

Auteursrechterlijke overeenkomst

Opdat de Universiteit Hasselt uw eindverhandeling wereldwijd kan reproduceren, vertalen en distribueren is uw akkoord voor deze overeenkomst noodzakelijk. Gelieve de tijd te nemen om deze overeenkomst door te nemen, de gevraagde informatie in te vullen (en de overeenkomst te ondertekenen en af te geven).

Ik/wij verlenen het wereldwijde auteursrecht voor de ingediende eindverhandeling met

Titel: Sociale marketing van overgewicht bij volwassenen: literatuurstudie en empirisch onderzoek
Richting: master in de toegepaste economische wetenschappen - marketing Jaar: 2009

in alle mogelijke mediaformaten, - bestaande en in de toekomst te ontwikkelen - , aan de Universiteit Hasselt.

Niet tegenstaand deze toekenning van het auteursrecht aan de Universiteit Hasselt behoud ik als auteur het recht om de eindverhandeling, - in zijn geheel of gedeeltelijk -, vrij te reproduceren, (her)publiceren of distribueren zonder de toelating te moeten verkrijgen van de Universiteit Hasselt.

Ik bevestig dat de eindverhandeling mijn origineel werk is, en dat ik het recht heb om de rechten te verlenen die in deze overeenkomst worden beschreven. Ik verklaar tevens dat de eindverhandeling, naar mijn weten, het auteursrecht van anderen niet overtreedt.

Ik verklaar tevens dat ik voor het materiaal in de eindverhandeling dat beschermd wordt door het auteursrecht, de nodige toelatingen heb verkregen zodat ik deze ook aan de Universiteit Hasselt kan overdragen en dat dit duidelijk in de tekst en inhoud van de eindverhandeling werd genotificeerd.

Universiteit Hasselt zal mij als auteur(s) van de eindverhandeling identificeren en zal geen wijzigingen aanbrengen aan de eindverhandeling, uitgezonderd deze toegelaten door deze overeenkomst.

Ik ga akkoord,

SNOEKX, Ine

Datum: 14.12.2009

Sociale marketing van overgewicht bij volwassenen

Literatuurstudie en empirisch onderzoek

Ine Snoekx

promotor :
Prof. dr. Wim JANSSENS

Voorwoord

Deze Masterproef vormt het sluitstuk van mijn studies Toegepaste Economische Wetenschappen, afstudeerrichting Marketing, aan de Universiteit Hasselt. Dankzij deze eindverhandeling heb ik mij kunnen verdiepen in een bijzonder deelaspect binnen marketing, namelijk sociale marketing. Deze eindverhandeling vormt het bewijs dat marketing niet om winstbejag en manipulatie handelt, maar sociale doelen vooropstelt die de maatschappij als geheel ten goede komen.

Deze eindverhandeling zou nooit tot stand zijn gekomen zonder de hulp van enkele belangrijke personen. Mijn dankbetuiging gaat in de eerste plaats uit naar mijn promotor, Prof. dr. W. Janssens die mij steeds hulp en goede raad gaf. Vooral het empirisch onderzoek zou zonder hem nooit voldoende wetenschappelijk onderbouwd zijn geweest. Mede wil ik mevrouw M. Frederickx bedanken, die mij gedurende enkele maanden erg ondersteund heeft bij het opstellen van het onderzoek. Zij was ook steeds bereid om mij direct te helpen bij moeilijkheden.

Graag wil ik ook de associatie Weight Watchers en de redactie van Het Laatste Nieuws en Goed Gevoel bedanken om mij te helpen om aan voldoende respondenten te komen voor mijn online vragenlijst. Tevens wil ik alle respondenten bedanken voor hun tijd en moeite om de vragenlijst in te vullen.

Tot slot wil ik mijn familie, vriend en vrienden bedanken voor hun financiële en morele steun bij zowel het schrijven van dit werkstuk als gedurende mijn volledige opleiding.

Samenvatting

Zwaarlijvigheid bij volwassenen is één van de snelst groeiende gezondheidsproblemen in ontwikkelde landen. Ook België blijkt duidelijk met dit probleem te kampen. Sociale marketing is een specifieke wetenschap binnen marketing die dit maatschappelijk probleem probeert op te lossen. Sociale marketing houdt zich namelijk bezig met het opstellen van campagnes die grootschalige gedragsveranderingen moeten teweegbrengen. Het opstellen van zo een campagne gebeurt aan de hand van een sociaal marketing proces. In deze masterproef wordt dit proces toegepast op het gedrag gewicht verliezen. Het proces vangt aan met te achterhalen welk belangrijk voordeel een individu vooropstelt om over te gaan tot het verliezen van gewicht, aangezien individuen verschillende redenen kunnen hebben waarom zij gewicht willen verliezen. De tweede stap die er in het proces moet worden gezet is een gedragsanalyse uitvoeren op mensen met overgewicht en obesitas. Dit houdt in dat er eerst enkele factoren moeten worden achterhaald die een invloed uitoefenen op de motivatie en intentie van mensen om gewicht te verliezen. Dit kan gebeuren aan de hand van een gedragsmodel zoals het Health Belief Model, de Social Cognitive Theory of de Theory of Planned Behaviour. Vervolgens moet er een analyse gemaakt worden van de context waarin het gedrag van mensen plaatsvindt. Dit betekent dat de levensstijl en woon –en werkomstandigheden van mensen met overgewicht en obesitas in kader moeten worden gebracht. Uiteindelijk moet er worden nagegaan welk soort van beloningssysteem mensen met overgewicht en obesitas verkiezen. Gewicht verliezen gaat namelijk vlotter wanneer er een positieve beloning aan vast hangt die zowel van intrinsieke als van extrinsieke aard kan zijn. Stap drie in het proces heeft te maken met de campagne zelf. Een geloofwaardige persoon moet de campagne vertegenwoordigen en de campagne moet tot de juiste groep van personen worden gericht. Om het proces af te ronden wordt de sociale marketing mix met de bekende P's ingevuld.

Het empirisch onderzoek in deze masterproef richt zich tot mogelijke verschillen die er bestaan tussen volwassenen met een BMI dat ligt tussen 25 en 29,9 en volwassenen met een BMI van 30 of meer. Dit omdat wetenschappelijk onderzoek erg is toegespitst op de verschillen die er bestaan tussen mensen zonder overgewicht en mensen met overgewicht, maar niet op mogelijke verschillen tussen mensen met licht tot matig overgewicht (=overgewicht) en mensen met hoog tot morbide overgewicht (=obesitas). Aan de hand van twee conceptuele modellen worden er negen hypothesen opgesteld met betrekking tot mogelijke verschillen die er bestaan tussen enerzijds volwassenen met overgewicht en anderzijds obese volwassenen. Eén conceptueel model wordt er zelf ontwikkeld en het tweede is gebaseerd op de theory of Planned Behaviour. Om gegevens te verzamelen over de twee groepen van

gewichtklassen, wordt er een online vragenlijst ontwikkeld en verspreid via de sites van Het Laatste Nieuws en Goed Gevoel en via het forum van de Weight Watchers. Een totaal van 819 enquêtes kunnen uiteindelijk gebruikt worden om analyses op uit te voeren. Deze analyses worden gedaan met behulp van het statistisch programma SPSS 17. Vooraleer er met de eigenlijke analyses wordt begonnen, wordt er een grondige analyse gedaan om de juistheid van de gebruikte meetschalen die werden aangewend in de online vragenlijst, te evalueren. Deze analyse houdt in dat er voor elk concept een factoranalyse wordt doorgevoerd die het concept in onderliggende factoren (ook wel dimensies genoemd) indeelt. Voor elke factor wordt er tevens een Chronbach's Alpha berekend om mogelijke items die niet geschikt zijn voor verdere analyses, te verwijderen. Vervolgens worden de hypothesen getest aan de hand van een t-toets voor onafhankelijke steekproeven. Deze t-toetsen worden zowel gedaan op de volledige set van respondenten als voor mannen, vrouwen, jongere generaties en oudere generaties. Dit om ook mogelijke verschillen in demografische kenmerken te achterhalen.

De conclusie die er kan worden getrokken uit dit onderzoek is dat er significante verschillen bestaan tussen volwassenen met overgewicht (BMI ligt tussen 25 en 29,9) en volwassenen met obesitas (BMI \geq 30) voor bepaalde dimensies. Wanneer deze dimensies in een lineair regressiemodel worden opgenomen, dan blijkt echter dat deze slechts 9 % aan variatie in BMI verklaren. Dit betekent dat er vele andere factoren aan de oorsprong liggen van verschillen in BMI tussen mensen met overgewicht en mensen met obesitas. Deze bevinding legt de basis voor verder wetenschappelijk onderzoek.

Voorwoord	2
Samenvatting	3
Inleiding	7
I. Literatuurstudie sociale marketing	8
1 Definitie en oorsprong	8
2 Sociale marketingorganisaties	10
3 Verschillen tussen sociale en commerciële marketing	11
4 Het sociale marketingproces	13
4.1 Voordeel doelgroep	14
4.2 Gedragsanalyse.....	15
4.2.1 Gedragsfactoren	15
4.2.1.1 Health Belief Model.....	15
4.2.1.2 Social Cognitive Theory	18
4.2.1.3 Theory of Reasoned Action en Theory of Planned Behaviour	20
4.2.2 Gedragscontext.....	23
4.2.3 Gedragsgevolgen.....	24
4.3 Positionering en geloofwaardigheid van sociale marketingcampagnes	26
4.3.1 Positionering	26
4.3.2 Geloofwaardigheid.....	27
4.4 Sociale marketing mix	27
4.4.1 Product	28
4.4.2 Prijs	28
4.4.3 Plaats	29
4.4.4 Promotie	29
4.4.5 Aanvullende P's	31
5 Vlaamse obesitas campagnes.....	32
5.1 De 'Happy Body campagne'	32
5.2 De campagne 'Mijn Buikomtrek'	33
5.3 De campagne 'Zet je in beweging'	33
5.4 De campagne 'Vinnig Vlaanderen'	33
5.5 De campagne 'Slimme zet!'	34
II. Empirisch onderzoek	35
1. Onderzoeksopzet.....	35
1.1 Inleiding.....	35
1.2 Onderzoeksresultaten uit de literatuur	36
1.2.1 Onderzoeksresultaten voor eetstoornissen	36
1.2.2 Onderzoeksresultaten voor obesitas	38
1.2.3 Onderzoeksresultaten voor volwassenen.....	39
1.3 Hypothesen	40
1.3.1 Conceptueel model 1	40
1.3.1 Conceptueel model 2.....	44

1.4 Beschrijving van de variabelen en aangepaste meetschalen.....	46
1.4.1 Body Mass Index (BMI)	46
1.4.2 Demografische factoren	46
1.4.3 Lichaamsontevredenheid.....	46
1.4.4 Gewichtscontrole in het verleden.....	47
1.4.5 Pestverleden met betrekking tot gewicht.....	47
1.4.6 Internalization	49
1.4.7 Attitude tegenover obesitas	50
1.4.8 Subjectieve norm voor obesitas.....	51
1.4.9 Self-efficacy	51
1.4.10 Intentie om gewicht te verliezen	53
1.4.11 Gewichtsafname	54
1.5 Codering van de enquêtevragen	54
1.6 Dataverzameling	55
2 Statistische analyses.....	56
2.1 Voorbereiding gegevensverwerking	56
2.2 Beschrijving van de respondenten.....	57
2.3 Validiteit, betrouwbaarheid en beschrijvende statistieken	58
2.3.1 Bespreking van de validiteit, betrouwbaarheid en beschrijvende statistieken	58
2.3.1.1 Factoranalyse	58
2.3.1.2 Chronbach's Alpha	59
2.3.1.3 Gemiddelde en standaarddeviatie	59
2.3.2 Berekening van de validiteit, betrouwbaarheid en beschrijvende statistieken	60
2.3.2.1 Lichaamsontevredenheid	60
2.3.2.2 Pestverleden.....	60
2.3.2.3 Internalization	61
2.3.2.4 Gedrag van gewichtscontrole in het verleden.....	61
2.3.2.5 Self-efficacy.....	62
2.3.2.6 Attitude tegenover obesitas.....	63
2.3.2.7 Subjectieve norm voor obesitas	64
2.3.2.8 Intentie om gewicht te verliezen	65
2.3.3 Samenvattingstabel	66
2.4 Het testen van de hypothesen	68
2.4.1 T-toets voor onafhankelijke steekproeven	68
2.4.2 Het testen van de hypothesen	69
2.4.4 Lineair regressiemodel	83
2.4.4.1 Afhankelijke en onafhankelijke variabelen.....	84
2.4.4.2 Het checken van de assumpties.....	84
2.4.4.3 Betekenis van het model	85
3 Conclusies.....	87
Lijst van geraadpleegde werken	90
Bijlagen.....	102

Inleiding

De snelheid en grootschaligheid waarmee sociale gedragingen in onze hedendaagse maatschappij veranderen, is immens. Als gevolg van een aantal socio-economische evoluties is de levensstijl van heel wat mensen de laatste vier decennia erg veranderd. Het eet-, leef- en consumptiepatroon wordt nu totaal anders ingevuld. Opmerkelijk is echter het paradoxaal karakter van deze nieuwe levensstijl. De hedendaagse consument heeft een overvloed aan keuzemogelijkheden wat betreft voeding en recreatie, maar het welzijn van deze consument neemt niet toe, in tegendeel het vertoont zelfs een negatieve trend. De verklaring hiervoor is dat de nieuwe manier van leven ook nieuwe problemen met zich heeft meegebracht, met name sociale, gezondheid- en milieuproblemen. Enkele hiervan zijn druggebruik, luchtverontreiniging, hart- en vaatziekten, afvalbergen en waterschaarste (Lagasse, 2004).

Het is de taak van overheids-, social profit-, welzijns- en gezondheidsorganisaties om deze problemen tot een minimum te beperken. Samen met het onderwijs en het bedrijfsleven proberen zij grote groepen consumenten tot een gedragsverandering aan te zetten. Deze organisaties zijn onontbeerlijk, maar de uiteindelijke oplossing van vele problemen ligt in de handen van de individuen zelf die elke dag opnieuw een aantal gedragskeuzes maken (Lagasse, 2004). Er zijn ook heel wat internationale hulporganisaties die sociale gezondheids campagnes opzetten. Population Services International (PSI) is een non-profitorganisatie die wereldwijd programma's voor aidspreventie en gezinsplanning doorvoert (Population Services International, 2003).

Kenmerkend voor sociale marketing is dat het enkel relatief eenvoudige gedragsveranderingen kan teweeg brengen. Sociale marketingcampagnes worden namelijk aan de hand van massacommunicatie aan het publiek blootgesteld. Wanneer personen kampen met ernstige gedragsproblemen, dan is persoonlijke hulpverlening aangewezen. Zo kunnen sociale marketingcampagnes burgers aanzetten om een gezondere voedingsgewoonte aan te nemen, maar kunnen ze personen die lijden aan eetstoornissen niet helpen (Lagasse, 2004).

De vraag die vele onderzoekers zich bij sociale marketing stellen, is deze over de effectiviteit van sociale marketingprogramma's. Zij vragen zich af of de gewenste gedragsverandering altijd wordt bereikt. Dit blijkt vaak niet het geval te zijn. Een sociale campagne leidt meestal wel tot een kennis- en overtuigingsverandering, maar de uiteindelijke verandering in gedrag blijft vaak achterwege (Stead, Hastings, & McDermotte, 2007).

I. Literatuurstudie sociale marketing

1 Definitie en oorsprong

Wiebe (1951) stelde zichzelf de vraag: “Waarom kan men broederschap en rationeel denken niet verkopen zoals zeep?”. Met deze vraag legde hij de grondslag van sociale marketing. Wiebe vroeg zich af of massamedia, waaronder televisie en radio, geschikt is om gedrag met betrekking tot maatschappelijke verantwoordelijkheid te sturen. Aan de hand van een experiment kwam hij tot de conclusie dat deze vraag positief beantwoord kan worden, doch enkel onder bepaalde voorwaarden. Zo moeten televisiekijkers en radioluisteraars zeer ontvankelijk zijn voor programma's opdat ze motiverend werken. De programma's moeten duidelijk vermelden op welk sociaal mechanisme de motivatie van toepassing is en ze moeten passen bij het doelpubliek.

Sociale marketing als wetenschapsdiscipline werd ontwikkeld door Kotler en Zaltman (1971). Zij kwamen tot de vaststelling dat marketingprincipes die werden aangewend om consumentenproducten te verkopen, ook konden worden gebruikt om ideeën, attitudes en gedrag te ‘verkopen’. Kotler et al. (2002) ontwikkelden volgende definitie om sociale marketing te omschrijven: “Sociale marketing is het gebruik van marketingprincipes en -technieken om een doelgroep te beïnvloeden om vrijwillig een bepaald gedrag aan te nemen, te wijzigen of af te leren ten voordele van individuen, groepen of de gehele samenleving”.

Lefebvre en Flora (1988) omschrijven sociale marketing aan de hand van acht componenten. Volgens hen moet sociale marketing consument georiënteerd zijn wil het de organisatiedoelstellingen bereiken. Belangrijk is dat consumenten vrijwillig op zoek gaan naar sociale producten en diensten, de organisatie mag hen dus niets opdringen. Vooraleer de organisatie haar product of boodschap op de markt brengt, is het belangrijk dat zij eerst grondig onderzoek verricht. Een doordachte segmentatiestrategie is onontbeerlijk om de juiste doelgroep te bepalen. Eens dat de boodschap vorm heeft, moet er een pretest plaatsvinden op een beperkte doelgroep. De boodschap wordt daarna indien nodig aangepast. Vervolgens gaat de organisatie de sociale marketingmix invullen. Deze bevat dezelfde componenten als bij algemene marketing, namelijk product, prijs, plaats en promotie, doch krijgt een andere invulling. Na het doorlopen van deze stappen, is het product of de boodschap klaar om gelanceerd te worden. Het proces is echter nog niet helemaal rond, een controlefunctie is nodig om

na te gaan of de boodschap het gewenste publiek bereikt heeft en een effectiviteitsanalyse wordt aanbevolen om de impact te evalueren die de sociale boodschap op de doelgroep heeft gehad.

2 Sociale marketingorganisaties

Ondanks dat sociale marketing in België nog in de kinderschoenen staat, zijn er toch enkele Belgische organisaties die sociale marketingdoelstellingen nastreven. Bond Beter Leefmilieu Vlaanderen is er zo één van. Deze organisatie is een onafhankelijke federatie waarin meer dan 140 Vlaamse natuur- en milieuverenigingen deelnemen. Haar doelstelling is een milieuvriendelijkere samenleving te creëren, waarin gezonde lucht, helder water en een groene natuur centraal staan. Zij probeert deze doelstelling na te streven door grootschalige lobbycampagnes met als boodschap ‘milieuvriendelijk leven ligt binnen ieders handbereik’, te verspreiden (Bond Beter Leefmilieu Vlaanderen, 1976).

Het Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie (VIG) streeft ook sociale marketingdoelstellingen na. Zij richt zich niet tot het milieu, maar wil een gezonde leefstijl en leefomgeving bevorderen om zo de levenskwaliteit van alle Vlaamse inwoners te verbeteren. De thema's waarrond het VIG werkt zijn tabakspreventie, voeding, werk, gezond bewegen, ongevallenpreventie, onderwijs, kansarmen en lokale gemeenschappen. Het VIG staat vooral bekend als expertisecentrum dat advies, ondersteuning en strategieën aanbiedt aan professionelen en gezondheidswerkers (Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie, 1991).

3 Verschillen tussen sociale en commerciële marketing

Kotler et al. (2002) bespreken enkele belangrijke verschillen tussen sociale en commerciële marketing. Het grootste verschil tussen beide marketingdisciplines is het type product dat wordt verkocht. In het commerciële marketingproces draait het voornamelijk om het verkopen van goederen en diensten, waar het in het sociale marketingproces draait om het 'verkopen' van gedragsveranderingen. Ten gevolge van dit verschil streven beide wetenschappen ook een ander doel na. Commerciële marketing zet winstmaximalisatie als doel voorop. Marketeers gaan hier marktsegmenten kiezen die hen het grootste verkoopvolume opleveren aan een maximale contributiemarge. Sociale marketing daarentegen heeft individuele of maatschappelijke winst als doelstelling. Het selecteren van marktsegmenten gebeurt hier aan de hand van een aantal criteria, waaronder de mogelijkheid om het doelpubliek te bereiken en de bereidheid van het publiek om een gedragsverandering door te voeren.

Een ander onderscheid dat kan gemaakt worden tussen beide marketingdisciplines betreft hun concurrentie. In de commerciële markt heerst er hevige concurrentie tussen bedrijven die homogene producten en diensten aanbieden. In de sociale markt krijgt concurrentie een totaal andere betekenis omdat we hier over het 'verkopen' van gedrag spreken. De concurrentie kan hier gezien worden als het huidige of verkozen gedrag van de doelmarkt en de voordelen die met dit gedrag gepaard gaan. In sociale marketing wil men dit concurrerend gedrag onderzoeken en de redenen achterhalen waarom men het verkiest. Tot slot besluiten Kotler et al. (2002) dat sociale marketing moeilijker te beoefenen is dan commerciële marketing, want gedragsveranderingen doorvoeren is namelijk geen sinecure. De doelgroep moet vaak veel opgeven om het gedrag dat er gepromoot wordt, aan te leren. Wanneer daar niet genoeg tegenover staat, zal ze snel hervallen in haar oude gedrag.

Het centrum voor geavanceerde studies in voeding en sociale marketing bespreekt in haar sociaal marketingrapport enkele aanvullende verschillen tussen sociale en commerciële marketing. Ook het bereik blijkt een belangrijk verschil te zijn tussen beide wetenschappen. Sociale marketeers streven ernaar om ongezonde gewoontes af te leren bij een groot percentage van de beoogde doelgroep. Commerciële marketeers daarentegen zijn tevreden met kleine toenames in hun marktaandeel. Er is ook een duidelijk psychologisch verschil tussen beide disciplines waarneembaar. Sociale marketeers moeten kampen met de attitudes en waarden die centraal staan in een persoon zijn of haar identiteit. Commerciële marketeers kampen niet zozeer met dit probleem, aangezien zij producten verkopen die bijkomstig zijn aan de persoonlijke identiteit.

