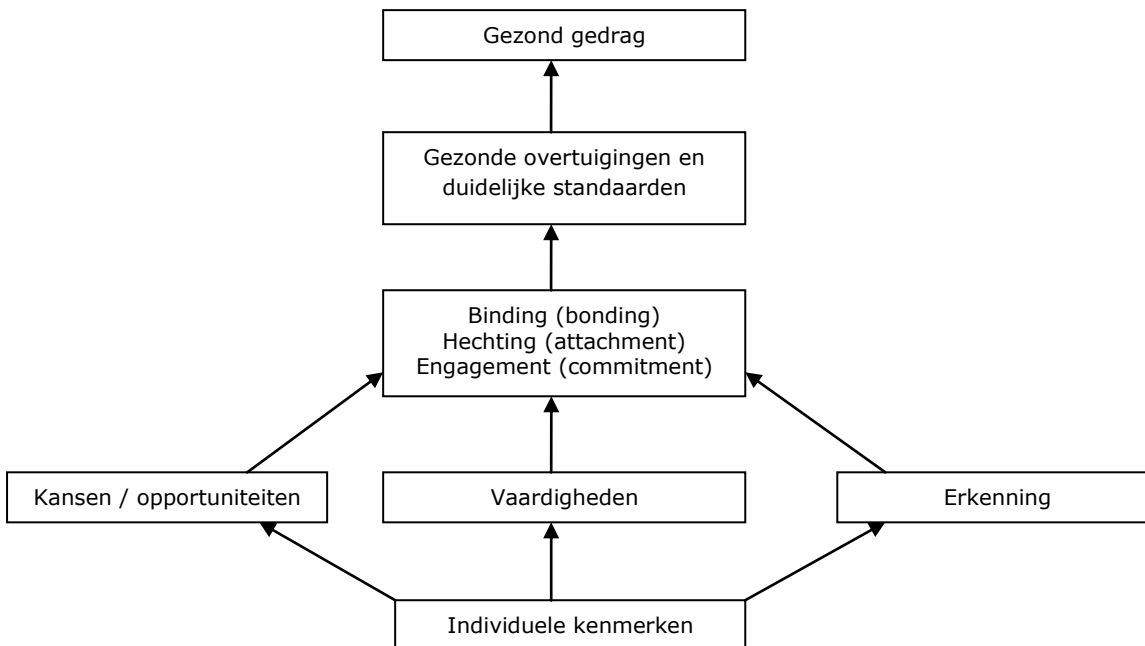
Referentie: Jessor, R., Van Den Bos, J., Vanderryn, J., Costa, F.M., & Turbin, M.S. (1995). Protective factors in adolescent problem behaviour: Moderator effects and developmental change. *Developmental Psychology*, 31, 923-933.

Zie ook: <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index9972EN.html>



## Het sociale ontwikkelingsmodel

Het sociale ontwikkelingsmodel gaat er van uit dat een goede binding met de familie, school, community en peers jonge mensen het beste perspectief zal bieden om sterke en gezonde volwassenen te worden. Daartegenover is het waarschijnlijker dat een zwakke binding op deze gebieden zal leiden tot deviant gedrag en druggebruik. Hawkins en Catalano suggereren dat binnen elk gebied, jonge mensen betekenisvolle kansen moeten krijgen om zich geliefd, bekwaam en belangrijk te voelen, de vaardigheden die nodig zijn om voordeel te halen uit deze kansen, en deze boodschappen moeten continu bekrachtigd worden om tot blijvende effecten te leiden. Het sociale ontwikkelingsmodel levert de theoretische basis voor risicobeperking en preventie gericht op beschermende factoren en probeert succes en prestaties te bevorderen, alsook gezondheids- en gedragsproblemen bij jonge mensen te voorkomen. In plaats van te focussen op problematisch gedrag en risicofactoren, stelt het een model voor dat focust op beschermende factoren die jonge mensen kunnen helpen om de 'resilience' of weerbaarheid te ontwikkelen die nodig is om te weerstaan aan alcohol en andere drugs.