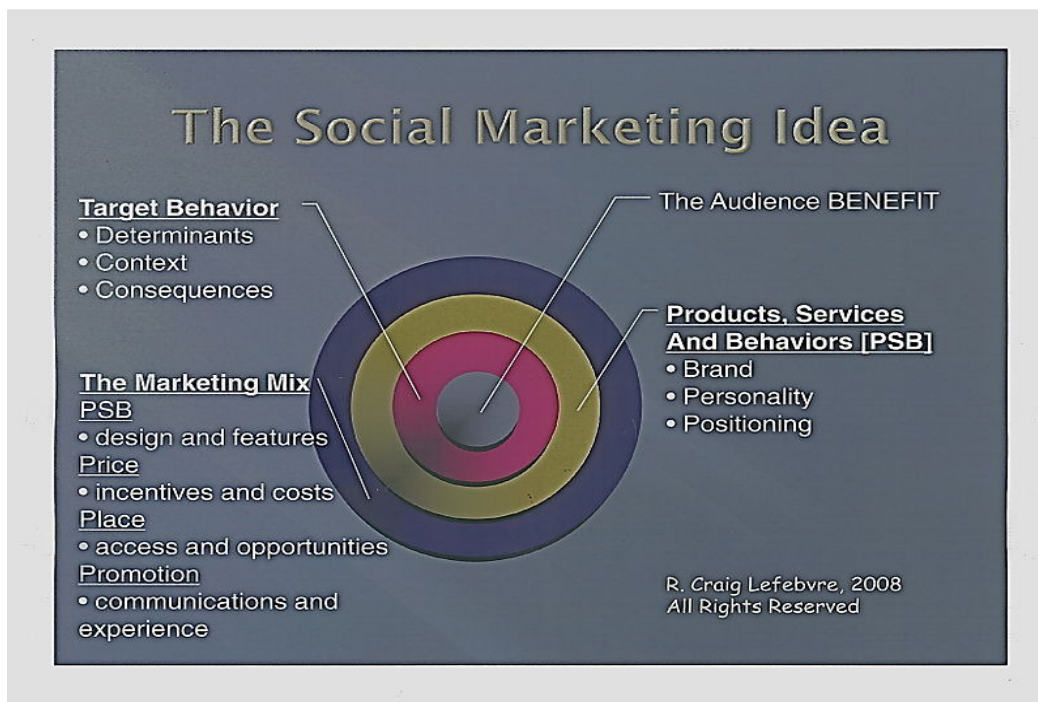
Het centrum spreekt ook over het belangrijke verschil dat er bestaat tussen de bevrediging die gepaard gaat met een commercieel en een sociaal product. Een sociaal product kan enkel de kans vergroten dat het beloofde gedragsvoordeel (bv. een kleinere kans hebben op kanker) zal worden bekomen. Er kan geen bewijs worden voorgelegd door de sociale marketeer dat een bepaalde gezondheidstoestand zal worden bereikt. Een commercieel product daarentegen belooft een ondubbelzinnige bevrediging en kan het beloofde resultaat meestal zelfs garanderen. Er is ook een tijdsverschil bemerkbaar tussen het waarnemen van het voordeel voortgebracht door een sociaal product en door dat van een commercieel product. Het kan maanden of zelfs jaren duren vooraleer het beloofde gezondheidsvoordeel waargenomen wordt bij een sociaal product. Dit komt doordat vele voordelen preventief zijn en dus resulteren in de afwezigheid van een negatieve uitkomst zoals een ziekte. Commerciële producten vervullen echter direct of kort na aankoop hun voordeel.

Uit het rapport blijkt verder dat sociale marketeers kunnen genieten van een vertrouwensvoordeel. Zij worden namelijk aanzien als weldoeners en stellen geen eigen belang of verborgen motief voorop. Het is de gebruiker van het sociale product die de voordelen ervan opstrijkt en niet zozeer de sociale marketeer. In commerciële marketing daarentegen is de verkoper de hoofdbegunstigde van de voordelen van een consumentenaankoop. Daarenboven komt dat commerciële marketeers een veel groter budget ter beschikking hebben om hun doelstelling te behalen. Sociale marketeers moeten zichzelf tevreden stellen met kleine budgetten. Diensten in natura, vrijwilligerswerk en donaties kunnen dit budget aanvullen, niettemin zal het het commercieel budget niet evenaren (Alcalay & Bell, 2000) .

4 Het sociale marketingproces

Het belangrijkste probleem dat gepaard gaat met sociale marketing is Maibach's 'education fallacy'. Hiermee doelt de auteur op de foute veronderstelling die men maakt wanneer men gelooft dat men door simpelweg iemands kennis te verhogen, de attitude kan veranderen en dat van daaruit altijd een gedragsverandering zal plaatsgrijpen. Volgens Maibach (2003) gaat deze veronderstelling niet op, aangezien mensen niet rationeel zijn. De verklaringen voor hun gedrag zijn enorm complex. Opdat veranderingscampagnes succesvol zouden zijn, moeten volgens hem sociale marketeers deze complexiteit en gebrek aan rationaliteit erkennen en vervolgens marketingtools aanwenden om complexe motivaties aan te pakken.

Het meest recente en kritische model van Lefebvre¹ (2008), dat weergeeft uit welke vier grote stappen een sociaal marketingproces zou moeten bestaan, probeert zoveel mogelijk rekening te houden met Maibach's theorie.



Figuur 1: Het sociale marketingmodel (Lefebvre, 2008)

¹ Craig Lefebvre is een erkende expert in sociale marketing en gezondheidscommunicatie. Hij doceert aan The George Washington University School of Public Health and Health Services. Lefebvre heeft meer dan 60 peer-reviewed artikels geschreven over sociale marketing en gezondheidspromotie en gaf 175 presentaties op professionele samenkomsten (www.gwumc.edu).

Uitgaande van dit model (zie figuur 1), zal het sociale marketingproces worden besproken. Het model moet worden bekeken van binnenuit en stapsgewijs worden gevolgd. Aan het hart van elk ontwerp van een sociale marketingcampagne, staat de doelgroep. Er kan geen goede campagne worden ontwikkeld als de sociale marketeer niet heeft achterhaald welk voordeel de beoogde doelgroep vooropstelt bij het aanleren van nieuw gedrag. Nadat deze stap is doorlopen, moet de sociale marketeer een grondige gedragsanalyse doorvoeren van zowel het huidige als het beoogde gedrag. De derde stap bestaat erin de campagne gericht te positioneren, een gepaste campagnepersoonlijkheid te ontwerpen en een geschikte persoon te vinden die de campagne geloofwaardig kan verkondigen. Eens dat deze drie stappen zijn doorlopen, kan uiteindelijk de marketing mix worden ingevuld.

4.1 Voordeel doelgroep

Volgens het model van Lefebvre (2008) moet elke campagne die wordt ontwikkeld, uitgaan van het voordeel dat de consument eraan gaat toewijzen na blootstelling. Dit voordeel zal altijd ontastbaar zijn en speelt in op de onderliggende motivatie van groepen mensen. Het is daarom van groot belang dat beleidsmakers luisteren naar hun publiek en de voordelen die het wil in plaats van voordelen op te dringen. Zo promoten campagnes die zwaarlijvigheid willen tegengaan meestal een gezondheidsvoordeel, terwijl vele individuen dit geen overtuigend argument vinden om hun gedrag aan te passen. De verlaagde kans op hart –en vaatziekten weegt voor hen vaak niet op tegen een ingrijpende gedragsverandering. Andere voordelen daarentegen, waaronder uiterlijke vertoning, hebben voor deze individuen soms meer overtuigingskracht om tot een gedragsverandering over te gaan.

Dit idee wordt bevestigd door een onderzoek dat werd uitgevoerd door Matthews et al. (2001). In deze studie kwam men tot de vaststelling dat mannen en vrouwen verschillende redenen aanhalen om gewicht te verliezen. Een betere gezondheidstoestand blijkt voor vele mannen de meest motiverende factor te zijn om gewicht te verliezen. Vele vrouwen daarentegen proberen gewicht te verliezen met als hoofddoel een aantrekkelijker uiterlijk te bekomen. Uit een onderzoek van Hankey et al. (2002) blijkt dat de motiverende factoren voor mannen om gewicht te verliezen ook verschillen naargelang leeftijd. Jonge mannen hechten meer belang aan het cosmetische aspect van gewichtsverlies, terwijl oudere mannen een verbetering willen teweegbrengen in hun gezondheidstoestand. Men constateerde tevens dat de motiverende factoren voor een individu om gewicht te verliezen, verschillen tussen diegenen die er reeds succesvol in slaagden enig gewichtsverlies te bekomen en diegenen die dit niet

konden bewerkstelligen. Succesvolle diëters blijken meer gemotiveerd te worden door psychologische factoren (een groter zelfvertrouwen bekomen) dan door gezondheidsgerelateerde factoren.

4.2 Gedragsanalyse

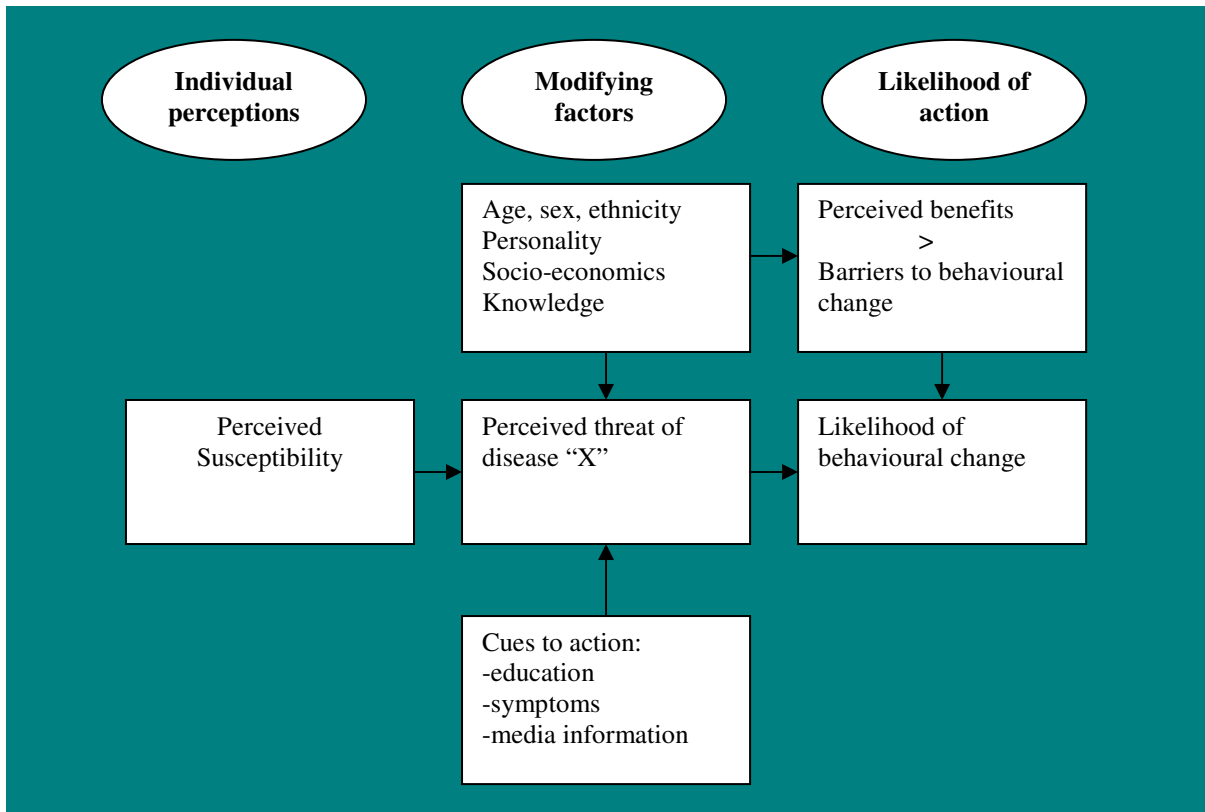
Eens dat de sociale marketeer het voordeel van zijn doelgroep heeft achterhaald, kan hij de volgende stap in het sociale marketingproces zetten, namelijk het begrijpen van de factoren, context en gevolgen van het huidige en gewenste gedrag vanuit het standpunt van de doelgroep.

4.2.1 Gedragsfactoren

Vele onderzoekers hebben zich toegelegd op het bestuderen van de factoren die een impact hebben op een bepaald gedrag. Verschillende onder hen hebben hiervoor een theoretisch gedragsmodel ontwikkeld. Enkele van deze modellen die werden toegepast op mensen met overgewicht zullen hieronder worden besproken. Dit zijn het Health Belief Model, de Social Cognitive Theory, de Theory of Reasoned Action en de Theory of Planned Behaviour (Godin & Shephard, 1990). Vele van deze modellen werden toegepast op het gedrag 'gewicht verliezen' om de factoren te achterhalen die een invloed hebben op de motivatie en intentie van mensen om gewicht te verliezen.

4.2.1.1 Health Belief Model

Het Health Belief Model (HBM) werd ontwikkeld in de jaren '50 door de sociale psychologen Hochbaum, Rosenstock en Kegels. Het HBM is een psychologisch model dat gezondheidsgedragingen probeert te verklaren en te voorspellen door zich te focussen op de attitudes en geloofsovertuigingen van individuen (Becker, 1974). Het HBM geeft redenen aan waarom bepaalde individuen niet reageren op een gezondheidscampagne. Het model bestaat uit vijf factoren die een individu kunnen beïnvloeden om over te gaan tot een gezondheidsactie (zie figuur 2) (Rosenstock, 1974):



Figuur 2: Health Belief Model (Barch, 1996)

1) **Perceived susceptibility:** iemands subjectieve perceptie van de kans op het krijgen van een bepaalde ziekte (= iemands gevoeligheid en openheid voor een ziekte).

2) **Perceived threat:** iemands perceptie van de gevolgen die een ziekte met zich mee kan brengen.

3) **Perceived benefits:** iemands perceptie van de effectiviteit van strategieën die de kans op een ziekte kunnen terugdringen.

Perceived barriers: de mogelijke negatieve gevolgen die kunnen resulteren uit het nemen van bepaalde gezondheidsacties, waaronder fysieke, psychologische en financiële gevolgen.

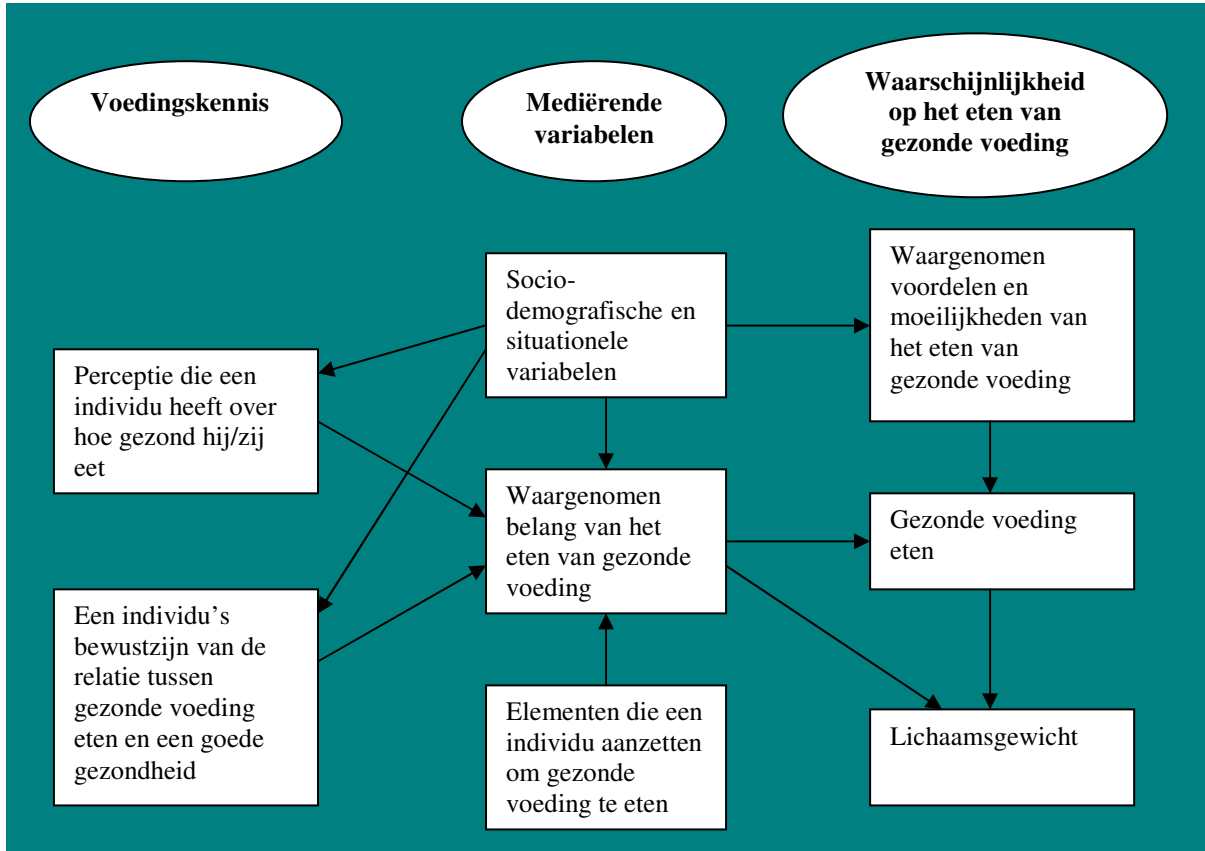
4) **Cues to action:** omgevingsvariabelen die personen motiveren om actie te ondernemen. Dit kunnen zowel negatieve symptomen zijn die voortvloeien uit een slechte gezondheidstoestand als campagnes die actie promoten.

5) **Other variables:** diverse demografische, socio-economische en educatieve variabelen die een invloed hebben op de perceptie van individuen over de ernst van de ziekte en daardoor indirect gezondheid gerelateerd gedrag beïnvloeden.

O'Connell et al. (1985) waren één van de eerste onderzoekers die het HBM gebruikten om dieet -en bewegingsgedrag bij zwaarlijvige en niet-zwaarlijvige adolescenten te voorspellen. Aan de hand van een vragenlijst werd voor elk van de vijf verschillende HBM-factoren achterhaald welke attitudes er heersten bij jongeren omtrent diëten, beweging en zwaarlijvigheid. Discriminantanalyse wees uit dat voor zwaarlijvige jongeren de voordelen van diëten de beste voorspellers zijn voor eetgedrag. Voor niet-zwaarlijvige jongeren blijkt de gevoeligheid voor de oorzaken van zwaarlijvigheid de beste voorspeller voor dieetgedrag te zijn. Fysieke activiteit wordt voor zwaarlijvige jongeren het best verklaard door de 'cues to exercising', voor niet-zwaarlijvige jongeren blijkt er geen significante voorspeller voor beweging te zijn.

In een recent onderzoek van Sapp en Weng (2007) wordt nagegaan of het HBM in staat is om verklarende factoren aan te reiken voor het eten van gezonde voeding en lichaamsgewicht (zie figuur 3). Het model wordt hier aangewend om proactief gedrag te evalueren in plaats van een zieke. Het gebruik van het HBM in deze studie loopt parallel met andere toepassingen van het model, alleen wordt in deze studie de gedragsuitkomst 'lichaamsgewicht' toegevoegd die afhankelijk is van het eten van gezonde voeding. De 'perceived susceptibility' wordt in deze toepassing omschreven als de perceptie die een individu heeft over het eten van gezonde voeding. Deze perceptie wordt in dit onderzoek gemeten aan de hand van de hoeveelheid kennis waarover een individu beschikt met betrekking tot gezonde voeding. Drie factoren meten de 'perceived susceptibility': basisfeiten die er bestaan over gezonde voeding, het zich bewust zijn van de relatie die er bestaat tussen diëten en een goede gezondheid hebben en het vermogen om de juiste voeding te eten. De resultaten van het onderzoek wijzen uit dat echter geen van deze factoren een sterk effect heeft op het eten van gezonde voeding en lichaamsgewicht. De reden hiervoor is waarschijnlijk dat andere variabelen waaronder levensstijlkenmerken (vb. het percentage maaltijden dat buitenshuis wordt gegeten) , culturele gewoonten (vb. hoge consumptie junkfood), gemeenschapsinfrastructuur (vb. lange afstand tussen werk en woonplaats) en de politiek van voedingproductie en retailing (vb. media legt nadruk op het consumeren van junkfood) opwegen tegen de variabele voedingskennis.

De conclusie die kan worden getrokken uit dit onderzoek is dat interventieprogramma's die mensen willen aanzetten om meer gezonde voeding te consumeren en een gezonder lichaamsgewicht te bekomen en te behouden, zich meer zouden moeten focussen op sociale, culturele en politieke contexten dan op voedingskennis.



Figuur 3: Het Health Belief Model van voedingskwaliteit en lichaamsgewicht (Sapp & Weng, 2007)

4.2.1.2 Social Cognitive Theory

De Social Cognitive Theory (SCT) is een theorie die gebruikt wordt in gezondheidscommunicatie. De SCT probeert aan de hand van cognitieve, emotionele en gedragsaspecten, gedragsveranderingen te begrijpen. De SCT verklaart enerzijds hoe individuen bepaalde gedragspatronen verwerven en behouden en legt anderzijds de basis voor interventiestrategieën (Bandura, 1997). De evaluatie van een gedragsverandering hangt volgens de SCT af van omgevingsfactoren, persoonlijke factoren en gedrag. Deze factoren kunnen grafisch weergegeven worden in een interactiemodel waarbij alle factoren elkaar in beide richtingen beïnvloeden (zie figuur 4). Alle interacties worden hierna kort uitgelegd.

a) Persoonskenmerken ↔ gedrag

Het wederzijdse verband tussen persoonskenmerken en gedrag reflecteert de interactie tussen denken, voelen en actie ondernemen. Verwachtingen, overtuigingen, zelfperceptie, doelen en intenties vormen

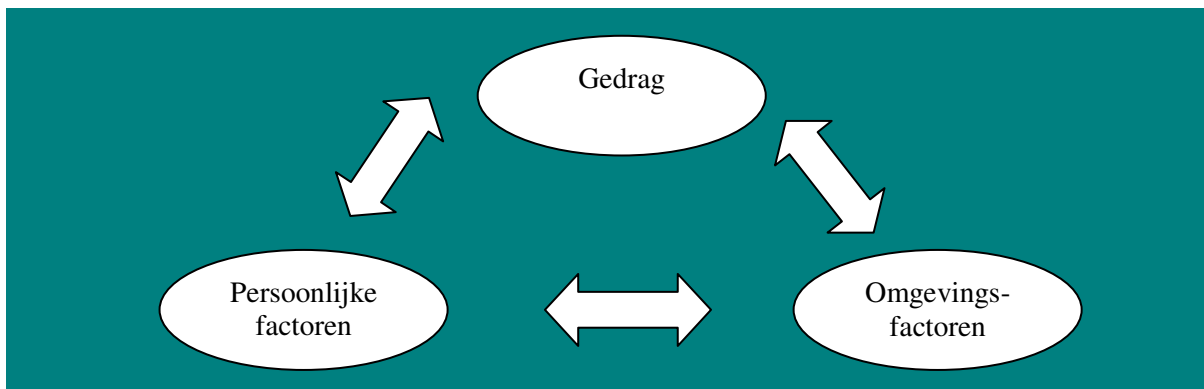
en geven richting aan gedrag. Hoe mensen denken en voelen beïnvloedt hun gedrag. De andere richting van de pijl (gedrag beïnvloedt op zijn beurt ook persoonskenmerken) vindt zijn verklaring in het feit dat extrinsieke gedragsgevolgen een individu's denkpatronen en emotionele reacties bepalen.

b) Omgeving ↔ persoonskenmerken

Verwachtingen, overtuigingen, emotionele reacties en cognitieve vaardigheden worden ontwikkeld en veranderd door sociale invloeden die informatie overbrengen en emotionele reacties activeren door sociale overtuiging. Anderzijds brengen individuen met hun fysieke en demografische kenmerken (o.a. leeftijd, geslacht, grootte en uiterlijk) verschillende reacties teweeg bij hun sociale omgeving. Ook de sociale rol en status die zij in de maatschappij vervullen, wekt verschillende sociale reacties op.

c) Gedrag ↔ omgeving

Individuen zijn zowel producten als producenten van hun omgeving. Zij beïnvloeden hun omgeving door de keuze die zij maken in verschillende situaties. Mensen hebben de neiging om activiteiten te kiezen die aansluiten bij hun verworven voorkeuren en vaardigheden. Door hun acties creëren mensen hun omgeving. Zo produceren agressieve mensen vijandige omgevingen, waar vriendelijke individuen een lieflijk milieu genereren. Gedrag bepaalt dus welke van de mogelijke omgevingsinvloeden in het spel komen en welke vorm deze zullen aannemen. Omgevingsinvloeden op hun beurt, bepalen gedeeltelijk welke vormen van gedrag worden ontwikkeld en geactiveerd (Bandura, 1989).



Figuur 4: Social Cognitive Theory (Bandura, 1989)

Een toepassing op deze theorie is de studie van Wallace et al. (2000) die de persoonlijke, omgevings- en gedragskarakteristieken van beweginggedrag onder universitaire studenten probeerde te achterhalen. Uit het onderzoek resulteerde dat voor vrouwen het zelfvertrouwen in het correct uitvoeren van beweging en sociale ondersteuning door familie de beste voorspellers zijn voor

beweging. Voor mannen blijken de variabelen sociale ondersteuning door vrienden, bewegingsverleden en het zelfvertrouwen in het goed uitoefenen van beweging de beste voorspellers voor beweging te zijn.

Uit Sharma's onderzoek (2006) blijkt dat de SCT vooral wordt gebruikt in het ontwikkelen van schoolgebaseerde interventieprogramma's die overgewicht bij kinderen en adolescenten proberen tegen te gaan. Enkele voorbeelden van schoolgebaseerde interventieprogramma's waarin de SCT werd gebruikt, zijn het promoten van gezonde voeding, fysieke activiteit, naschoolse danslessen, minder tv en video's kijken, minder videospelletjes spelen, informatiesessies geven over lichaamsgewicht tijdens de schooluren, familiebetrokkenheid, meer groenten en fruit eten, minder calorierijke voeding eten en gewichtscontroleerend gedrag. Verschillende van deze interventieprogramma's blijken een significant effect te hebben op de Body Mass Index van kinderen en jongeren.

4.2.1.3 Theory of Reasoned Action en Theory of Planned Behaviour

De Theory of Reasoned Action (TRA) van Ajzen et Fishbein (1980) is gebaseerd op het idee dat de meest belangrijke determinant van gedrag de gedragsintentie is. De gedragsintentie kan gezien worden als wat iemand geneigd is om te doen. De TRA veronderstelt dat de intentie om een bepaald gedrag te stellen afhangt van twee factoren, enerzijds de attitude van een individu ten opzichte van het gedrag en anderzijds de subjectieve norm die er heerst over het gedrag. De 'attitude' van een persoon ten opzichte van een bepaald gedrag is afhankelijk van de evaluatie van deze zijn geloof en de kracht van dit geloof in het gedrag. De 'subjectieve norm' is de perceptie van hoe belangrijk anderen het gedrag vinden en hangt af van de 'normative beliefs', namelijk wat de persoon denkt dat anderen van het gedrag vinden en de 'motivation to comply', namelijk zijn/haar motivatie om naar die normatieve verwachtingen van anderen te handelen.

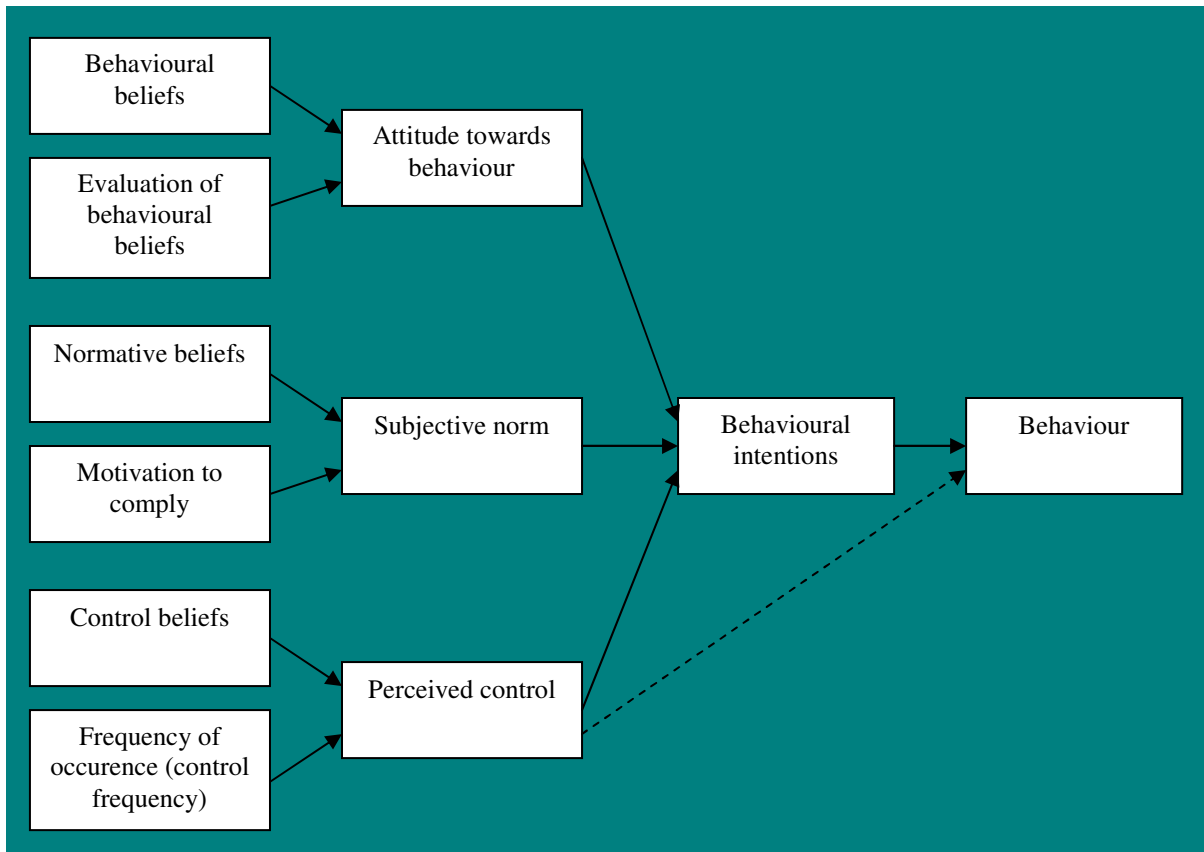
De mate waarin de factoren attitude en subjectieve norm de gedragsintentie bepalen, is echter niet altijd gelijk. Uit onderzoek is gebleken dat gedragsintenties redelijk goed voorspeld kunnen worden door attitude en de subjectieve norm. Doch in de meeste toepassingen van dit model blijkt de attitude component in vergelijking met de subjectieve norm component sterker te correleren met de intentie component. Verschillende onderzoekers denken dat de attitude en normatieve componenten niet los van elkaar bestaan. Individuen met een negatieve subjectieve norm hebben meestal ook een negatieve attitude ten opzichte van het gedrag en omgekeerd.

Een belangrijke tekortkoming in de TRA is dat enkel de componenten attitude en subjectieve norm in het model worden opgenomen als beïnvloedbare factoren voor gedrag. De vraag is of er geen andere factoren bestaan die direct een invloed uitoefenen op gedrag. Triandis (1971) ontwikkelde de Theory of Interpersonal Behaviour dat vele gelijkenissen vertoont met de Theory of Reasoned Action. In dit model wordt aangetoond dat het voorspellen van gedrag verbeterd kan worden door eerder vertoond gedrag mee als variabele op te nemen.

Ajzen (2002) constateerde zelf dat zijn model een tekortkoming bevatte. Hij ontdekte dat gedrag niet 100 procent vrijwillig plaatsvindt en dat een individu niet de volledige controle over zijn/haar gedrag heeft. Ajzen voegde daarom de factor gepercipieerde gedragscontrole toe aan zijn eerder ontwikkelde Theory of Reasoned Action. Met deze toevoeging creëerde hij de Theory of Planned Behaviour (zie figuur 5).

Naast attitude en normatieve overtuigingen blijken ook controle overtuigingen direct te leiden tot gedragsintentie. Meer nog, controle overtuigingen hebben ook een directe invloed op gedrag zelf, ongeacht de gedragsintentie. Controle overtuigingen zijn de overtuigingen die een individu heeft over de aanwezigheid van factoren die de prestatie van het gedrag kunnen faciliteren of kunnen belemmeren. Als de attitude en de subjectieve norm van gedrag positief zijn, dan zal ook de waargenomen controle over gedrag groot zijn.

Dat de TPB een sterk wetenschappelijk onderbouwd model is, blijkt uit een groot aantal onderzoeken. Zo tonen enkele onderzoeken met betrekking tot gezondheidsgerelateerde gedragingen aan dat er een significant verband bestaat tussen de attitude die een persoon heeft tegenover een bepaald gedrag en zijn of haar intentie om dat gedrag aan de dag te leggen. Trafimow (2000) onderzocht met behulp van de TPB welke factoren een invloed hebben op de intentie van universitaire studenten om een condoom te gebruiken tijdens het hebben van seksuele gemeenschap. Studenten die een positieve attitude hebben tegenover condoomgebruik, blijken een sterke intentie te hebben om condooms te gebruiken. Uit een onderzoek van De Vries et al. (2006) blijkt dat wanneer adolescenten een negatieve attitude tegenover roken hebben, zij een zwakke intentie hebben om rokersgedrag aan te nemen. Conner et al. (2006) bestudeerden de TPB in de voorspelling van alcoholconsumptie bij jongvolwassenen en kwamen tot de vaststelling dat personen die een negatieve attitude tegenover alcoholconsumptie hebben, een zwakke intentie hebben om alcohol te consumeren.



Figuur 5: Theory of Planned Behaviour (Ajzen, 2002)

Ook de relatie die er in de TPB wordt gemaakt tussen de variabelen subjectieve norm en gedragsintentie, wordt in de literatuur door verschillende studies onderbouwd. O'Callaghan et al. (1997) gebruikten de Theory of Reasoned Action in hun onderzoek dat het alcoholgebruik bij jongvolwassenen bestudeert. De conclusie die men uit deze studie trok, is dat de subjectieve norm (= het belang dat een individu hecht aan wat anderen zeggen over alcoholgebruik) de belangrijkste variabele is die de intentie om alcohol te consumeren bepaalt. In het onderzoek van Zhang et al. (2000) wordt vastgesteld dat sociale norm een belangrijke invloed heeft op de intentie van studenten om al dan niet te roken. De intentie om tot rokersgedrag over te gaan, blijkt voor een student groter te zijn wanneer vrienden, leerkrachten en ouders roken. Okun et al. (2002) kwamen tot de vaststelling dat subjectieve norm (= familie en vrienden sporten en vragen het individu om mee te doen) een significant voorspellende variabele is voor de intentie van jongvolwassenen om meer te bewegen in hun vrije tijd.

Ajzen (2007) onderzocht de gevolgen van vroeger op huidig gedrag en constateerde dat deze factor inderdaad een invloed op gedrag heeft. In tegenstelling tot wat Triandis in zijn Theory of Interpersonal Behaviour beschrijft, kan deze factor niet toegeschreven worden aan gewinning. Onderzoek heeft verder uitgewezen dat het resterende effect van eerder gedrag minder groot is wanneer de metingen van intentie en gedrag op elkaar aansluiten. Het effect lijkt zelfs te verdwijnen wanneer de bedoelingen sterk zijn, de verwachtingen realistisch en specifieke implementatieplannen worden ontwikkeld.

De Theory of Planned Behaviour helpt te verklaren waarom campagnes die enkel informatie verstrekken, niet werken. Kennis verhogen biedt namelijk geen garantie op een gedragsverandering. Dit wil zeggen dat de TPB rekening houdt met Maibach's education fallacy. Campagnes die zich richten op houdingen, gepercipieerde normen en controle over het realiseren van een gedragsverandering blijken betere resultaten te hebben, daarom wordt de TPB steeds meer toegepast om sociale marketingcampagnes te ontwerpen. Zo werd de TPB toegepast in een onderzoek dat de redenen probeerde te achterhalen waarom oudere vrouwen zo weinig bewegen. De onderzoeksresultaten gaven weer dat campagnes die beweging bij oudere vrouwen promoten, zich zouden moeten focussen op het verbeteren van deze vrouwen hun vertrouwen in het overkomen van bewegingsbarrières (Conn, 2003). Schifter en Ajzen (1985) pasten de TPB toe op het gedrag 'gewicht verliezen'. Uit dit onderzoek blijkt dat de drie onafhankelijke variabelen van de TPB samen goede voorspellers zijn van een individu's intentie om gewicht te verliezen.

4.2.2 Gedragscontext

De context waarin gedrag plaatsvindt is ook erg belangrijk, zowel de sociale (levensstijl) als de fysieke context (werk- en woonomstandigheden) waarin mensen leven, moet in overweging genomen worden bij de initiatie van een campagne en moet vaak een verandering ondergaan (Lefebvre, 2008).

Een Australische studie van Giles-Corti et al. (2003) wijst uit dat de hedendaagse sedentaire levensstijl (waaronder tv kijken) van vele mensen overgewicht in de hand werkt. Meer dan drie uren tv kijken per dag blijkt voor vele mensen samen te gaan met het hebben van overgewicht. Deze studie toont aan dat ook de veranderende werkomgeving van tegenwoordig overgewicht met zich meebrengt. De toename in het gebruik van technologie op het werk (vb. computers en liften in plaats van trappen) speelt hierin de belangrijkste rol. Ook de fysieke thuisomgeving kan een negatieve invloed hebben op de Body

Mass Index van een individu. Respondenten die weergaven dat ze slechte toegang hebben tot voetpaden en recreatieve gebieden, blijken meer vatbaar te zijn voor overgewicht.

Duvigneaud et al. (2007) besluiten in hun studie dat er ook in Vlaanderen een relatie bestaat tussen enerzijds socio-economische en levensstijl factoren en anderzijds overgewicht bij volwassenen. De resultaten in dit onderzoek wijzen uit dat stoppen met roken, een lager opleidingsniveau, weinig uren sporten en sedentair gedrag (tv kijken en computer gebruiken) gepaard gaan met een hogere kans op overgewicht. Er wordt ook bevonden dat onderliggende socio-economische factoren en verschillende levensstijlen die overgewicht in de hand werken, verschillen tussen mannen en vrouwen. Mannen blijken meer tv te kijken, te sporten, en langer te werken, terwijl vrouwen in hun vrije tijd meer fysieke activiteiten doen.

Hoewel er in zelfhulplessen (vb. diëtistes en kampen voor zwaarlijvige jongeren) wordt benadrukt dat gedrag sterk contextafhankelijk is, wordt er blijkbaar toch niet genoeg tijd besteed aan het onderwijzen van effectieve manieren om informatie ook in het werkelijke leven te integreren. Meer dan 90 % van de mensen die groepslessen hebben bijgewoond, vallen binnen enkele weken terug in hun oude gewoonten. Het proces waarbij informatie gegeneraliseerd wordt van zelfhulp workshops naar het eigen leefmilieu wordt blijkbaar veel te simplistisch voorgesteld (mindsport, 2007). Ook Detterman (1993), die hiernaar negen jaren onderzoek verrichtte, kwam tot deze vaststelling. Ik citeer: "People don't transfer even for situations that seem very similar".

4.2.3 Gedragsgevolgen

Opdat een gedragsverandering gemakkelijker kan worden doorgevoerd, kunnen individuen best gebruik maken van een beloningssysteem. Wanneer de juiste beloningen op de juiste momenten worden toegekend, kunnen ze een positieve cirkel van verandering teweegbrengen. Gedragsveranderingen belonen zorgt ervoor dat personen hun motivatie om door te zetten wordt verhoogd en hun gevoel van eigenwaarde wordt versterkt. Dit laatste is van groot belang aangezien eigenwaarde moed geeft om door te zetten. Eigenwaarde kan negatieve gevoelens die oude gewoonten in de hand werken, tegengaan (Lefebvre, 2008).

De belangrijkste regel is dat beloningen waarde moeten bieden en positieve gevoelens kunnen oproepen. Ook moeten beloningen passen bij het bereikte doel. Er zijn twee soorten beloningen:

intrinsieke en extrinsieke beloningen. Intrinsieke beloningen bestaan uit gevoelens die voortvloeien uit het bereiken van een doel, zoals trots en voldoening. Extrinsieke beloningen komen van buitenaf, zoals lof ontvangen van de sociale omgeving, een kuuroord bezoeken, op vakantie gaan of een verwenproduct kopen. Intrinsieke beloningen zijn belangrijker op lange termijn, extrinsieke beloningen daarentegen zijn belangrijk om doelen op korte termijn te belonen. De intrinsieke beloningen mogen zeker niet worden vergeten, want deze spelen een belangrijke rol. Zo zou een persoon die een bewegingsschema heeft gevolgd om overgewicht te verliezen, moeten neerschrijven welk gevoel dit slankere lichaam oproept (www.valueoptions.com).

Het veranderingsproces zelf wordt stapsgewijs moeilijker, dus ook de beloningen moeten klein beginnen en groot eindigen. Belangrijk is dat wanneer het nieuwe gedrag volledig is aangeleerd, er nog steeds beloningen moeten worden toegekend zodat het nieuwe gedrag een gewoonte wordt en blijft. Beloningen hebben een erg positieve impact op individuen, straffen daarentegen hebben juist het tegenovergestelde effect en kunnen best achterwege gelaten worden. Wanneer sociale organisaties mensen willen belonen voor hun gedrag, dan kan men best achterhalen wat hen motiveert. Mensen kunnen gemotiveerd worden door verschillende dingen, waaronder geld, lof en schoonheid. Monetaire beloningen blijken de grootste impact te hebben op een gedragsverandering, aangezien mensen elk een eigen betekenis geven aan geld en hiermee individueel goederen en diensten kunnen aanschaffen. Men moet er ook op toezien dat er niet wordt overdreven in het geven van beloningen, want dit kan net het tegengestelde effect opleveren. Wanneer doelen niet haalbaar zijn of beloningen niet geschikt, moet men deze zo snel mogelijk aanpassen (Lefebvre, 2008).

Uit onderzoek blijkt dat een dieetprogramma het meest effectief werkt, wanneer er een systeem met doelen en daarop gebaseerde beloningen wordt ontwikkeld. Dit systeem bestaat best uit vier stappen wil het succesvol zijn voor volwassenen: de nood aan een eetgedragverandering waarnemen, een doel vooropstellen waartoe de verandering moet leiden, mogelijk geboekte vooruitgang evalueren en beloningen samenstellen om het behaalde doel te belonen (Cullen et al., 2001).

De meeste mensen worden zowel extrinsiek als intrinsiek beloond met fysieke (aantrekkelijker uiterlijk), psychologische (doorzettingsvermogen) en sociale (complimentjes van familie en vrienden) voordelen wanneer zij er in slagen om gewicht te verliezen. Het probleem dat hierbij optreedt, is dat deze voordelen in waarde afnemen in de tijd. Het gevolg hiervan is dat de motivatie van mensen om gewichtsverlies en -behoud verder te zetten, wordt ondermijnd. Jeffery et al. (2004) besluiten in hun onderzoek dat beloningen daarom ook op lange termijn moeten worden gegeven.

4.3 Positionering en geloofwaardigheid van sociale marketingcampagnes

Tot nu toe werden reeds twee grote stappen in het sociale marketingproces besproken: het achterhalen van het belangrijkste doelgroepvoordeel van gepromoot gedrag en de gedragsanalyse. Na het doorlopen van deze twee stappen kan de sociale marketeer bijna van start gaan met de ontwikkeling van zijn campagne. Eerst moet hij zich echter nog een idee vormen over hoe hij zijn campagne het beste kan positioneren en op welke manier hij zijn campagne het meest geloofwaardig kan laten overkomen (Lefebvre, 2008).

4.3.1 Positionering

De positionering van een sociaal product bepaalt op welke manier het beoogd doelpubliek het gepromoot gedrag ziet in relatie tot concurrentiële alternatieve gedragingen. Gedragspositionering wordt meestal gebaseerd op enerzijds de voordelen van nieuw gedrag en anderzijds de belemmeringen die nieuw gedrag in de weg kunnen staan. Door in interactie te komen met de doelgroep kan worden achterhaald welke voordelen individuen het meest waarderen en welke barrières hen tegenhouden om gedrag aan te leren.

Baturka et al. (2000) voerden een studie uit op Afro-Amerikaanse vrouwen met overgewicht om na te gaan hoe tevreden zij zijn met hun gewicht. Deze vrouwen gaven aan dat fysieke en culturele barrières, die zij naar hun mening niet kunnen overkomen, de voornaamste oorzaken zijn van hun overgewicht. De vrouwen vertelden dat zij in een sociale omgeving wonen waarin vele vrouwen en familieleden fors gebouwd zijn en dat overgewicht hebben bovendien moet worden toegeschreven aan factoren die buiten hun controle liggen, waaronder een familiekwaal, traditionele eetgewoonten en een gemeenschap die geen sportfaciliteiten ter beschikking stelt.