Referentie: Hawkins, J.D., Lishner, D. & Catalano, R.F. (1991) Childhood Predictors and the Prevention of Adolescent Substance Abuse. In: NIDA (1991) Research Monograph nr. 51: Etiology of drug abuse: implications for prevention. <http://www.nida.nih.gov/pdf/monographs/download56.html>  
Zie ook: <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index9824EN.html>

## Transtheoretisch model (Prochaska & Diclemente, 2002)

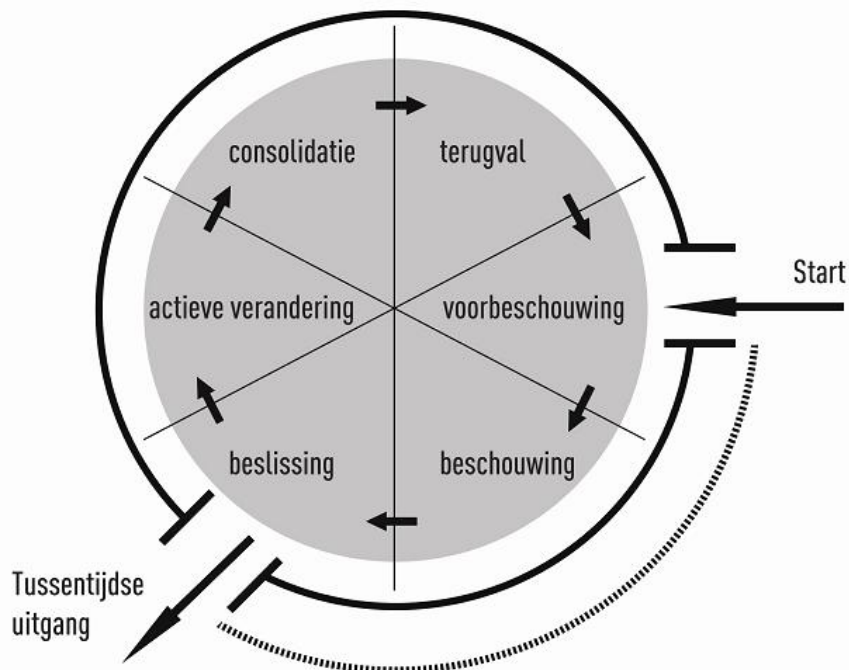
In het transtheoretisch model, ook wel *stages of change model* genoemd, is de insteek de mate waarin mensen gemotiveerd zijn om hun gedrag binnen een bepaalde termijn te veranderen. Er worden verschillende stadia van (gedrags)verandering onderscheiden:

- een voorbeschouwingfase (waarin men zich nog niet bewust is van een probleem en niet overweegt om zijn gedrag te veranderen) (*precontemplation*)
- een overpeinzingfase (waarin men de voor- en nadelen afweegt en overweegt om (binnen zes maanden) het gedrag te veranderen) (*contemplation*)
- een voorbereidingsfase (waarin men zich voorneemt om (binnen een maand) wat aan het gedrag te doen) (*preparation*)
- een actiefase (waarin men het nieuwe gedrag vertoont) (*action*)



- een fase van gedragsbehoud waarin men het nieuwe gedrag (al zes maanden) heeft volgehouden (*maintenance*).

Als het nieuwe gedrag niet wordt volgehouden, treedt er terugval op naar een eerdere fase (*relapse*). Sommige mensen gaan sneller dan anderen en sommige blijven in een bepaalde fase steken. Mensen kunnen op elk punt het model binnenkomen of uitgaan. Het model speelt zich af op twee niveaus: de verschillende fasen en de processen die per fase optreden. Deze processen (niet opgenomen in het onderstaande model) zijn min of meer specifiek voor elke fase van verandering. Door hier naar te kijken ontstaat inzicht in de manier waarop interventies kunnen worden georganiseerd voor verschillende populaties met verschillende behoeften en omstandigheden. Het model maakt duidelijk dat er goed gekeken moet worden naar de motivatiekenmerken van de doelgroep, dat mensen zich in verschillende stadia bevinden en dat interventies zo moeten worden georganiseerd dat mensen van de ene in de volgende fase komen. Omdat mensen in verschillende fasen zitten, moet je verschillende typen interventies uitvoeren, passend bij ieder fase.



Referentie: Prochaska, J.O., Redding, C.A., Evers, K.E. (2002). The transtheoretical model and stages of change. In: K. Glanz, B.K. Rimer, F.M. Lewis et al (red.), *Health behaviour and health education: theory, research and practice*, 3rd edition, (pp. 99-120). San Francisco, CA: Jossey-Bass. Overgenomen uit: Kok, H., Molleman, G., Saan, H. & Ploeg, M. (2005) Handboek Preffi 2.0: richtlijn voor effectieve gezondheidsbevordering en preventie. Woerden: NIGZ. Zie [http://doca.nigz.nl/transtheoretisch\\_model.pdf](http://doca.nigz.nl/transtheoretisch_model.pdf)  
Zie ook <http://www.vad.be/hethuis/pdf/basiscondities.pdf>