Kruger et al. (2006) bestudeerden de verschillen die er bestaan tussen volwassenen die succesvol gewicht verliezen en diegenen die dat niet kunnen met betrekking tot de waargenomen barrières voor het bekomen van een gezond gewicht. De kans dat een individu er niet in slaagt om gewicht te verliezen is groot wanneer deze persoon barrières ondervindt die fysieke beweging (geen tijd, geen energie, niemand om mee te bewegen en niet in staat zijn om routinematig te bewegen) en diëten (graag junkfood eten, geen aandacht schenken aan een dieet, gezonde voeding geeft geen voldoening

en is te duur) in de weg staan. Bovendien hebben personen die zich neutraal opstellen tegenover deze barrières een kleinere kans om succesvol gewicht te verliezen dan diegenen die denken dat deze barrières geen invloed uitoefenen.

4.3.2 Geloofwaardigheid

Een campagne kan op de juiste doelgroep zijn gericht, goed gepositioneerd zijn en de juiste boodschap bevatten, maar toch niet geloofwaardig overkomen. De geloofwaardigheid van de boodschap in een campagne wordt mede sterk bepaald door de boodschapper. De geloofwaardigheid van de boodschapper, ook wel 'source credibility' genaamd, wordt bepaald door zijn expertise, objectiviteit en betrouwbaarheid (Solomon et al., 2006).

Een onderzoek van Arora et al. (2006) toont aan dat source credibility een belangrijke rol speelt in het beïnvloeden van iemands attitude tegenover beweging en fitness en het vergroten van de kans dat deze persoon fysieke activiteiten zal uitoefenen. Wil men een geloofwaardige boodschap overbrengen die mensen aanzet om meer te bewegen, dan zijn additionele bronnen (tijd en/of geld) nodig. Campagnes die worden ondersteund door institutionele sponsors met een hoge geloofwaardigheidfactor (in deze studie was dit 'The American Heart Association'), blijken meer mensen tot beweging aan te kunnen zetten. Ook voor het promoten van gezonde voeding blijkt source credibility erg belangrijk te zijn. Een studie bij Zuid-Afrikaanse vrouwen met betrekking tot obesitas wees uit dat indien men kennis over gezonde voeding bij deze bevolking wil verhogen, het aangeraden is om enerzijds gezondheids- en voedings boodschappers hoger te scholen in gezondheidstopics en anderzijds gezondheidsprofessionelen (dokters en diëtisten) meer te betrekken bij sociale mediacampagnes. De boodschap komt hierdoor veel geloofwaardiger over (Charlton et al., 2004).

4.4 Sociale marketing mix

Volgens Maibach (2003) moet de sociale marketeer na het achterhalen van de complexe motivatie van de doelgroep, marketing tools gaan gebruiken om op deze motivaties in te spelen. Dit idee komt ook overeen met Lefebvres model. In een laatste stadium moet volgens hem de sociale marketeer een marketing mix gaan samenstellen. Deze mix moet gebouwd worden op de stenen die werden gevormd in de drie vorige stadia. De marketing mix bestaat net zoals bij commerciële marketing uit de vier P's:

product, prijs, plaats en promotie, maar de componenten krijgen een andere betekenis (Lefebvre, 2008).

4.4.1 Product

Het sociale marketing product is het gedrag (meer bewegen en gezonde voeding eten) dat sociale marketeers promoten en de geassocieerde voordelen (vb. een aantrekkelijker lichaam), de fysieke producten (vb. gezonde voeding) en/of diensten (vb. Weight Watchers sessies) die dit gedrag ondersteunen. Opdat een gedrag wordt aangeleerd, moeten mensen eerst erkennen dat zij een probleem (overgewicht) hebben. Een belangrijke opdracht voor de sociale marketeer bestaat erin na te gaan of mensen hun probleem (overgewicht) erkennen en hoe belangrijk zij actie ondernemen (gewicht verliezen) achten (Lagasse, 2004).

4.4.2 Prijs

De prijs refereert naar wat een persoon moet betalen en opgeven om gewicht te kunnen verliezen. De prijs bestaat enerzijds uit een kost (financieel, emotioneel, psychologisch en tijd) en anderzijds uit barrières die individuen tegenkomen wanneer zij een gedragsverandering proberen door te voeren. Wanneer de voordelen van het product niet opwegen tegen de kosten hiervan, dan zal de waargenomen waarde van het gedrag laag zijn en zal men niet bereid zijn het gedrag aan te nemen. Als daarentegen de voordelen de kosten overtreffen, dan is de kans op een gedragsverandering groot. De perceptie van de kosten en de voordelen van producten kunnen aan de hand van onderzoek worden achterhaald en worden gebruikt bij de positionering van het product (Lagasse, 2004).

Spielman et al. (1992) waren één van de eerste onderzoekers die achterhaalden wat het een individu kost om gewicht te verliezen en kwamen tot de vaststelling dat dieetprogramma's erg prijzig kunnen uitvallen. Witherspoon en Rosenzweig (2004) evalueerden drie Amerikaanse commerciële gewichtsverlies programma's (waaronder Weight Watchers) op de voordelen die het biedt aan klanten alsmede de kosten en andere barrières die klanten tegenhouden aan een programma deel te nemen. Men kwam tot de conclusie dat ervaringen met andere zwaarlijvigen, geplande menu's en psychologische hulp stimulansen zijn voor mensen om zich in te schrijven voor onder andere een Weight Watchers sessie. De prijs van een sessie, de prijs van gezonde voeding (speciale voeding van het merk Weight Watchers), de prijs van supplementaire vitamines en de contractgebonden verplichtingen blijken mensen tegen te houden om lid te worden. Uit het onderzoek kwam Weight Watchers als het goedkoopste en tevens het meest effectieve programma naar voor (het percentage drop-outs is er het kleinste).

4.4.3 Plaats

De plaats in sociale marketing is waar mensen het gepromoot gedrag zullen aannemen en waar ze toegang hebben tot sociale producten en/of diensten. Sportcentra, wandelclubs en dieetwinkels zijn plaatsen waar mensen die gewicht willen verliezen, terecht kunnen (Lagasse, 2004).

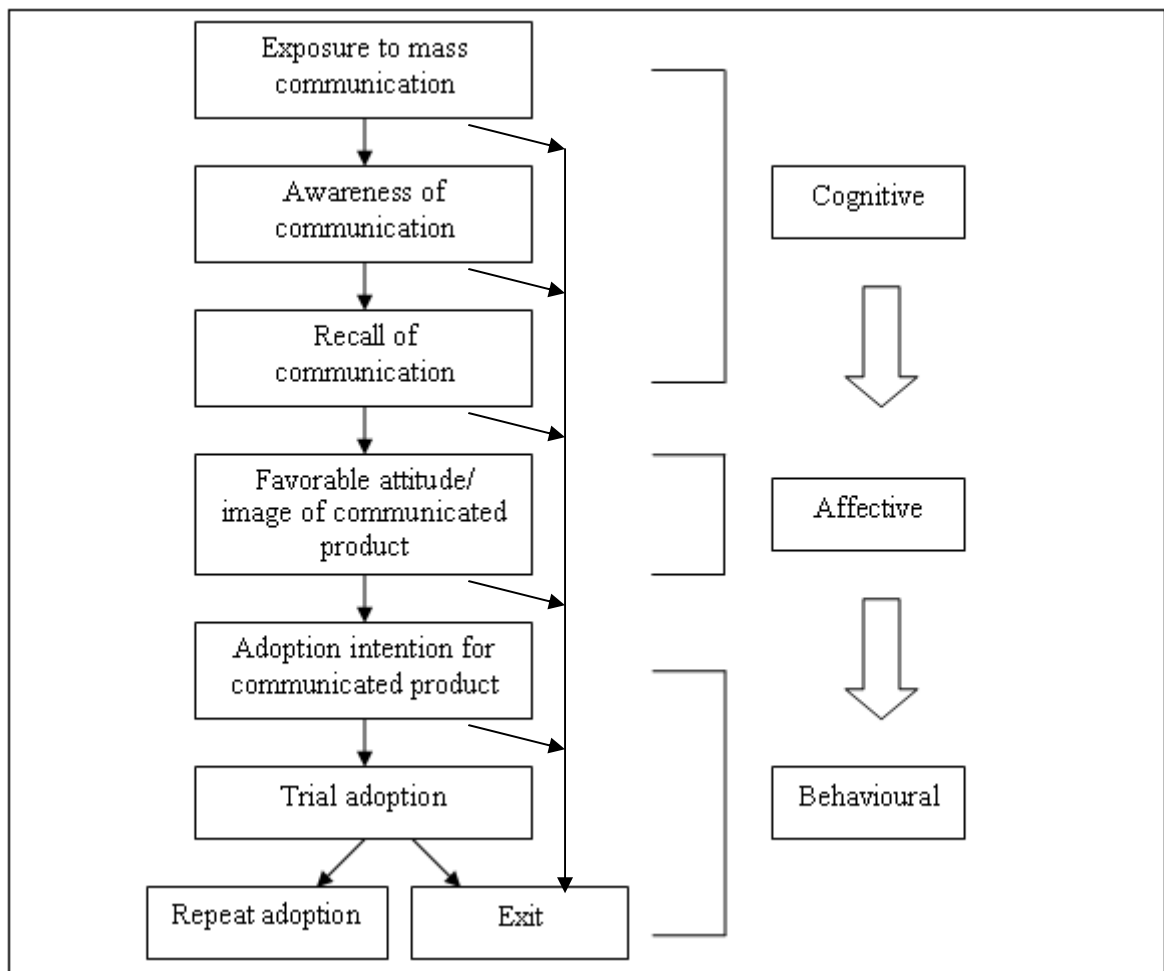
4.4.4 Promotie

Met behulp van de laatste sociale marketing mix component 'promotie' proberen sociale marketeers hun communicatieboodschap effectief tot het doelpubliek te brengen. Het doel van sociale marketing is gedragsveranderingen tot stand te brengen bij een grote groep mensen. Het promotiekanaal bij uitstek is hiervoor massamedia (tv, radio en websites) (Lagasse, 2004).

Uit de literatuur blijkt dat massamedia een geschikt kanaal is om gewichtsverlies te promoten. Miles et al. (2001) bewijzen in hun studie dat de Britse campagne 'Fighting Fat, Fighting Fit' effectief blijkt te zijn in het aanzetten van volwassenen om gewicht te verliezen. Zij bevelen sociale marketeers wel aan om toekomstige campagnes langer uit te zenden. Contento et al. (1995) kwamen voordien al tot de vaststelling dat campagnes die gedurende meerdere jaren worden verspreid, effectiever werken dan diegene die slechts enkele weken of maanden worden uitgezonden. Tevens bevelen Miles et al. (2001) aan om aanvullende media te gebruiken om gewichtsverlies te promoten, aangezien bepaalde subgroepen (waaronder mannen en jongvolwassenen) moeilijker te overhalen zijn. Gezondheidscentra die gewichtbeheersing en een gezonde levensstijl promoten zijn een goede aanvulling op massamedia campagnes.

Kotler (1989) ontwikkelde een model dat weergeeft dat het voor campagnes een hele uitdaging is om gedragsveranderingen aan de hand van massacommunicatie door te voeren. Het Hierarchy-of-Effects Model geeft het proces weer dat de doelgroep doorloopt vooraleer de boodschap hen aanzet tot een gedragsverandering (zie figuur 6). Volgens het model zal kort nadat een massacommunicatiecampagne wordt gelanceerd, een gedeelte van de doelgroep zich bewust worden van de boodschap. Personen die geen bewustwording creëren verlaten het proces. Van diegenen die zich bewust zijn geworden van de campagne is er een gedeelte dat zich de campagne enkele dagen later nog kan herinneren en een gedeelte dat daar niet toe in staat is. Enkel de mensen die zich de campagne nog kunnen herinneren, kunnen hiertegenover een attitude ontwikkelen. Wanneer er een positieve attitude wordt aangenomen tegenover de campagne, kan men de intentie ontwikkelen om het gepromoot gedrag aan te nemen. Slechts een kleine groep zal die intentie omzetten tot gedrag. Enkel hiervan zullen van het gedrag een gewoonte maken, de rest zal het proces verlaten.

De transitie die plaatsvindt tussen de blootstelling en de bewustwording van een communicatieboodschap is afhankelijk van het bereik en de frequentie. Het bereik is het percentage van mensen binnen de doelgroep dat verwacht wordt de boodschap gedurende een bepaald tijdsbestek te zien. De frequentie geeft aan hoe vaak een individu in de doelgroep gemiddeld binnen een bepaald tijdsbestek aan de boodschap wordt blootgesteld (De pelsmacker et al., 2007). Het Hierarchy-of-Effects Model wordt vaak gebruikt om inzicht te bekomen in de effectiviteit van campagnes. Zo werd het model aangewend in een onderzoek naar de effectiviteit van een bewegingscampagne bij adolescenten. Uit het onderzoek vloeide voort dat bewustwording en begrip van de campagne de belangrijkste oorzaken voor een gedragsverandering zijn (Bauman et al., 2008).



Figuur 6: Hierarchy-of-Effects Model (Kotler, 1989)

4.4.5 Aanvullende P's

Sommige wetenschappers spreken van additionele sociale marketing P's. Zo zou policy (beleid) een belangrijke aanvullende sociale marketing mix component zijn. Policy refereert naar de wetten en regulaties die er nodig zijn om gedragsveranderingen in de lange termijn te ondersteunen. Kersh en Morone (2002) vinden dat de overheid actiever moet optreden in het bestrijden van het obesitasprobleem. Zo zou de verkoop van calorierijke voeding aan kinderen gereguleerd moeten worden. Ook zouden producenten gestraft moeten worden voor het gebruiken van ongezonde voedingsingrediënten in voedingswaren en zouden er educatieve programma's over gezonde voeding ontwikkeld moeten worden.

Een andere component die men soms mee opneemt in de sociale marketing mix is purse strings (geldbeheer). Vele organisaties die sociale marketingprogramma's ontwerpen, werken met fondsen die hen ter beschikking worden gesteld door stichtingen, overheidssubsidies en donaties. Dit voegt een extra dimensie toe aan de strategieontwikkeling, want het is belangrijk om te weten waar het budget voor een campagne vandaan gaat komen (Weinreich, 2006).

5 Vlaamse obesitascampagnes

Om de literatuurstudie af te ronden, worden enkele recente Vlaamse obesitascampagnes besproken. Zo kan er een beter beeld worden gevormd van hoe sociale marketingcampagnes in Vlaanderen vorm krijgen.

5.1 De ‘Happy Body campagne’

De ‘**Happy Body campagne**’ is een gemeenschappelijk initiatief van enkele erkende instanties om zoveel mogelijk Belgen te motiveren om hun gedrag aan te passen en hen te steunen in hun strijd tegen overgewicht. De campagne heeft drie doelstellingen:

- Een mentaliteitswijziging en gedragsverandering doorvoeren bij Belgen om een gezondere levensstijl aan te nemen.
- Een socio-economische context creëren die evenwichtige voeding en beweging bevordert bij alle lagen van de bevolking (= een maatschappelijk effect).
- Een aanpak op lange termijn, door de campagne gedurende drie jaar te activeren (2008-2010).

De initiatiefnemers van deze campagne zijn:

- De Federatie van de Voedingsindustrie (FEVIA): meer dan 400 ondernemingen nemen deel.
- Belgisch Olympisch Interfederaal Comité (BOIC): 81 sportfederaties, 17 500 sportclubs en 1 650 000 leden.
- Nutriënten België (NUBEL): beheert de informatie over de voedingsmiddelen in België.

De campagne wordt verspreid via verschillende media (TV, magazines en online banners) en maakt gebruik van de slogan ‘Want een fit persoon is er twee waard...’. De motor achter deze campagne is de Happy Body Coach die online ter beschikking wordt gesteld. Deze Happy Coach is een virtuele trainer die te vinden is op de site van de campagne en die tips geeft over gezonde voeding en fysieke activiteiten. De coach past zich automatisch aan het profiel van de gebruiker aan. Naargelang dat men erg gemotiveerd is of net helemaal niet gemotiveerd is om de levensstijl te veranderen, worden er verschillende adviezen en tools aangereikt door de coach (Moris, 2007).

5.2 De campagne ‘Mijn Buikomtrek’

In 2007 en 2008 werd de campagne ‘**Mijn Buikomtrek**’ gelanceerd. Dertien gezondheidsinstanties ondersteunden deze campagne die de toename in mensen met overgewicht en obesitas wil tegengaan. Het is een informatie-, vormings- en bewustwordingscampagne die Belgen met overgewicht wil aanzetten tot actie en hen uit de vicieuze cirkel van jojo-effecten helpt bevrijden. De campagne probeert mensen er op te wijzen dat simplistische methodes als crashdiëten geen hulp bieden en dat men zich best kan wenden tot een huisarts voor blijvende resultaten. Aan de hand van video’s, posters en informatiekaarten krijgt de campagne vorm. Centraal staat echter de website www.mijnbuikomtrek.be, waarop bezoekers informatie kunnen vinden over de obesitas problematiek en hun gewicht en levensstijl kunnen testen (Knack, 2008).

5.3 De campagne ‘Zet je in beweging’

De campagne ‘**Zet je in beweging**’ is een initiatief van de Christelijke Mutualiteit en FitClass die mensen probeert aan te zetten om meer te bewegen. De campagne wil mensen overtuigen om naar het FitClass-centrum te gaan waar men de fitheid van een persoon kan testen. Aan de hand van deze test wordt een individueel beweegplan opgesteld voor twaalf weken. Deelnemers kunnen hun activiteiten bijhouden door ze online in te geven. Evi Gruyaert is meter van deze campagne en staat volledig achter dit project. Ik citeer: “Ik sta achter dit project. De aanpak is menselijk, zonder dat belerende vingertje.” Deelname kost slechts 65 euro of 40 euro voor CM-leden (Het Nieuwsblad, 2009).

5.4 De campagne ‘Vinnig Vlaanderen’

De Vlaamse overheid heeft de driejarige campagne ‘**Vinnig Vlaanderen**’ ontwikkeld om een goede gezondheid onder de Vlaamse bevolking te promoten. Elk jaar behelst de campagne een ander thema. In 2008 stond ‘meer bewegen’ centraal, terwijl dit jaar ‘gezonde voeding’ aan bod komt. De campagne probeert gezonde voeding te promoten met behulp van de aantrekkelijke slogan: “gezond bewegen en eten doe je om je goed in je vel te voelen”.

De campagne richt zich tot alle Vlamingen, zowel jong als oud. Men wil met deze campagne mensen aan het denken zetten over hun eetgewoonten aan de hand van vier simpele testen: een vochttest, een groente- en fruittest, een vezeltest en een vetteest. De campagne bestaat tevens uit verschillende acties

die zich richten tot verschillende doelgroepen. De jeugd probeert men onder meer te bereiken via acties in scholen, door leerlingen de kans te geven gedurende het hele jaar door één keer per week fruit te eten op school. Ouders moeten hiervoor enkel een bijdrage van 5 euro per jaar betalen. Naast scholenacties worden er talrijke initiatieven ontwikkeld in bedrijven, door gemeentebesturen, via lokale dienstencentra en socio-culturele verenigingen (Willems, 2009).

5.5 De campagne ‘Slimme zet!’

De campagne ‘**Slimme zet!**’ liep gedurende de jaren 2007 en 2008 en had tot doel de Brusselse bevolking uit de zetel te lokken om hen meer te laten bewegen en hen aan te zetten om meer gezonde en evenwichtige voeding te eten. De campagne bestond uit twee acties: gezonde voeding en beweging integreren in het leven van Brusselaars en hen informeren over gezonde voeding en beweging door onder meer kooklessen te geven en fiets- en wandeltochten te organiseren (Lokaal Gezondheidsoverleg, 2008).

II. Empirisch onderzoek

1. Onderzoeksopzet

1.1 Inleiding

Zwaarlijvigheid is één van de snelst groeiende gezondheidsproblemen in ontwikkelde landen. Het probleem teistert niet alleen volwassenen, ook vele kinderen en jongeren zijn tegenwoordig zwaarlijvig (Popkin en Gordon-Larsen, 2004). De recentste statistieken van het NIS (bijlage 1, p. 102) geven weer dat we ook in België met dit probleem kampen. Gemiddeld 44,1 % van alle volwassen Belgen blijkt aan overgewicht te lijden, waarvan er 12,7% zwaarlijvig is. Het onderscheid tussen overgewicht en zwaarlijvigheid wordt gemaakt aan de hand van de Body Mass Index (BMI). De BMI is een maatstaf die het relatief lichaamsgewicht weergeeft en wordt berekend door het gewicht van een persoon in kilogram te delen door zijn lengte in meters tot het kwadraat ($BMI = \text{kg/m}^2$). Mensen die lijden aan overgewicht hebben een BMI die ligt tussen 25 en 29,9 en obese of zwaarlijvige mensen hebben een BMI van 30 of meer (zie bijlage 1, p.102).

Zoals eerder besproken, proberen sociale marketeers de strijd tegen gezondheidsproblemen aan te gaan. Zwaarlijvigheid terugdringen is één van de belangrijkste doelstellingen die zij in hun hedendaagse campagnes nastreven. Ondanks de preventie neemt het aantal zwaarlijvigen toch gestaag toe. Een verklaring voor deze trend kan liggen in de kortzichtigheid van sociale marketeers wanneer zij campagnes ontwerpen. Zij focussen zich bijna uitsluitend op het promoten van een gezonde eetgewoonte en meer beweging, terwijl andere factoren (waaronder gepest worden omwille van lichaamsredenen, lichaamszelfbeeld en media) mogelijk ook een invloed kunnen uitoefenen op zwaarlijvigheid (Haines & Neumark-Sztainer, 2006).

Onderzoekers hebben de laatste decennia niet stilgezeten om informatie over zwaarlijvigheid te verzamelen. Zo zijn de meeste risicofactoren reeds ontdekt en werd de sociaaldemografische invloed op zwaarlijvigheid bestudeerd. Onderzoek naar de verschillen die er bestaan tussen mensen die aan overgewicht lijden (BMI ligt tussen 25 en 29,9) en zwaarlijvige mensen ($BMI \geq 30$) is er echter nog niet gedaan. Wanneer er significante verschillen bestaan tussen deze twee groepen van mensen, heeft dit een invloed op de manier waarop deze groepen moeten worden benaderd door onder andere

gezondheidscampagnes. In deze eindverhandeling zal daarom een onderzoek worden gevoerd naar de mogelijke verschillen die er bestaan tussen enerzijds volwassenen met overgewicht en anderzijds obese volwassenen. De reden waarom er gekozen wordt om voor deze twee groepen van mensen verschillen na te gaan, wordt gegeven in sectie 1.3.

1.2 Onderzoeksresultaten uit de literatuur

1.2.1 Onderzoeksresultaten voor eetstoornissen

Lunner et al. (2000) toetsten een model dat eetverstoring voorspelt bij Zweedse en Australische adolescente meisjes. Het model bevatte de variabelen eetbeperking, boulimische symptomatologie², pestverleden (gepest worden omwille van gewichtsredenen) en lichaamsontevredenheid. Men kwam tot de vaststelling dat de Body Mass Index (BMI) een voorspeller is voor pestverleden en lichaamsontevredenheid en dat lichaamsontevredenheid op zijn beurt het niveau van eetbeperking voorspelt. In het onderzoek werd tevens bevestigd dat de relatie tussen de BMI en eetbeperking gedeeltelijk wordt gemedieerd door pestverleden.

Van den Berg et al. (2002) voerden enkele jaren nadien een gelijkaardig onderzoek uit om aanvullende resultaten te bekomen. Vierhonderd zeventig Australische adolescente meisjes vulden hiervoor een vragenlijst in die de variabelen BMI, pestverleden, lichaamsontevredenheid, globale psychologische werking van een individu, voedingsbeperking en boulimisch gedrag meet. Uit het onderzoek resulteerde dat de BMI een directe invloed heeft op pestgedrag, wat op zijn beurt een directe invloed heeft op lichaamsontevredenheid. Verder constateerde men dat lichaamsontevredenheid een impact heeft op de globale psychologische werking van een individu en op deze persoon zijn voedingsbeperking. Tevens werd bewezen dat voedingsbeperking en globale psychologische werking een directe invloed hebben op boulimie.

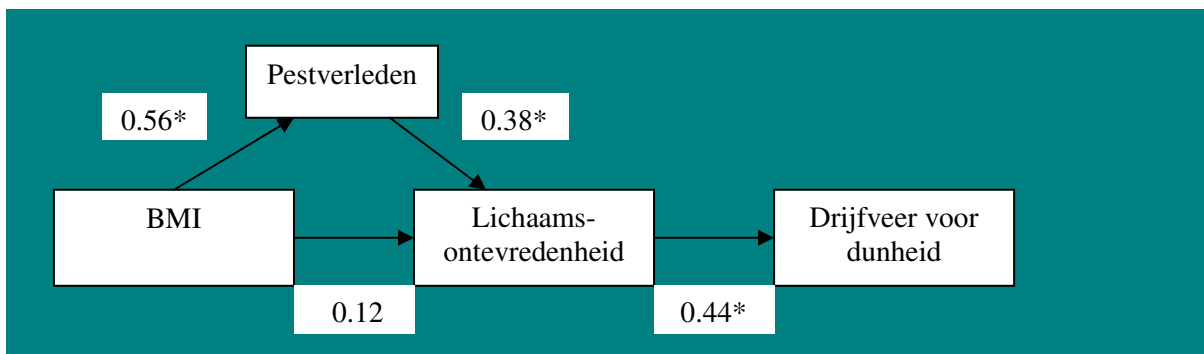
Verder bouwend op deze onderzoeksresultaten ontwikkelden Shroff en Thompson (2004) een model voor eetstoornissen dat zich richt tot adolescente en jongvolwassen vrouwen uit India. Hun model kwam tot stand door relaties te onderzoeken tussen de variabelen lichaamsontevredenheid, pestverleden, media internalisatie en drijfveer naar dunheid. 96 adolescente meisjes uit een private

² **Boulimische symptomatologie** wordt gedefinieerd als de symptomen van boulimie, waartoe eetbuien, braakfrequentie en eet -en gewichtsgerelateerde cognities behoren (Verheij et al., 2007).

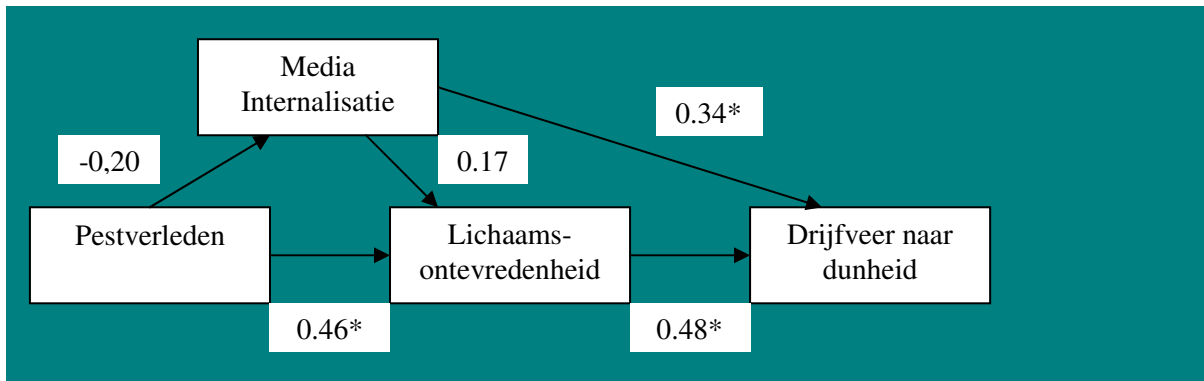
school in Bombay en 93 volwassen vrouwen uit een staatsuniversiteit in Bombay vulden voor dit onderzoek een vragenlijst in die de zonet opgesomde variabelen meet.

Aan de hand van Structural Equation Modeling (SEM) testten Shroff en Thompson twee aparte modellen, waarbij voor elk van de twee modellen nog eens een extra uitgebreid model werd ontwikkeld. Model 1 werd gebaseerd op de resultaten die Lunner et al. (2000) reeds hadden bekomen. Het uitgebreide model 1 bevatte ook de relatie die er bestaat tussen pestverleden en drijfveer voor dunheid. Model 2 bestond uit de hypothesen dat er een relatie bestaat tussen de variabelen pestverleden en media internalisatie, de variabelen media internalisatie en lichaamsontevredenheid en de variabelen lichaamsontevredenheid en drijfveer voor dunheid. Het uitgebreide model 2 bevatte een additionele relatie tussen media internalisatie en drijfveer voor dunheid. Alle modellen werden apart getest voor beide leeftijdsgroepen. De correlaties tussen de variabelen voor beide steekproeven waren significant, wat aangaf dat padanalyse geschikt is. Statische verwerking van de gegevens wees uit dat voor de adolescente steekproef het uitgebreide model 1 en het basismodel 2 het meest geschikt waren. Voor de jongvolwassen steekproef bleek het basismodel 1 en het uitgebreide model 2 het meest geschikt te zijn.

Aangezien er in deze eindverhandeling een onderzoek wordt verricht naar uitsluitend volwassenen, worden enkel de modellen met betrekking tot de jongvolwassen vrouwen weergegeven (zie figuren 7 en 8). Relaties tussen variabelen met een significant ongestandaardiseerde coëfficiënt worden weergegeven met een sterretje.



Figuur 7: Structural Equation Modeling met padanalyse voor de volwassen steekproef voor model 1



Figuur 8: Structural Equation Modeling met padanalyse voor de volwassen steekproef voor model 2

Een belangrijke opmerking naar het verdere verloop van dit onderzoek toe, is dat de twee modellen die hierboven worden weergegeven in de figuren 7 en 8 als basis worden gebruikt om een eigen conceptueel model 1 op te stellen. Model 1 uit figuur 7 is dus niet hetzelfde model als conceptueel model 1 dat hieronder wordt weergegeven in figuur 9. Zo ook geldt voor model 2 uit figuur 8 dat dit niet gelinkt is aan conceptueel model 2 dat in figuur 10 wordt weergegeven.

1.2.2 Onderzoeksresultaten voor obesitas

De hierboven besproken onderzoeken werden toegepast op mensen met eetstoornissen, doch zwaarlijvige mensen werden in geen enkel onderzoek begrepen. Toch is er in de literatuur een goede wetenschappelijke ondersteuning te vinden die aangeeft dat het verband tussen de variabelen pestverleden, lichaamsontevredenheid en BMI ook aanwezig is bij obese mensen.

Dit idee wordt ondersteund door onderzoek dat is uitgevoerd door Boutelle et al. (2002). Uit hun onderzoek kwam voort dat adolescenten met overgewicht meer geneigd zijn om ongezond gedrag van gewichtscontrole (waaronder het gebruik van dieetpillen, overgeven en het gebruik van laxerende middelen) te vertonen. Neumark-Stzainer (2003) kwam tot de vaststelling dat individuen met een eetstoornis zoals anorexia nervosa, boulimie of binge eating uiteindelijk kunnen kampen met het probleem van zwaarlijvigheid. Verder vond hij dat beide situaties in eenzelfde individu kunnen voorkomen. Fairbum et al. (1997) bekwamen onderzoeksresultaten die uitwezen dat de kans dat men obees was als kind drie keer hoger was bij individuen die aan boulimie leden, in vergelijking met gezonde individuen. Haines en Neumark-Sztainer (2006) verrichtten voorbereidend werk dat een theoretische basis biedt voor het identificeren van gezamenlijke risicofactoren voor eetstoornissen en obesitas. Zij vonden dat diëten, media gebruik, lichaamsontevredenheid en gepest worden met het

gewicht, gezamenlijke risicofactoren zijn voor obesitas en eetstoornissen zoals anorexia nervosa en boulimie.

Op basis van deze onderzoeksresultaten zal het model van Shroff en Thompson (2004) toegepast worden op obese mensen.

1.2.3 Onderzoeksresultaten voor volwassenen

Eetstoornissen zoals anorexia nervosa en boulimie komen slechts in uitzonderlijke gevallen voor bij volwassenen (Haines en Neumark-Sztainer, 2006). Dit in tegenstelling tot obesitas, wat ook bij volwassenen een veelvoorkomende kwaal is (Seidell, 2007). Daarom is het nuttig om het voorgestelde model van Shroff en Thompson (2004) te onderzoeken bij volwassenen. Shroff en Thompson (2004) namen jongvolwassenen (gemiddelde leeftijd = 18 jaar) op in hun studie. Voor deze groep personen bleek dat pestverleden een minder grote invloed heeft op lichaamsontevredenheid in vergelijking met adolescenten, doch steeds significant. De reden voor deze afzwakking is dat de relatie tussen deze twee variabelen wordt gecontroleerd door de variabele media internalisatie. Deze variabele bleek er niet te zijn bij de steekproef bestaande uit adolescenten.

Andere onderzoeken ondersteunen de veronderstelling dat wanneer iemand gepest wordt tijdens zijn jeugd, daar de gevolgen van draagt als volwassene. Zo stelde Faith et al (2007) vast dat er een link bestaat tussen gepest worden in de kinderjaren en latere symptomen van depressie, angst en eenzaamheid. Grilo et al. (1994) vonden een positief verband tussen enerzijds gepest worden met uiterlijke kenmerken en anderzijds lichaamsontevredenheid bij zwaarlijvige vrouwen. Bovendien vertoonden vrouwen die reeds sinds de kinderjaren obees waren, een grotere lichaamsontevredenheid dan vrouwen die pas vanaf een bepaalde volwassen leeftijd obees zijn geworden. De resultaten toonden verder aan dat wanneer iemand gepest is geweest met betrekking tot gewicht, dit een risicofactor kan zijn voor de vorming van een negatief lichaamszelfbeeld.

1.3 Hypothesen

1.3.1 Conceptueel model 1

Er werd nu bevestigd waarom er soortgelijke relaties zoals die bekomen in het model van Shroff en Thompson (2004), mogen worden verondersteld voor volwassenen die aan overgewicht lijden. In het verder onderzoek naar deze relaties zal er een onderscheid worden gemaakt tussen twee groepen van mensen: enerzijds mensen die overgewicht hebben (BMI ligt tussen 25 en 29,9) en anderzijds mensen met obesitas (BMI \geq 30). Er is een goede verklaring voor het feit dat deze twee groepen van mensen worden gekozen. Er zijn namelijk meerdere manieren waarop mensen volgens de BMI kunnen worden ingedeeld.

Een eerste mogelijk is om hen op te splitsen op basis van de mediaan van al de BMI's tesamen. De groep participanten met een BMI die lager is dan de mediaan behoort tot de groep van licht obese mensen en de groep mensen met een BMI die groter of gelijk is aan de mediaan behoort tot de groep van zwaar obese mensen. In de literatuur wordt echter voor een andere opdeling gekozen, daar maakt men gebruik van vier BMI standaardcategorïën voor volwassenen, namelijk volwassenen die ondergewicht hebben (BMI < 18,5), een normaal gewicht hebben (BMI ligt tussen 18,5 en 24,9), overgewicht hebben (BMI tussen 25 en 29,9) of obesitas hebben (BMI \geq 30) (WHO, 2006). In sommige onderzoeken wordt de groep van obese mensen verder onderverdeeld in twee of drie subcategorïën: enerzijds gematigd obese mensen (BMI tussen 30 en 40) en morbide obese mensen (BMI > 40) of anderzijds matig obese mensen (BMI tussen 30 en 34,9), ernstig obese mensen (BMI tussen 35 en 39,9) en extreem obese mensen (BMI \geq 40) (Flegal et al., 1998).

Het Nationaal Instituut voor Statistiek geeft de verdeling van de Belgische volwassenen (18 jaar en ouder) volgens de BMI weer aan de hand van de standaardcategorïën (zie bijlage 1). Uit deze cijfers blijkt dat het percentage obese mensen (BMI \geq 30) in België kleiner is dan het percentage mensen met overgewicht (BMI ligt tussen 25 en 29,9). Er wordt daarom besloten om een indeling te maken van de participanten in twee groepen, enerzijds mensen met overgewicht (BMI tussen 25 en 29,9) en anderzijds mensen met zwaarlijvigheid (BMI \geq 30). Het is uiteraard ook interessant om na te gaan of er verschillen bestaan binnen de groep van obese mensen (BMI \geq 30) alleen. Dit wordt echter niet gedaan omdat het dan te moeilijk wordt om aan een voldoende groot aantal respondenten te geraken.

De hypothesen die hieronder worden opgesteld, baseren zich dus op verschillen die er bestaan tussen enerzijds volwassenen met een BMI dat ligt tussen 25 en 29,9 en anderzijds volwassenen met een BMI vanaf 30.

Bovenstaande figuur 9 geeft weer dat de BMI bij erg magere mensen rechtstreeks een positieve invloed uitoefent op de variabelen lichaamsontevredenheid en pestverleden. De vraag is of dit ook geldt voor mensen met een matig tot hoog BMI. In dit onderzoek zal daarom onderzocht worden of mensen met overgewicht verschillen van mensen met obesitas in het hebben van een pestverleden en het ontevreden zijn met het lichaam. Op basis hiervan ontstaan de eerste twee hypothesen.

Hypothese 1: De groep mensen met een BMI die ligt tussen 25 en 29,9 behaalt een lagere score op pestverleden ten opzichte van de groep mensen met een BMI van 30 of meer.

Hypothese 2: De groep mensen met een BMI die ligt tussen 25 en 29,9 is minder ontevreden met hun lichaam dan de groep mensen met een BMI van 30 of meer.

Het tweede model van Shroff en Thompson (2004) (zie figuur 10 hierboven) geeft weer dat de relatie tussen pestverleden en lichaamsontevredenheid gedeeltelijk gecontroleerd wordt door internalisatie. Deze relatie zal ook worden onderzocht voor mensen met overgewicht en zwaarlijvigheid. Matz et al. (2002) kwamen reeds tot de conclusie dat media internalisatie een significante invloed heeft op de lichaamsontevredenheid van obese mensen. Uit onderzoek van Bardone-Cone et al. (2008) blijkt dat zowel media internalisatie als het hebben van een pestverleden, een significante invloed hebben op de ontevredenheid van mannen met hun lichaam. Hypothese drie luidt als volgt:

Hypothese 3: Het lichaamszelfbeeld van personen met een BMI die ligt tussen 25 en 29,9 wordt minder beïnvloed door de media dan dat van personen met een BMI van 30 of meer.

Een andere belangrijke inputvariabele die een mogelijk hoge voorspellende waarde kan hebben voor lichaamsontevredenheid is gedrag van gewichtscontrole in het verleden. Neumark-Sztainer (2006) kwam in een onderzoek bij adolescenten tot de vaststelling dat diëten en lichaamsontevredenheid positief gecorreleerd zijn. Bovendien vertoonden een groot deel van de adolescente participanten ongezond gedrag van gewichtscontrole. Grogan (2007) bespreekt in haar boek over lichaamsontevredenheid dat zwaarlijvige mensen die meermaals geprobeerd hebben om gewicht te verliezen steeds meer ontevreden zijn met hun lichaam. De reden voor dit verschijnsel is het gekende

jojo-effect van het volgen van erg beperkende diëten. Op basis van deze resultaten kan de volgende hypothese worden gemaakt.

Hypothese 4: De groep mensen met een BMI die ligt tussen 25 en 29,9 heeft in het verleden mindere malen geprobeerd om gewicht te verliezen dan de groep mensen met een BMI van 30 of meer.

Uit de literatuur blijkt dat mensen met een grotere lichaamsontevredenheid gekenmerkt worden door een slechtere algemene psychologische toestand. Dit blijkt te gelden voor beide geslachten (Ganem et al., 2009). Ook blijkt dat mensen met een slechtere mentale toestand een lagere self-efficacy vertonen (Linde, 2006).

In de literatuur worden er verschillende resultaten neerschreven die de relatie tussen de BMI en self-efficacy bevestigen of tegenspreken. Een eerste terugkerend resultaat is dat er een negatieve correlatie bestaat tussen de BMI en de initiële (voor een behandeling) self-efficacy. Een tweede terugkerend resultaat is dat er geen correlatie bestaat tussen beiden. De resultaten lijken elkaar tegen te spreken. Waarschijnlijk komt dit doordat de gebruikte meetschaal voor self-efficacy (Weight-Efficacy Lifestyle Questionnaire), de self-efficacy niet voldoende meet. Deze meetschaal stelt enkel vragen over het in staat zijn om gewichtscontrole uit te oefenen in situaties waarin het moeilijk is om nee te zeggen tegen eten.

Betere resultaten kunnen worden bekomen door de self-efficacy meetschaal uit te breiden met meetschalen die de self-efficacy van fysieke activiteit en gezonde voeding meten. Wanneer deze drie factoren als één maatstaf voor self-efficacy worden beschouwd, wordt het resultaat dat er een negatief verband is tussen de self-efficacy en de BMI ondersteund. Hierdoor kan dus worden voorspeld dat de groep mensen met overgewicht een hogere self-efficacy heeft dan de groep obese mensen. Hypothese 5 luidt daarom als volgt:

Hypothese 5: Personen met een BMI die ligt tussen 25 en 29,9 hebben een hogere self-efficacy dan mensen met een BMI van 30 of meer.

Volgens de Theory of Planned Behavior (TPB) wordt het menselijk gedrag geleid door drie factoren: de attitude die een persoon tegenover een bepaald gedrag heeft, de druk die een persoon ondervindt van zijn of haar sociale omgeving om het gedrag te stellen en de waargenomen controle die een

persoon heeft op het gedrag. Als deze drie factoren positief aanwezig zijn, dan zal een individu een sterke intentie hebben om een bepaald gedrag te stellen (Ajzen, 1991).

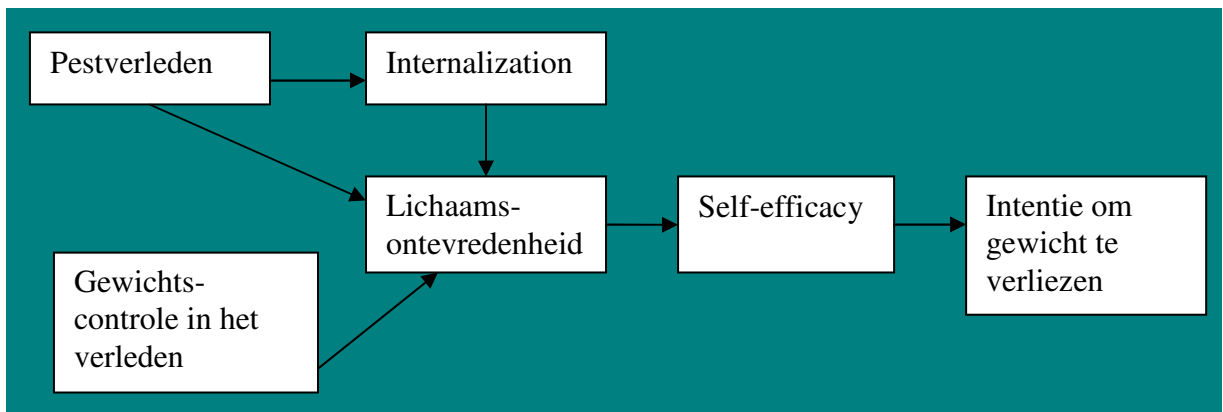
Uit de literatuur blijkt dat waargenomen controle en self-efficacy hetzelfde meten en door elkaar worden gebruikt. Uitgaande van de TPB mag er dus verondersteld worden dat de self-efficacy van een persoon een invloed heeft op zijn of haar intentie om een bepaald gedrag te stellen. Om de relatie die er bestaat tussen self-efficacy en gedragsintentie verder te onderbouwen, zullen enkele onderzoeken met betrekking tot gezondheidsgerelateerde gedragingen worden besproken.

Hinton en Olson (2001) voerden een onderzoek naar de factoren die ertoe bijdragen dat vrouwen meer willen beweging en diëten. Uit deze studie kwam naar voor dat self-efficacy (= het waargenomen vermogen van een vrouw om meer te kunnen bewegen en een dieet te starten) de belangrijkste variabele is waarop een interventieprogramma moet inspelen wil men bij vrouwen een grotere intentie tot beweging en diëten ontwikkelen. Uit een studie van Demmel et al. (2004) blijkt dat er een positief verband bestaat tussen self-efficacy (= het waargenomen vermogen van een persoon om aan alcohol te weerstaan) en de intentie om te ontnemen aan een alcoholverslaving. Martens et al. (2005) onderzochten aan de hand van de TPB of er een relatie bestaat tussen de self-efficacy en de intentie van adolescenten om meer fruit te eten. De resultaten toonden aan dat adolescenten die een sterkere self-efficacy (= het waargenomen vermogen van een adolescent om meer fruit te kunnen eten) hebben, ook een grotere intentie hebben tot het eten van (meer) fruit. Rise et al. (2008) pasten de TPB toe op het gedrag stoppen met roken bij volwassenen. Zij kwamen tot de vaststelling dat er een significante positieve interactie bestaat tussen de self-efficacy van een roker (= het waargenomen vermogen van een volwassen roker om te kunnen stoppen met roken) en deze persoon zijn intentie tot het stellen van dit gedrag.

Met betrekking tot zwaarlijvigheid wordt self-efficacy aan de hand van de gebruikte meetschalen in dit onderzoek, omschreven als de mate waarin een obese persoon in staat is om nee te zeggen tegen eten in moeilijke situaties, om intensief te bewegen in moeilijke situaties en om een gezond voedingspatroon aan te houden in moeilijke situaties. Wanneer een obese persoon een sterke self-efficacy heeft, dan zal deze volgens de TPB een sterke intentie hebben om gewicht te verliezen. Op basis hiervan kan de volgende hypothese worden gemaakt.

Hypothese 6: Mensen met een BMI die ligt tussen 25 en 29,9 hebben een sterkere intentie om gewicht te verliezen dan mensen met een BMI van 30 of meer.

In deze masterproef ligt de nadruk op het onderzoeken of er verschillen bestaan tussen mensen met overgewicht en obese mensen. Een aanbeveling naar wetenschappelijke onderzoek toe is om het model dat in deze thesis wordt ontwikkeld, te testen. Dit model wordt conceptueel als volgt weergegeven:

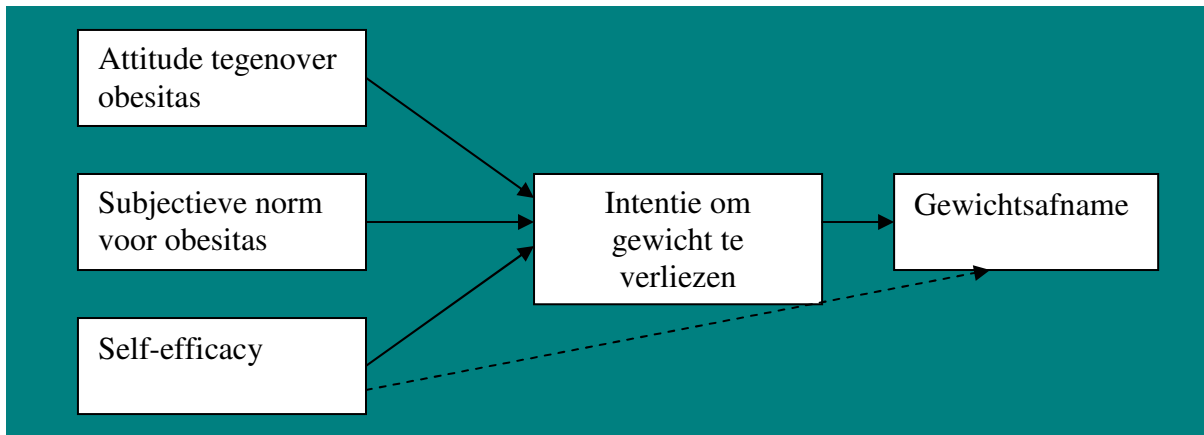


Figuur 9: Het totale conceptueel model

Indien dit model statistisch onderbouwd kan worden, dan betekent dit dat er een aantal nieuwe factoren worden gevonden die een invloed uitoefenen op de intentie van volwassenen om gewicht te verliezen. Sociale marketingprogramma's die het probleem van overgewicht willen bestrijden, kunnen hierop inspelen.

1.3.1 Conceptueel model 2

Hierboven werd besproken dat de relatie die er wordt verondersteld tussen de variabelen self-efficacy en intentie om gewicht te verliezen, is afgeleid van de Theory of Planned Behaviour (TPB). In de literatuurstudie werd reeds aangehaald dat de drie componenten self-efficacy, attitude tegenover zwaarlijvigheid en druk die wordt uitgeoefend door de sociale omgeving omwille van gewichtsredenen, voorspellende kracht hebben om de intentie van een persoon om gewicht te verliezen te meten. Om de lezer een beter beeld te geven van verder onderzoek, wordt de TPB hieronder in de korte versie nogmaals weergegeven (zie figuur 10).



Figuur 10: Conceptueel model 2 met betrekking tot de Theory of Planned Behaviour

De literatuurstudie toont aan dat de TPB een erg sterk model is om gezondheidsgerelateerde gedragingen te onderzoeken, daarom wordt naast het eigen ontworpen model ook de TPB aangewend in dit empirisch onderzoek. Dit betekent dat voor al de variabelen die in dit model voorkomen, zal worden nagegaan of er mogelijke verschillen bestaan tussen mensen met overgewicht (BMI tussen 25 en 29,9) en obese mensen (BMI \geq 30). Voor de variabelen self-efficacy en intentie om gewicht te verliezen, werden reeds hypothesen 5 en 6 opgesteld.

Er kan verondersteld worden dat mensen met overgewicht een meer negatieve attitude aanhouden tegenover obesitas dan mensen die zwaarlijvig zijn. Hypothese 7 luidt daarom als volgt:

Hypothese 7: Personen met een BMI die ligt tussen 25 en 29,9 hebben een negatievere attitude tegenover obesitas dan mensen met een BMI van 30 of meer.

Tevens kan verondersteld worden dat een obese persoon sterker onder druk wordt gezet door zijn of haar sociale omgeving dan een persoon met overgewicht. Hypothese 8 kan daarom als volgt worden omschreven:

Hypothese 8: Personen met een BMI van 30 of meer worden meer onder druk gezet door hun sociale omgeving om gewicht te verliezen, dan personen met een BMI die ligt tussen 25 en 29,9.

Uit de TPB blijkt dat mensen die een sterkere intentie hebben om gewicht te verliezen, ook een grotere gewichtsafname kunnen bewerkstelligen. Aangezien we veronderstellen dat mensen met overgewicht een sterkere intentie hebben om gewicht te verliezen dan obese mensen, zegt de TPB dat er ook moet

worden veronderstelt dat deze groep een relatief hoger percentage aan gewichtsverlies bekommt. De laatste hypothese die in dit onderzoek zal worden getest, luidt daarom als volgt:

Hypothese 9: Volwassenen met een BMI die ligt tussen 25 en 29,9 zijn in staat om een hoger percentage aan BMI te verliezen dan volwassenen met een BMI van 30 of meer.

1.4 Beschrijving van de variabelen en aangepaste meetschalen

1.4.1 Body Mass Index (BMI)

Zoals hierboven reeds werd besproken is de Body Mass Index (BMI) een maatstaf die het relatief lichaamsgewicht weergeeft en wordt berekend door een persoon zijn gewicht in kilogram te delen door zijn lengte in meters tot het kwadraat. Aan de hand van de BMI zal een opdeling in twee groepen worden gemaakt tussen de respondenten.

Hoewel de BMI niet direct het percentage lichaamsvet meet, kan hij toch als betrouwbare maatstaf voor het totale lichaamsvet van de meerderheid van de volwassenen worden gebruikt (Martin et al., 2000). Doch voor erg gespierde mensen, waaronder atleten, wordt de maatstaf best niet gebruikt, aangezien de mensen foutief kunnen worden geclassificeerd als obees (Rosin, 2008).

1.4.2 Demografische factoren

Om eventuele verschillen in demografische factoren te vinden tussen de twee groepen van mensen, worden de respondenten in de vragenlijst gevraagd naar hun geslacht en leeftijd. Een onderscheid maken tussen andere demografische kenmerken (waaronder woonplaats, inkomen, opleiding en gezinssamenstelling) zou het onderzoek te ver leiden.

1.4.3 Lichaamsontevredenheid

Presnell et al. (2003) omschrijven lichaamsontevredenheid als de subjectieve negatieve evaluatie die een persoon maakt over zijn lichaamsvorm of lichaamsdelen. Lichaamsontevredenheid gaat meestal

gepaard met emotionele verstoring, voortdurende gedachtengang naar uiterlijke kenmerken en onnodige cosmetische ingrepen (Hoffman & Brownell, 1997).

Een veelgebruikte schaal om lichaamsontevredenheid te meten is de 'Body Shape Questionnaire' (BSQ). Deze schaal bestaat uit 34 items, waarbij participanten op een 6-puntsschaal gaande van nooit tot altijd moeten aangeven hoe vaak ze zich voelen zoals aangegeven in het item (Cooper et al., 1987). Een hoge score op deze schaal betekent een hoge score op de variabele lichaamsontevredenheid. In de literatuur zijn studies te vinden die een kortere versie van deze schaal hebben ontwikkeld (Dowson, 2001). Uit een onderzoek van Pook et al. (2008) blijkt dat een vragenlijst met de 8 items 4, 6, 13, 16, 19, 23, 29 en 33 een goed alternatief is. De Chronbach's Alpha in dit onderzoek behaalde een waarde van 0,91. Het is daarom de korte versie van de BSQ die wordt opgenomen in de vragenlijst voor dit onderzoek.

1.4.4 Gewichtscontrole in het verleden

De internationale obesitas epidemie heeft gezondheidsspecialisten ertoe aangezet om mensen met overgewicht aan te moedigen om gewicht te verliezen. Crawford et al. (2000) hebben onderzocht hoe succesvol mannen en vrouwen zijn in het verliezen van gewicht gedurende drie jaar. De studie wees uit dat gedurende het eerste jaar slechts 11,2 % van de respondenten er in slaagden 5 % of meer van hun BMI te verliezen. Van deze groep slaagden 40,6 % erin gedurende de volgende twee jaren het gewichtsverlies te behouden of verder gewicht te verliezen.

De variabele gewichtscontrole in het verleden wordt in dit onderzoek gemeten aan de hand van de schaal 'Weight Control Behaviors'. Deze schaal vraagt de participanten naar hun gedrag in het verleden dat tot doel had hun gewicht onder controle te krijgen. De schaal bestaat uit 13 ja/nee-vragen die gezonde, ongezonde en extreme gewichtscontrole gedragingen meten. Een groot aantal keer ja antwoorden op deze schaal, betekent voor een respondent dat deze een hoge score op de variabele gewichtscontrole in het verleden behaalt (Neumark-Sztainer et al., 2006).

1.4.5 Pestverleden met betrekking tot gewicht

Vele adolescenten met overgewicht geven weer te worden gepest omwille van gewichtsproblemen en blijken hiermee psychologisch te kampen. Gepest worden omwille van gewichtsredenen leidt bij vele

adolescenten vaak tot het stellen van verstoorde eetgedragingen, wat vervolgens de kans op een gewichtstoename verhoogd (Neumark-Sztainer et al., 2002). Grilo et al. (1994) kwamen tot de vaststelling dat er een positief verband bestaat tussen gepest worden omwille van gewichtsredenen in de kindertijd en lichaamsontevredenheid en eetverstoringen in de volwassenheid. Jackson et al. (2000) vonden later dat een pestverleden met betrekking tot het gewicht mede leidt tot gewichtszorgen en psychologische problemen.

De 'Physical Appearance Related Teasing Scale' (PARTS) is een schaal bestaande uit 18 items die gebruikt kan worden om te meten in welke mate de participant in het verleden werd gepest omwille van uiterlijke kenmerken en gewichtsredenen. De PARTS is opgebouwd uit de twee subschalen Weight/Size Teasing (WST) en General Appearance Teasing (GAT) die een onderscheid maken tussen enerzijds gepest worden met het gewicht en de lichaamsvorm en anderzijds gepest worden omwille van algemene uiterlijke kenmerken. Een hoge score op deze schaal behalen, geeft een grote frequentie van pestervaringen in het verleden weer (Jackson, 2000).

Uit onderzoek van Thompson et al. (1991) blijkt dat de PARTS een betrouwbare schaal is: de WST subschaal heeft in dit onderzoek een interne consistentie van 0,91 en de GAT subschaal behaalde een interne consistentie van 0,71. In het onderzoek van Jackson et al. (2000) behaalde men zelfs een Chronbach's Alpha van 0,94 voor de WST en een Chronbach's Alpha van 0,82 voor de GAT. Deze schaal kent echter enkele belangrijke tekortkomingen die worden beschreven in de studie van Thompson et al. (1995). Zo maken de items van de PARTS bijvoorbeeld geen onderscheid tussen de verschillende bronnen van pestgedrag (ouders, broers en zussen, leeftijdsgenoten,...) en kan het pesteffect ook niet goed worden bepaald.

Als antwoord op deze tekortkomingen werd een uitbreiding van deze schaal ontwikkeld, de 'Perception of Teasing Scale' (POTS). De POTS bestaat uit elf 2-delige items waarbij respondenten op elk item enerzijds moeten aangeven of zij werden gepest omwille van een bepaalde reden en anderzijds hoe erg zij daardoor van streek werden gebracht. Het eerste deel van elk item moet beantwoord worden op een 5-puntsschaal gaande van nooit tot altijd, het tweede deel bestaat uit een 5-puntsschaal gaande van niet van streek tot erg van streek. Aangezien respondenten tweemaal moeten antwoorden op eenzelfde item, zal er een gemiddelde moeten worden berekend per item (= totale score voor een respondent gedeeld door twee), waarbij een oneven score zal worden afgerond naar boven. Een hoge score op de POTS weerspiegelt een hoge score op het pestverleden van een persoon met betrekking tot zijn gewicht en vaardigheden.

De POTS bestaat uit twee subschalen, enerzijds een 6-item subschaal die gewichtgerelateerd pestgedrag meet en anderzijds een 5-item subschaal die pestgedrag met betrekking tot vaardigheden meet. In de studie van Hayden-Wade et al. (2005) hebben beide subschalen een goede Chronbach's Alpha van respectievelijk $\alpha = 0,95$ en $\alpha = 0,85$. Enkel de subschaal die gewichtgerelateerd pestgedrag meet, wordt in de vragenlijst voor dit onderzoek opgenomen.

1.4.6 Internalization

De variabele internalization verwijst naar de invloed die de media heeft op een persoon en deze ertoe aanzet om te voldoen aan de ideale lichaamsvorm die er heerst in de maatschappij. Tv en magazines zetten individuen er namelijk toe aan om te conformeren aan het lichaamsideaal, door filmsterren met een slank en gespierd lichaam in de kijker te zetten (Cusumano & Thompson, 1997).

Een veel gebruikte schaal om internalization te meten is de 'Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire-3' (SATAQ-3). Deze 5-punts Likertschaal gaande van helemaal niet akkoord tot helemaal akkoord bestaat uit 30 items waarbij respondenten moeten aangeven hoe sterk zij zichzelf vergelijken met film- en sportsterren (Thompson et al., 2004). Een hoge score behalen op de SATAQ-3 betekent voor een respondent dat hij of zij sterk wordt beïnvloed door de media om een ideaal figuur te hebben. De SATAQ-3 bestaat uit vier subschalen, waarvan er twee internalization meten. De andere twee subschalen meten mediadruk en het belang dat mensen hechten aan media-informatie (Body Image Research Group, 2008).

Enkel de 14 items van de twee internalization subschalen worden opgenomen in de vragenlijst voor dit onderzoek. Factoranalyse wees uit dat er een duidelijk onderscheid kan worden gemaakt tussen deze twee subschalen. De 'Internalization-General' meet de media-invloed van TV, magazines en films op individuen en de 'Internalization-Athlete' meet de impact die atletische en andere sportfiguren hebben op individuen.

Aanvankelijk was de SATAQ-3 enkel ontwikkeld voor vrouwelijke respondenten. Karazsia en Crowther (2008) hebben echter bewezen dat de vragenlijst ook op mannelijke participanten van toepassing is. In hun onderzoek hadden beide subschalen een goede interne consistentie, de Chronbach's alpha voor de 'Internalization-General' was 0,94 en deze voor de 'Internalization-

Athlete' was 0,85. Tevens werd vastgesteld dat elke subschaal significant geassocieerd kan worden met lichaamsontevredenheid.

1.4.7 Attitude tegenover obesitas

Het belang dat mensen tegenwoordig hechten aan een aantrekkelijk uiterlijk is erg groot. Dit leidt ertoe dat mensen een meer kritische houding tegenover obesitas gaan aannemen, wat gepaard gaat met de nodige stereotypes. Er zijn een heel aantal stereotype attitudes die obese mensen moeten ondergaan. Zo zouden ze naar verluid onaanvaardbaar, lui, grappig en vies zijn. Stereotypes over obesitas vormen een probleem waarmee vele obese mensen kampen, vooral voor diegenen die ongelukkig zijn met hun uiterlijk (Baron & Byrne, 1994). Uit een Canadese studie van Glenn en Chow (2002) blijkt dat vrouwen een significant positievere attitude hebben tegenover obese mensen dan mannen. Opvallend is wel dat obese mensen zelf hun BMI onderschatten, waardoor zij in mindere mate een negatieve attitude tegenover obesitas aannemen (Tur et al., 2005).

De 'Bray Obesity Attitude Scale' werd in sommige onderzoeken gebruikt om de attitude tegenover zwaarlijvigheid en zwaarlijvige mensen te meten. Deze 4-punts Likertschaal bestaande uit 47 items vraagt de respondent naar zijn attitude tegenover obesitas en obese mensen. De antwoordmogelijkheden waaruit de respondent kan kiezen, gaan van helemaal niet akkoord tot helemaal akkoord (Alexander-Mott & Lumsden, 1994). Het nadeel van deze schaal is enerzijds dat ze de vragenlijst voor dit onderzoek veel te lang zou maken en anderzijds dat er bijna uitsluitend negatieve argumenten over obese mensen in worden aangehaald.

In de literatuur bestaat er een meer recent ontwikkelde schaal die de variabele attitude tegenover zwaarlijvige mensen beter meet. De 'Attitudes Toward Obese Persons Scale' bestaat uit 20 items die de respondent vragen naar zijn attitude tegenover zwaarlijvige mensen. Binnen deze 6-punts Likertschaal bestaat er een aanvaardbaar evenwicht tussen negatieve en positieve stereotypes over obese mensen. Bij het beantwoorden van deze schaal, heeft de participant de keuze uit zes antwoordmogelijkheden gaande van sterk niet akkoord tot sterk akkoord. Een hoge score behalen op deze schaal betekent voor een respondent dat hij of zij een sterk negatieve houding aanneemt tegenover obese mensen. Dit wil uiteraard zeggen dat de items die een positieve stereotype inhouden, omgekeerd gecodeerd moeten worden. De interne consistentie van deze schaal is goed. In

verschillende onderzoeken werd de schaal gebruikt en bleek deze een Chronbach's alpha op te leveren tussen 0,80 tot 0,84 (Gipson et al., 2005).

1.4.8 Subjectieve norm voor obesitas

In de literatuur wordt het concept subjectieve norm omschreven als de normatieve geloofsovertuigingen die resulteren in een waargenomen sociale druk op een individu (Ajzen, 2007). Toegepast op obesitas betekent dit dat een obese persoon druk ondervindt van zijn sociale omgeving (familie, vrienden, collega's,...) om gewicht te verliezen. Deze druk wordt echter subjectief beoordeeld. Bepaalde zwaarlijvige mensen trekken zich bijvoorbeeld weinig aan van wat hun sociale omgeving hen als advies geeft.

Een schaal die de variabele subjectieve norm voor obesitas meet, is de 'Perceived Sociocultural Pressure Scale'. Deze 5-punts Likertschaal bestaat uit 8 items die de waargenomen druk van familie, vrienden, partner en media op zwaarlijvige personen om gewicht te verliezen, meet. Respondenten moeten voor elk item een antwoord geven op een schaal gaande van nooit tot altijd. Wanneer een respondent een hoge score behaalt op deze schaal, betekent dit dat hij of zij een sterke druk ondervindt van familie, vrienden, partner en media om gewicht te verliezen. De interne consistentie van deze schaal is goed, een Chronbach's Alpha van 0,88 werd behaald in het onderzoek van Henrickson (2006).

1.4.9 Self-efficacy

Self-efficacy wordt in de literatuur omschreven als de mate waarin een persoon denkt dat hij of zij in staat is om een bepaalde handeling uit te voeren (Bandura, 1982). Mitchell en Stuart (1984) onderzochten de impact die de self-efficacy van een persoon heeft op het volhouden van een Weight Watchers programma. Uit het onderzoek kwam naar voor dat de drop-outs van het Weight Watchers programma een lagere self-efficacy vertoonden bij de start van het programma dan degenen die het programma volhielden. Bovendien waren de drop-outs minder overtuigd dat ze hun gewicht konden controleren, hoewel hun gewichtsverlies bij de start van het programma niet significant verschilde van dat van de niet-drop-outs.

Een onderzoek van Clark et al. (1996) ging een stap verder en onderzocht of de self-efficacy van een persoon kan veranderen tijdens het volgen van een strikt dieet. Aan de hand van de Weight Efficacy Lifestyle (WEL) schaal, een schaal die nagaat of mensen in moeilijke situaties nee kunnen zeggen tegen eten, werd voor iedere respondent een score berekend voor zijn of haar self-efficacy. Dit werd tweemaal gedaan, bij de aanvang van het dieet en op het einde ervan. Voor vele respondenten bleek de WEL-score toegenomen te zijn op het einde van het dieet, wat aangaf dat zij sterker in zichzelf geloofden om nee te kunnen zeggen tegen eten, zelfs in moeilijke situaties.

De Weight Efficacy Lifestyle (WEL) schaal wordt ook in dit onderzoek gebruikt als meetschaal voor de self-efficacy van een persoon. De WEL bestaat uit 20 items die de respondent vragen hoe overtuigd hij of zij is om in moeilijke situaties (waaronder eten op een feest, eten voor de TV,...) nee te kunnen zeggen tegen eten. Respondenten moeten hierbij voor elk item antwoorden op een 9-puntsschaal gaande van niet overtuigd tot heel overtuigd. Een hoge score behalen op de WEL betekent voor een respondent dat hij of zij goed aan eten kan weerstaan in moeilijke situaties. Er heerst echter een probleem bij het gebruik van deze meetschaal, aangezien onderzoeken elkaar tegenspreken wat betreft de gepastheid van de WEL als meetschaal voor de self-efficacy van gewichtscontrole.

In het onderzoek van Fontaine en Cheskin (1997) was de WEL namelijk niet gecorreleerd met gewichtsverlies en het bijwonen van een programma. In het artikel geven de auteurs aan dat de WEL enkele tekortkomingen heeft die aan de oorzaak kunnen liggen van het gebrek aan correlatie. De WEL werd oorspronkelijk gebruikt voor het meten van de self-efficacy in studies rond verslavingen zoals roken en alcoholisme. Hierin wordt de self-efficacy gedefinieerd als het zelfvertrouwen dat een respondent heeft om het verslavend gedrag niet te stellen in risicovolle situaties. Later werd de WEL uitgebreid om de self-efficacy van gewichtscontrole in moeilijke situaties te meten. Het probleem dat zich hierbij stelt is dat een aantal belangrijke factoren van gewichtscontrole, waaronder fysieke activiteit en meerdere kleine maaltijden per dag eten, niet mee worden opgenomen. In de literatuur worden echter twee oplossingen aangereikt om dit probleem te omzeilen.

Een eerste mogelijkheid is een volledig andere schaal te gebruiken dan de WEL. De General Self-efficacy Scale (GSS) is een schaal die de self-efficacy in het algemeen meet. De GSS bestaat uit 10 items waarop de respondent moet antwoorden op een 4-puntsschaal gaande van volledig onjuist tot volledig juist hoe hij of zij in het algemeen denkt over moeilijkheden. Deze schaal wordt zeer veel gebruikt in de literatuur en blijkt valide te zijn. Het probleem is dat deze schaal zeer algemeen is, waardoor ze vaak de intentie tot een bepaald gedrag niet goed meet (Leganger et al., 2000).

Een tweede mogelijkheid is de WEL te gebruiken en deze uit te breiden met schalen die de self-efficacy meten van andere belangrijke factoren van gewichtscontrole. De WEL meet in deze visie de self-efficacy om te weerstaan aan het eten als een vorm van verslavend gedrag. In de literatuur zijn de belangrijkste aanvullende oorzaken van obesitas een tekort aan fysieke activiteit en een ongezond voedingspatroon (Rosin, 2008).

Schwarzer en Renner (2008) ontwikkelden twee schalen die deze factoren meten, namelijk de 'Physical Exercise Self-Efficacy Scale' en de 'Nutrition Self-Efficacy Scale' die respectievelijk fysieke activiteit en ongezond voedingspatroon meten. De 'Physical Exercise Self-Efficacy Scale' is een schaal bestaande uit 5 items die meet hoe zeker de participant is van zichzelf dat hij of zij in staat is om fysieke activiteiten te ondernemen. De participant moet hierbij antwoorden op een 4-puntsschaal gaande van helemaal niet zeker tot helemaal zeker. Een hoge score behalen op deze schaal betekent voor een respondent dat hij of zij in moeilijke situaties steeds bereid is om intensief te bewegen. De 'Nutrition Self-Efficacy Scale' is ook een schaal bestaande uit 5 items die de participant vraagt naar de omstandigheden waarin hij of zij denkt dat men zich kan houden aan een gezond voedingspatroon. Ook hierbij moet de participant antwoorden op een 4-puntsschaal gaande van helemaal niet zeker tot helemaal zeker. Wanneer een respondent een hoge score op deze schaal behaalt, betekent dit hij of zij goed in staat is om zich aan een gezond voedingspatroon te houden. De interne consistentie voor beide van deze schalen was in het onderzoek van Schwarzer en Renner (2008) hoog (Chronbach's Alpha = 0,88).

In dit onderzoek wordt voor optie 2 gekozen. De self-efficacy van een respondent zal dus gemeten worden aan de hand van drie schalen, namelijk de WEL, de Physical Exercise Self-Efficacy Scale en de Nutrition Self-Efficacy Scale.

1.4.10 Intentie om gewicht te verliezen

Een onderzoek van Bish et al. (2005) wijst uit dat volwassenen steeds meer de intentie hebben om gewicht te verliezen. Uit hun onderzoek blijkt verder dat er socio-demografische verschillen bestaan tussen volwassenen die gewicht proberen te verliezen en diegenen die dat niet doen. Vrouwen blijken meer de intentie te hebben om gewicht te verliezen dan mannen. Ook blijkt bij beide geslachten de

intentie om gewicht te verliezen toe te nemen naarmate men een hoger aantal jaren opleiding genoot en naarmate men meer medische informatie over obesitas ter beschikking heeft.

Om de variabele 'intentie om gewicht te verliezen' goed te kunnen meten, zal in de vragenlijst voor dit onderzoek een combinatie van verschillende meetschalen worden gebruikt. De respondent wordt eerst direct gevraagd naar zijn intentie om gewicht te verliezen. Hierbij moet hij/zij antwoorden op een 7-punts Likertschaal gaande van helemaal niet akkoord tot helemaal akkoord hoe sterk zijn of haar intentie is om gewicht te verliezen. Deze schaal werd gebruikt in een Nederlands onderzoek dat naging in welke mate mensen hun gewicht over- of onderschatten en bleek goede resultaten op te leveren (Brug et al., 2006).

Vervolgens wordt de respondent gevraagd naar zijn of haar intentie om regelmatig fysieke activiteiten uit te voeren in de komende vier weken. Deze schaal bestaat uit drie items en wordt gemeten op een 7-punts Likertschaal gaande van helemaal niet akkoord tot helemaal akkoord of van heel onwaarschijnlijk tot heel waarschijnlijk. Ook wordt de respondent gevraagd naar zijn of haar intentie om regelmatig gezonde voeding te consumeren. Deze schaal bestaat tevens uit drie items en wordt gemeten op dezelfde 7-punts Likertschalen (Kvaavik et al., 2005).

1.4.11 Gewichtsafname

Om na te gaan of er verschillen bestaan in gewichtsafname tussen mensen met overgewicht en obese mensen, wordt de respondent gevraagd naar het gemiddeld aantal keer op weekbasis dat men fysieke activiteiten heeft uitgevoerd en gezond heeft gegeten gedurende de afgelopen week, maand en drie maanden. Ook deze schalen werden ontworpen door Kvaavik et al. (2005) en blijken goede resultaten op te leveren in hun onderzoek.

1.5 Codering van de enquêtevragen

Cicchetti et al. (1985) kwamen tot de vaststelling dat naarmate men een meetschaal op een hoger aantal punten codeert, de betrouwbaarheid van deze meetschaal verbetert. De meeste meetschalen die hierboven werden besproken, zijn echter niet erg hoog gecodeerd. Om dit probleem op te lossen werden alle meetschalen met uitzondering van de ja/nee-vragen gecodeerd op een 7-puntsschaal. Tevens is het voor respondenten gemakkelijker wanneer alle schalen hetzelfde gecodeerd zijn, zodat

verwarring wordt vermeden en het invullen van de vragenlijst sneller verloopt. In bijlage 2 (p.103) kan de volledige vragenlijst met uiteindelijke codering worden bekomen.

Enkele meetschalen bestaan uit vragen die niet in dezelfde richting zijn geschaald. Dit wil zeggen dat wanneer een respondent een hoge score op een vraag geeft, hij/zij eigenlijk een lage score op die vraag behaald. Bij de verwerking van de antwoorden op deze vragen, wordt er in SPSS 17 (het statistische programma waarmee alle data wordt verwerkt) met dit probleem rekening gehouden door deze vragen te hercoderen.

1.6 Dataverzameling

De enquête werd ontwikkeld met behulp van het programma 'Survey Master' dat erg geschikt is om online enquêtes op te stellen. De enquête werd online opgesteld omwille van verschillende redenen. Vooreerst is de enquête te lang om persoonlijk af te nemen, respondenten zouden niet bereid zijn om deze in te vullen en het zou te veel tijd in beslag nemen voor de enquêteur. Ten tweede verloopt de gegevensverwerking veel juister en sneller online. Respondenten worden verplicht om alle antwoorden in te vullen en de gegevens moeten niet meer met de hand worden ingegeven in SPSS. Ten derde is het bereik aan respondenten veel groter en kan Vlaanderen meer representatief vertegenwoordigd worden.

Aanvankelijk werden vele media gekozen waarlangs respondenten zouden worden bereikt: het Weight Watchers forum; Weight Watchers sessies; de website van Goed Gevoel; de website van Het Laatste Nieuws en wachtzalen van dokters en diëtisten. De meeste van deze media bleken overbodig te zijn, aangezien na één week, reeds 750 respondenten de enquête volledig hadden ingevuld via het Weight Watchers forum en de websites van Goed Gevoel en Het Laatste Nieuws. Het positieve aan deze drie media is dat respondenten zich bevinden in heel Vlaanderen, wat een goede representatieve steekproef oplevert. De enquête werd gedurende twee volledige weken online ter beschikking gesteld op de websites van Goed Gevoel en Het Laatste Nieuws. Bij afsluiting van de gegevensverzameling hebben in totaal 2118 mensen de enquête ingevuld, waarvan er 833 mensen de enquête volledig hebben invuld en 1285 gedeeltelijk. Voor de verdere analyses van de antwoorden zullen enkel de 833 volledig ingevulde enquêtes worden gebruikt. Twee enquêtes werden ingevuld gedurende de testfase, ook deze twee zullen worden weggelaten in de verdere analyse van de gegevens, wat betekent dat 831 enquêtes worden gebruikt in de verdere analyses.

2 Statistische analyses

2.1 Voorbereiding gegevensverwerking

Het geheel aan antwoorden die voortvloeiden uit de 2118 online afgenomen enquêtes worden geïmporteerd in het statistisch verwerkingsprogramma SPSS. De gegevens van de 1287 respondenten die niet volledig zijn, worden onmiddellijk verwijderd in SPSS. Om na te kunnen gaan of alle overige 831 respondenten aan de vereiste van een BMI van minstens 25 voldoen, wordt een nieuwe variabele 'BMI' berekend. Uit deze variabele volgt dat 12 respondenten een BMI hebben dat kleiner is dan 25. Deze respondenten worden weggelaten bij de verdere analyses. In totaal zullen dus de antwoorden van **819** respondenten worden gebruikt om de hypothesen te testen. Eén van deze 819 respondenten werd een bon in een winkel naar keuze gegeven ter waarde van 50 euro.

Zoals hierboven reeds werd besproken, zullen enkele vragen moeten worden gehercodeerd omdat deze niet in dezelfde richting zijn geschaald. Enkel de variabelen 'Internalization' en 'Attitude tegenover obesitas' bevatten vragen die niet in de juiste richting zijn geschaald. Voor de variabele 'Internalization' betreft het de vragen 1, 6, 9 en 13. Voor de variabele 'Attitude tegenover obesitas' zijn de vragen 1, 8, 9, 13, 17 en 18 in de verkeerde richting geschaald. Met SPSS wordt dit probleem snel opgelost door voor elk van deze vragen een nieuwe vraag in de juiste richting te creëren.

Om hypothese 9 met betrekking tot verschillen in gewichtsafname tussen obese mensen en mensen met overgewicht te kunnen testen, wordt een korte opvolgenquête gestuurd naar de 819 respondenten. Deze opvolgenquête vraagt de respondenten opnieuw naar hun lengte en gewicht om een toename of afname in BMI waar te nemen. Tevens wordt hen opnieuw gevraagd om aan te duiden hoe vaak gemiddeld zij gedurende de laatste week en laatste maand fysieke activiteiten hebben uitgevoerd en gezond hebben gegeten. Een totaal van 308 respondenten heeft deze opvolgenquête ingevuld, waarvan er 237 enquêtes bruikbaar zijn voor verdere analyses. Dit aantal is relatief klein doordat een deel van de respondenten erg grote waarden heeft ingegeven op de vraag hoe vaak men gezond eet per week. Deze vraag doelt op het aantal dagen dat men per week gezond eet en niet op het aantal maaltijden dat men gezond eet per week. Ondanks dat de vraag onduidelijk werd gesteld, heeft toch de meerderheid van de respondenten op de juiste manier geantwoord. Op de vraag hoe vaak men gemiddeld per week gedurende de laatste maand gesport en gezond gegeten heeft, heeft een deel van de respondenten geen

gemiddelde per week ingegeven, maar een totaal per maand. Deze gegevens werden handmatig aangepast door ze te delen door vier. Van de 237 enquêtes, komen de e-mailadressen van 19 respondenten niet overeen met één van de e-mailadressen van de eerst ingevulde enquête. De gegevens van deze respondenten worden daarom weggelaten uit de gegevensset. Uiteindelijk blijven de data van **218** respondenten over om hypothese 9 te testen, waarvan er 78 overgewicht hebben en 140 aan obesitas lijden. Eén van deze respondenten werd een bon in een winkel naar keuze uitgereikt ter waarde van 10 euro. De opvolgenquête kan in bijlage 3 (p.115) bestudeerd worden.

2.2 Beschrijving van de respondenten

Aan de hand van enkele kruistabellen kan een profiel worden opgesteld van de respondenten naar geslacht, leeftijdsklasse en gewichtsklasse. Deze kruistabellen kunnen in detail worden bestudeerd in bijlage 4, 5 en 6 (p.117-119).

Van de 819 respondenten zijn er **39,1 %** mannelijk en **60,9 %** vrouwelijk. Een totaal van **41,9 %** van de respondenten heeft overgewicht en **58,1 %** kampt met obesitas. Binnen de groep van mannelijke respondenten heeft 35,6 % overgewicht en kampt 64,4 % met obesitas. Binnen de groep van vrouwelijke respondenten is dit verschil kleiner, 45,9 % van de vrouwen heeft overgewicht en 54,1 % heeft obesitas. Opvallend is dat de groep respondenten met een BMI van 30 of meer groter is dan de groep respondenten met licht tot matig overgewicht. In de literatuurstudie werd echter aangetoond dat er in België een veel groter percentage volwassenen licht tot matig overgewicht heeft en dat een relatief kleiner percentage met obesitas kampt.

Om een beeld te bekomen van de gemiddelde leeftijd van alle respondenten, worden de respondenten in vijf verschillende leeftijdsklassen ingedeeld: personen met een leeftijd die valt binnen het interval 18-29 jaar (**30,0 %**), 30-39 jaar (**25,0 %**), 40-49 jaar (**26,4 %**), 50-59 jaar (**14,4 %**) en 60-75 jaar (**4,2 %**). Een logische verklaring voor het feit dat de oudere generaties in mindere mate hebben deelgenomen aan de enquête is dat deze personen geen computer en internet ter beschikking hebben. De leeftijdsklassen worden relatief gezien veel beter vertegenwoordigd door vrouwelijke respondenten. Dit blijkt vooral te gelden voor de twee jongste leeftijdscategorieën. Voor de oudste leeftijdscategorie blijkt dit juist omgekeerd te zijn, daar vertegenwoordigt de man relatief gezien bijna het dubbele van de vrouw

Aangezien de te testen hypothesen betrekking hebben op mogelijke verschillen die er bestaan tussen volwassenen met overgewicht en obese volwassenen, is het toch wel interessant om te weten hoe de verdeling binnen de leeftijdsklassen van deze groepen mensen is. Binnen de leeftijdsklasse 18-29 jarigen heeft **54,5 %** van de respondenten overgewicht en is **45,5 %** obees. Dit is de enige leeftijdsgroep waarbij de groep van obese mensen in mindere mate wordt vertegenwoordigd. Binnen de leeftijdsklasse 30-39 jarigen heeft **40,0 %** van de personen overgewicht en kampt **60,0 %** met zwaarlijvigheid. **32,4 %** van de 40-49 jarigen heeft overgewicht en **67,6 %** van de personen binnen deze leeftijdsgroep lijdt aan obesitas. Binnen de leeftijdsklasse 50-59 jarigen heeft **39,0 %** van de respondenten overgewicht en is **61,0 %** zwaarlijvig. Binnen de groep oudste respondenten heeft **32,4 %** overgewicht en **67,6 %** obees.

2.3 Validiteit, betrouwbaarheid en beschrijvende statistieken

2.3.1 Bespreking van de validiteit, betrouwbaarheid en beschrijvende statistieken

2.3.1.1 Factoranalyse

Zoals uit de enquête blijkt, bestaan de meeste vragen uit een hoog aantal items die de kans op multicollineariteit vergroten. Voor elke vraag zal daarom een factoranalyse worden gedaan die de items in verschillende dimensies onderverdeelt. Deze dimensies heten factoren, vandaar de naam factoranalyse. Een factoranalyse is geslaagd wanneer een klein aantal factoren samen een groot deel van de variantie die in de oorspronkelijke items aanwezig is, verklaart (Malhotra & Birks, 2007).

Wanneer een factoranalyse wordt doorgevoerd in SPSS, bekomt men een grote hoeveel aan output. Het geheel aan deze output wordt niet in bijlage opgenomen, omdat dit de eindverhandeling te lang zou maken. Enkel de output van de factoranalyse voor de eerste vraag wordt in bijlage opgenomen. De andere analyses verlopen op dezelfde manier.

In deze eindverhandeling zal voor elke vraag een Principal Component Analysis worden toegepast die bestaat uit twee stappen. De eerste stap die steeds wordt gezet is nagaan of factoranalyse geschikt is voor de gekozen set van items, dit gebeurt in twee deelstappen. Eerst wordt nagegaan of de p-waarde kleiner is dan 0,001. Indien dit het geval is, wordt er in een tweede deelstap naar de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) maatstaf gekeken of deze binnen het interval [0,5-1,0] ligt. Hoe hoger deze maatstaf,

hoe meer geschikt dat factoranalyse is. De KMO maatstaf geeft weer of de items voldoende verbonden zijn om tot factoren te leiden (Malhotra & Birks, 2007).

De tweede stap die wordt gezet, is het aantal dimensies bepalen en deze vervolgens benoemen. Dit kan op verschillende manieren gebeuren: onder andere op basis van eigenwaarden, op basis van een scree plot of op basis van het percentage variantie. Indien voor deze laatste stap wordt gekozen, dan zou het cumulatieve percentage aan variantie dat wordt behaald door de gekozen factoren minstens 60 % moeten bedragen. Afhankelijk van de vraag, zal een bepaalde methode of combinatie van methodes worden aangewend om het aantal dimensies te bepalen (Malhotra & Birks, 2007).

2.3.1.2 Chronbach's Alpha

Nadat de factoranalyse is doorgevoerd, wordt voor elke dimensie een Chronbach's Alpha berekend. Deze Chronbach's Alpha is een maatstaf voor de interne consistentie van items, ze geeft weer in welke mate een set van items hetzelfde concept meet. Indien de Chronbach's Alpha een waarde heeft van minstens 0,60 mag er verondersteld worden dat de items een aanvaardbare interne consistentie hebben. Een Chronbach's Alpha van 0,80 of meer betekent dat de items een erg hoge interne consistentie hebben, dit is uiteraard wat de onderzoeker het liefst bekommt. Wanneer een Chronbach's Alpha een waarde heeft die lager is dan 0,90 dan kan deze mogelijk verbeterd worden door een bepaald item weg te laten vallen. Dit is juist de reden waarom deze maatstaf wordt berekend. Er moet echter voorzichtig worden omgesprongen met deze subjectieve maatstaf, men kan niet zomaar de helft van de items laten wegvallen (Cronbach, 1951). De Chronbach's Alpha voor elke dimensie is terug te vinden in tabel 1. Deze tabel geeft een samenvatting van alle maatstaven.

2.3.1.3 Gemiddelde en standaarddeviatie

Voor elke dimensie wordt tevens een gemiddelde en een standaarddeviatie berekend om een zicht te krijgen op de gemiddelde score die respondenten behalen op een bepaalde dimensie en de afwijking ten opzichte van dit gemiddelde. Deze twee waarden zijn terug te vinden in tabel 1.

2.3.2 Berekening van de validiteit, betrouwbaarheid en beschrijvende statistieken

2.3.2.1 Lichaamsontevredenheid

Voor het concept lichaamsontevredenheid is de p-waarde kleiner dan 0,001 en bedraagt de KMO waarde 0,889, wat betekent dat factoranalyse zeer geschikt is. Volgens factoranalyse heeft het concept lichaamsontevredenheid geen onderliggende dimensies. Toch wordt slechts 52,1 % van de variantie verklaard door de eerste en enige factor. Subjectief wordt er echter ook besloten dat de beste oplossing voor dit concept één factor is, aangezien het zeer moeilijk is om twee dimensies te omschrijven. Een Chronbach's Alpha van 0,86 geeft tevens weer dat de interne consistentie van deze set items goed is. Item 4 verwijderen om Alpha te verhogen met 0,003 is overbodig, er wordt dus besloten om alle items te behouden (zie bijlage 7, p.120-122).

2.3.2.2 Pestverleden

In de enquête worden de respondenten gevraagd of zij in hun kinderjaren werden gepest omwille van gewichtsredenen. Indien een respondent 'nee' invult voor deze vraag, dan wordt hij/zij direct doorverwezen naar de vraag met betrekking tot internalization. Indien de respondent 'ja' invult dan volgen hem/haar twee vragen met betrekking tot zijn/haar pestverleden. 239 respondenten blijken een pestverleden te hebben omwille van gewichtsredenen. 69 personen binnen deze groep hebben overgewicht en 170 personen kampen met zwaarlijvigheid. De statistische analyses met betrekking tot het concept pestverleden zullen op de gegevens van deze 239 mensen worden berekend.

In de literatuurstudie wordt het concept pestverleden in twee dimensies opgedeeld. Factoranalyse wijst uit dat ook in dit onderzoek deze twee dimensies duidelijk naar voor komen. De eerste dimensie bevat zes items met betrekking tot een respondent zijn/haar pestverleden in het algemeen. Deze dimensie wordt daarom 'pestverleden' genoemd. De tweede dimensie meet de impact die het pestgedrag op het individu heeft. Deze dimensie krijgt daarom het label 'pestimpact'.

Mogelijk bestaan er subdimensies voor de dimensies 'pestverleden' en 'pestimpact'. Een factoranalyse kan uitwijzen of dit het geval is. Voor de dimensie 'pestverleden' blijkt factoranalyse geschikt te zijn.

De p-waarde is kleiner dan 0,001 en de KMO maatstaf bedraagt 0,82. Uit factoranalyse blijkt dat pestverleden geen onderliggende factoren meer heeft. Eén factor verklaart 66,0 % van de variantie. De Chronbach's Alpha voor deze dimensie is 0,89 wat betekent dat er een hoge interne consistentie tussen de items bestaat. Voor de dimensie 'pestimpact' blijkt factoranalyse met een p-waarde van nul en een KMO waarde van 0,86 ook geschikt te zijn. Factoranalyse toont aan dat 74,4 % van de variantie door één factor wordt verklaard. Ook de scree plot geeft duidelijk weer dat er slechts één factor bestaat. De Chronbach's Alpha voor deze dimensie is 0,930 wat betekent dat de items een zeer hoge interne consistentie hebben.

2.3.2.3 Internalization

Voor het concept internalization blijkt factoranalyse geschikt te zijn. Een p-waarde van nul en een KMO waarde van 0,93 bewijzen dit. Factoranalyse wijst uit dat er twee onderliggende dimensies bestaan voor het concept internalization, die samen 61,8 % van de variantie verklaren. De eerste dimensie wordt gevormd door alle items uitgezonderd de items 10, 11, 12 en 14 en bepaalt 51,0 % van de variantie. Deze items hebben allen betrekking op internalization door TV en magazines. De dimensie wordt daarom 'internalization door TV en magazines' genoemd. De tweede factor bestaat uit de items 10, 11, 12 en 14 en bepaald 10,8 % van de variantie. Deze vier items meten de mate waarin mensen zich vergelijken met sportatleten en met mensen die in vorm zijn. Deze dimensie krijgt daarom de naam 'internalization door sportieve personen' toegewezen. Dit blijkt overeen te stemmen met de twee internalization subschalen 'Internalization-General' en 'Internalization-Athlete' die in de literatuurstudie worden besproken. Beide schalen hebben een hoge Chronbach's Alpha (0,92 en 0,84) wat betekent dat de interne consistentie van de items goed is.

2.3.2.4 Gedrag van gewichtscontrole in het verleden

Het concept gedrag van gewichtscontrole in het verleden wordt gemeten aan de hand van 13 ja/nee-vragen. Anders dan bij een 7-puntsschaal wordt voor dit concept voor iedere respondent een totaalscore op 13 berekend door een sommatie te maken van het aantal keer dat een respondent 'ja' antwoordt. Voor dit concept kan geen factoranalyse worden doorgevoerd aangezien dit concept niet

interval of ratio geschaald is. Enkel het gemiddelde en de standaarddeviatie worden berekend en zijn terug te vinden in tabel 1.

2.3.2.5 Self-efficacy

Het concept self-efficacy bestaat reeds uit drie dimensies. Dimensie 1 meet de self-efficacy van een persoon om meer te bewegen in de toekomst. Dimensie 2 meet de self-efficacy van een persoon om meer gezonde voeding te eten in de toekomst. En dimensie 3 meet de self-efficacy van een persoon om 'nee' te kunnen zeggen tegen eten in moeilijke situaties. Voor elk van deze dimensies zal aan de hand van een factoranalyse worden achterhaald of er mogelijke subdimensies bestaan.

Voor dimensie 1 blijkt factoranalyse geschikt te zijn, want de p-waarde bedraagt nul en de KMO maatstaf geeft de waarde 0,85 weer. Ondanks dat deze dimensie slechts uit 5 items bestaat, blijken er twee factoren binnen deze dimensie te bestaan die samen 91,6 % aan variantie verklaren. De eerste drie items vormen samen de eerste factor die 81,4 % van de variantie verklaart. Deze factor meet de self-efficacy van een persoon om meer te bewegen in mentaal moeilijke situaties. De tweede factor bestaat uit de laatste twee items die samen 10,2 % van de variantie verklaren. Deze factor meet de self-efficacy van een persoon om meer te bewegen in fysiek moeilijke situaties. De Chronbach's Alpha van beide factoren is erg hoog (0,95 en 0,90), wat wijst op een goede interne consistentie van de items.

Dimensie 2 blijkt ook geschikt te zijn om factoranalyse op toe te passen. Het significantieniveau bedraagt namelijk nul en de KMO maatstaf heeft een waarde van 0,866. Factoranalyse wijst uit dat er ook voor deze dimensie twee onderliggende factoren bestaan. De eerste drie items vormen samen de eerste factor en de laatste twee items vormen samen de tweede factor. Ondanks dat er twee factoren worden vooropgesteld door SPSS, is het toch beter om alle items samen te houden in één dimensie. De factoren kunnen namelijk onmogelijk benoemd worden omdat er geen duidelijke relatie waarneembaar is tussen de items binnen iedere factor. Tevens verklaart de eerste factor reeds 76,1 % van de variantie. De Chronbach's Alpha voor deze dimensie bedraagt 0,920 wat duidt op een goede interne consistentie van de items.

Ook voor dimensie drie blijkt factoranalyse geschikt te zijn. De p-waarde bedraagt ook hier nul en de KMO maatstaf heeft een waarde van 0,95. Factoranalyse wijst uit dat er voor deze dimensie vier

factoren kunnen worden onderscheiden die samen 64,4 % van de variantie verklaren. Factor 1 bevat de items 3, 7, 8, 12, 13, 17 en 18. Al deze items meten in welke mate mensen kunnen weerstaan aan eten in een sociale omgeving en in welke mate ze kunnen weerstaan aan eten wanneer er hen vele verschillende soorten voeding ter beschikking wordt gesteld. Deze factor krijgt daarom de naam 'self-efficacy van eten in een sociale en voedselrijke omgeving. De items binnen deze factor hebben een Chronbach's Alpha ter waarde van 0,90.

Factor 2 bevat de items 1, 4, 6, 11, 16 en 19. Deze items meten allen de self-efficacy van een persoon om te weerstaan aan eten wanneer deze in een mentaal moeilijke situatie (stress, depressie, irritatie,...) verkeerd. De naam voor factor 2 is daarom 'self-efficacy van eten in mentaal moeilijke situaties'. Factor 2 verklaart 7,0 % van de variantie en de items binnen deze factor hebben een interne consistentie van 0,88.

De derde factor bestaat uit de items 9, 10, 14, 15 en 20. Deze items meten of mensen kunnen weerstaan aan eten in situaties waarin zij pijn ervaren, gelukkig zijn of ontspannen zijn. Deze factor krijgt de naam 'self-efficacy van eten in situaties van pijn en ontspanning'. Factor drie verklaart 6,3 % van de variantie en de items binnen deze factor hebben een interne consistentie van 0,80.

De vierde en laatste factor bevat enkel de items 2 en 5. Deze items meten of mensen aan eten kunnen weerstaan tijdens het tv kijken en in de weekenden. De Chronbach's Alpha van deze twee items bedraagt slechts 0,48, wat een onaanvaardbare score is. Er wordt daarom besloten om deze twee items te elimineren in verder onderzoek. Dit betekent dat er uiteindelijk drie factoren overblijven.

2.3.2.6 Attitude tegenover obesitas

Het concept attitude tegenover obesitas blijkt geschikt te zijn om factoranalyse op toe te passen. De p-waarde is ook hier weer nul en de KMO maatstaf heeft een waarde van 0,82. Factoranalyse wijst uit dat het een moeilijke opgave is om de items van dit concept in factoren onder te brengen. Er zijn minstens vijf factoren nodig om slechts 52,8 % van de variantie te verklaren. Tevens zijn deze vijf factoren moeilijk te benoemen. Ook de Chronbach's Alpha's geven aan dat indien er vijf factoren worden ontwikkeld, de Alpha waarden erg laag liggen (net boven de grens van 0,60). Wanneer er naar

de scree plot wordt gekeken, dan is het optimaal aantal factoren drie. Ondanks dat in dit geval de factoren slechts 40,52 % van de variantie verklaren, wordt toch voor deze laatste optie gekozen.

Factor 1 bevat de items 1, 2, 5, 8, 9, 13, 17 en 18. Deze items meten de attitude die een respondent aanhoudt ten opzichte van het affectieve en fysieke uiterlijk van zwaarlijvige mensen. Deze dimensie wordt daarom 'attitude tegenover het affectieve en fysieke uiterlijk' genoemd. Deze factor verklaart 21,1 % van de variantie. De Chronbach's Alpha voor deze items bedraagt 0,75. Bij **eliminatie van item 13**, verhoogt Alpha tot 0,77. De beslissing wordt daarom gemaakt om dit item weg te laten uit deze dimensie bij verdere analyses.

Factor 2 bevat de items 4, 6, 10, 14, 15, 16, 19 en 20. Deze items meten de attitude die een persoon heeft ten opzichte van het sociale leven dat een zwaarlijvige persoon leidt. Deze dimensie wordt daarom de naam 'attitude tegenover het sociale leven' gegeven. Factor 2 verklaart 11,9 % van de variantie. De Chronbach's Alpha voor deze items bedraagt 0,70. Deze Alpha waarde kan niet meer worden verhoogd door weglating van een bepaald item.

Factor 3 bevat de overige items 3, 7, 11 en 12. Deze items meten de attitude die een persoon aanhoudt tegenover bepaalde persoonlijkheidskenmerken van een obese persoon. Deze dimensie wordt daarom 'attitude tegenover persoonlijkheidskenmerken' genoemd. Factor 3 verklaart 7,6 % van de variantie en de items van deze factor hebben een interne consistentie van 0,53. Bij **weglatting van item 3** verhoogt deze waarde tot 0,63. Deze waarde is matig, doch aanvaardbaar. Bij verdere analyses van deze dimensie, zal item 3 niet mee worden opgenomen.

2.3.2.7 Subjectieve norm voor obesitas

Voor het concept subjectieve norm voor obesitas blijkt factoranalyse ook geschikt te zijn. De p-waarde voor dit concept is hier nul en de KMO maatstaf bedraagt 0,72. Factoranalyse wijst uit dat er duidelijk twee onderliggende factoren aan de oorsprong van dit concept liggen die samen 75,0 % van de variantie verklaren. De eerste factor bevat de items 1, 2, 3, 4, 5 en 6, de tweede factor bevat de items 7 en 8. Factor 1 meet de druk die een persoon ondervindt van zijn familie, vrienden en partner omdat hij/zij overgewicht heeft. Deze factor krijgt de naam 'druk van sociale omgeving'. Factor 2 meet de druk die een persoon ondervindt van de media om er slanker uit te zien. Factor 2 noemt men daarom

‘druk van media’. Factor 1 verklaart 55,3 % van de variantie. De Chronbach’s Alpha waarde voor de items die deze factor bevat is 0,90. Factor 2 verklaart 19,7 % van de variantie. De Chronbach’s Alpha hierbij bedraagt 0,96.

2.3.2.8 Intentie om gewicht te verliezen

Het concept intentie om gewicht te verliezen bestaat reeds uit drie dimensies. Een eerste dimensie meet rechtstreeks de intentie van een persoon om gewicht te verliezen. Deze dimensie bestaat uit slechts 1 item, factoranalyse is voor deze dimensie dus overbodig. Wat opvallend is voor dit ene item, is dat het gemiddelde antwoord dat een respondent geeft, 6,09 op 7 is. Dit betekent dat bijna alle respondenten een sterke intentie hebben om gewicht te verliezen.

De tweede dimensie meet de intentie van een persoon om (meer) fysieke activiteiten uit te voeren in de nabije toekomst. Deze dimensie bestaat uit 3 items die dit allen direct meten. De Chronbach’s Alpha van deze drie items is dan ook erg hoog: 0,94. Factoranalyse is ook hier overbodig. Het gemiddelde van deze dimensie (= 5,09) ligt boven het neutrale punt (= 4,0). Dit betekent dat alle respondenten tesamen een matige intentie hebben om meer te bewegen in de toekomst.

Dimensie drie meet de intentie van een persoon om (meer) gezondere voeding te consumeren in de nabije toekomst. Ook deze dimensie bestaat uit drie items die dit allen direct meten. De items hebben een hoge interne consistentie, de Chronbach’s Alpha waarde bedraagt namelijk 0,93. Factoranalyse is ook hier weer overbodig. Het gemiddelde antwoord (= 5,50) dat een respondent geeft op de vraag of hij/zij de intentie heeft om meer gezonde voeding te eten in de nabij toekomst ligt tamelijk ver over het neutrale punt (= 4,0).

Uit deze drie dimensies kan duidelijk de conclusie worden getrokken dat de meerderheid van de respondenten iets wil doen aan zijn/haar overgewicht.

2.3.3 Samenvattingstabel

Tabel 1 geeft een volledige samenvatting van de hierboven berekende waarden. Dit om een overzicht te geven van alle concepten en dimensies die er bestaan.

Tabel 1: Validiteit, betrouwbaarheid en beschrijvende statistieken van de gebruikte constructen

Concept	Dimensie (factor)	Gemiddelde	Standaard- deviatie	α	Variantie in % (factoranalyse)
Lichaams-ontevredenheid	Lichaams-ontevredenheid	4,18 (7-punts)	1,11	0,86	52,1 %
Pestverleden	Pestverleden	4,03 (7-punts)	1,13	0,89	66,0 %
Pestimpact	Pestimpact	4,85 (7-punts)	1,65	0,93	74,4 %
Internalization	Internalization door TV en magazines	3,57 (7-punts)	1,33	0,92	51,0 %
	Internalization door sportieve personen	3,56 (7-punts)	1,32	0,84	10,8 %
Gewichtscontrole in het verleden	Gewichtscontrole in het verleden	4,42 (totaal op 13)	2,25	n.r.*	n.r.
Self-efficacy van beweging	Self-efficacy van beweging in mentaal moeilijke situaties	3,57 (7-punts)	1,67	0,95	81,4 %

	Self-efficacy van beweging in fysiek moeilijke situaties	3,19 (7-punts)	1,55	0,90	10,2 %
Self-efficacy van gezonde voeding	Self-efficacy van gezonde voeding	4,11 (7-punts)	1,33	0,92	76,1 %
Self-efficacy van 'nee' zeggen tegen eten in moeilijke situaties	Self-efficacy van eten in een sociale en voedselrijke omgeving	4,75 (7-punts)	1,24	0,90	46,0 %
	Self-efficacy van eten in mentaal moeilijke situaties	3,93 (7-punts)	1,34	0,88	7,0 %
	Self-efficacy van eten in situaties van pijn en ontspanning	4,98 (7-punts)	1,18	0,80	6,3 %
Attitude tegenover obesitas	Attitude tegenover het affectieve en fysieke uiterlijk	4,76 (7-punts)	0,97	0,77	21,1 %
	Attitude tegenover het sociale leven	3,21 (7-punts)	0,87	0,67	11,9 %
	Attitude tegenover persoonlijkheidskenmerken	4,17 (7-punts)	0,95	0,63	7,6 %
Subjectieve norm	Druk van sociale omgeving	3,21 (7-punts)	1,31	0,90	55,3 %
	Druk van media	3,57 (7-punts)	1,91	0,96	19,7 %

Intentie om gewicht te verliezen	Intentie om gewicht te verliezen	6,09 (7-punts)	1,04	n.r.	n.r.
Intentie om meer te bewegen	Intentie om meer te bewegen	5,09 (7-punts)	1,68	0,94	n.r.
Intentie om gezonder te eten	Intentie om gezonder te eten	5,50 (7-punts)	1,27	0,93	n.r.

*n.r.: niet relevant

2.4 Het testen van de hypothesen

2.4.1 T-toets voor onafhankelijke steekproeven

Nu dat er een goed overzicht bestaat van alle data die de respondenten hebben ingegeven, kunnen de hypothesen worden getest. Elke hypothese zal worden getest voor de totale groep van respondenten (819 personen), maar ook per geslacht en per leeftijdsgroep. Dit omdat mogelijke verschillen tussen gewichtklassen significant kunnen zijn voor vrouwen, maar niet voor mannen en voor jongere generaties, maar niet voor oudere generaties en omgekeerd. Om goede analyses te verrichten, moet er een voldoende groot aantal respondenten worden opgenomen. Indien er t-toetsen voor de vijf leeftijdscategorieën worden gedaan, dan zullen bepaalde groepen van respondenten te klein zijn (zeker voor analyses met betrekking tot pestverleden). Daarom zullen de respondenten in slechts twee categorieën worden ingedeeld: 18-45 jarigen (= de jongere generaties) en 46-75 jarigen (= de oudere generaties). Op deze twee leeftijdscategorieën zullen de t-testen uitgevoerd worden.

Om iedere hypothese te testen, zal een t-toets voor onafhankelijke steekproeven worden gedaan via SPSS 17. Deze test gaat na of mensen met overgewicht en obese mensen verschillend scoren op de hierboven gevonden dimensies. Indien er significante verschillen bestaan op **significantieniveau 0,05**, dan betekent dit dat gezondheidsorganisaties en sociale marketeers in de toekomst programma's zouden moeten opstellen die meer specifiek gericht zijn tot enerzijds mensen met overgewicht (BMI tussen 25 en 29,9) en anderzijds obese mensen (BMI \geq 30).

2.4.2 Het testen van de hypothesen

De SPSS output van de t-toetsen die er worden gedaan om iedere hypothese te testen, worden niet allemaal opgenomen in bijlage. Enkel de output van de t-toets voor onafhankelijke steekproeven voor hypothese 1 wordt in bijlage opgenomen. Dit om te vermijden dat de eindverhandeling te lang zou worden.

“Hypothese 1: De groep mensen met een BMI die ligt tussen 25 en 29,9 behaalt een lagere score op pestverleden ten opzichte van de groep mensen met een BMI van 30 of meer.”

a) Dimensie ‘pestverleden’

Voor de 239 respondenten die een pestverleden hebben, bestaat er een significant verschil (p -waarde=0,01) voor diegenen die overgewicht ($\mu=3,75$) hebben en diegenen die obees ($\mu=4,14$) zijn. Dit betekent dat obese mensen significant meer gepest geweest zijn in hun kinderjaren dan mensen met overgewicht. De vooropgestelde hypothese wordt dus door de dimensie ‘pestverleden’ ondersteund. Wanneer deze analyse per geslacht wordt gemaakt, dan blijkt dat er enkel voor de mannelijke respondenten een significant verschil bestaat (p -waarde=0,04). Obese mannen ($\mu=4,12$) hebben een significant zwaarder pestverleden gehad dan mannen met overgewicht ($\mu=3,36$). Voor de vrouwelijke respondenten geldt ook dat de obese vrouwen ($\mu=4,16$) een zwaarder pestverleden hebben doorstaan dan vrouwen met overgewicht ($\mu=3,88$), doch dit verschil kan niet significant aangetoond worden (p -waarde=0,14). Ook per leeftijdscategorie kan deze analyse worden gemaakt. Jongere generaties die aan zwaarlijvigheid ($\mu=4,12$) lijden, zijn significant (p -waarde=0,20) meer gepest geweest in hun kinderjaren dan jongere personen met overgewicht ($\mu=3,71$). Voor de oudere generaties geldt dit fenomeen niet. Oudere obese personen ($\mu=4,27$) hebben een zwaarder pestverleden dan oudere generaties met overgewicht ($\mu=3,93$), doch dit verschil kan niet significant (p -waarde=0,44) bewezen worden (zie bijlage 8, p. 123-127).

b) Dimensie ‘pestimpact’

Hoewel er duidelijk significante verschillen bestaan tussen het pestverleden van obese mensen en van mensen met overgewicht, blijkt de impact van dit pestverleden echter hetzelfde te zijn voor beide gewichtklassen. Wanneer er naar het gemiddelde wordt gekeken van beide groepen, dan kan er

worden opgemerkt dat deze zeer dicht bij elkaar liggen (p -waarde=0,78). De impact van een pestverleden op een individu is voor een obese persoon ($\mu=4,87$) wel iets sterker dan voor een persoon met overgewicht ($\mu=4,81$). Zowel obese mannen ($\mu=4,32$) als obese vrouwen ($\mu=5,19$) lijden meer onder hun pestverleden dan mannen ($\mu=3,85$) en vrouwen ($\mu=5,14$) met overgewicht. Dit verschil is voor beide geslachtsklassen echter niet significant (p -waarde voor mannen=0,26; voor vrouwen=0,87). Voor vrouwen valt op te merken dat hun pestverleden een tamelijk sterke impact op hen heeft (gehad).

Voor de jongere generaties gaat de hypothese helemaal niet op. Bij hen blijken personen met overgewicht ($\mu=4,97$) een sterkere impact te ondergaan van hun pestverleden dan obese personen ($\mu=4,95$). Doch dit verschil wordt niet significant (p -waarde=0,96) ondersteund. Voor de oudere generaties blijkt een pestverleden een sterkere impact te hebben op een obese persoon ($\mu=4,49$) dan op een persoon met overgewicht ($\mu=3,87$), doch ook niet significant (p -waarde=0,32).

Hypothese 2: De groep mensen met een BMI die ligt tussen 25 en 29,9 is minder ontevreden met hun lichaam dan de groep mensen met een BMI van 30 of meer.

Hypothese 2 wordt niet ondersteund en wordt zelfs in beperkte mate tegengesproken. Mensen met overgewicht ($\mu=4,24$) zijn meer ontevreden met hun lichaam dan obese mensen ($\mu=4,13$). Dit verschil kan echter niet significant (p -waarde=0,18) bewezen worden. Voor mannen gaat hypothese 2 echter wel op. Obese mannen ($\mu=3,70$) zijn meer ontevreden met hun lichaam dan mannen met overgewicht ($\mu=3,58$), doch ook deze bevinding wordt niet significant (p -waarde=0,34) ondersteund. Voor vrouwen, jongere generaties en oudere generaties wordt hypothese 2 dan weer tegengesproken, doch in geen enkel geval op significante wijze. Vrouwen met overgewicht ($\mu=4,57$) zijn meer ontevreden met hun lichaam dan obese vrouwen ($\mu=4,47$), doch dit verschil kan niet significant (p -waarde=0,26) aangetoond worden. Jongere generaties met overgewicht ($\mu=4,25$) zijn meer ontevreden met hun lichaam dan obese jongere generaties ($\mu=4,21$), doch niet op significante wijze (p -waarde=0,59). Ook oudere generaties met overgewicht ($\mu=4,19$) zijn meer ontevreden met hun lichaam dan zwaarlijvige oudere generaties ($\mu=3,98$), doch ook niet op significante wijze (p -waarde=0,19).

Hypothese 3: Het lichaamszelfbeeld van personen met een BMI die ligt tussen 25 en 29,9 wordt minder beïnvloed door de media dan dat van personen met een BMI van 30 of meer.

a) Dimensie 'internalization door TV en magazines'

Voor de volledige set van respondenten wordt hypothese 3 tegengesproken. Mensen met overgewicht ($\mu=3,82$) worden significant (p -waarde=0,00) meer beïnvloed door de media dan obese mensen ($\mu=3,39$). Het is echter wel belangrijk om op te merken dat het gemiddelde van beide gewichtklassen onder het neutrale punt ligt, wat er op duidt dat TV en magazines in het algemeen slechts in beperkte mate een invloed uitoefenen op mensen. Mannen vinden dat TV en magazines eerder geen invloed uitoefenen op hun lichaamszelfbeeld, vrouwen daarentegen staan hiertegenover neutraal. Het lichaamszelfbeeld van obese mannen ($\mu=3,02$) wordt significant (p -waarde=0,01) minder beïnvloed door TV en magazines dan dat van mannen met overgewicht ($\mu=3,38$). Voor vrouwen geldt dezelfde uitspraak. Het lichaamszelfbeeld van obese vrouwen ($\mu=3,68$) wordt significant (p -waarde=0,00) minder beïnvloed door TV en magazines dan het lichaamszelfbeeld dat vrouwen met overgewicht ($\mu=4,05$) over zichzelf hebben.

Jongere generaties worden meer beïnvloed te worden door TV en magazines dan oudere generaties. Doch beide leeftijdscategorieën vinden dat TV en magazines eerder geen impact hebben op het lichaamsbeeld dat zij over zichzelf aanhouden. Jongere generaties die aan zwaarlijvigheid lijden ($\mu=3,51$), worden significant (p -waarde=0,00) minder beïnvloed te worden door TV en magazines dan jongere personen met overgewicht ($\mu =3,96$). Ook obese oudere generaties ($\mu=3,14$) worden minder beïnvloed door TV en magazines dan oudere generaties met overgewicht ($\mu=3,41$), doch dit verschil kan niet significant (p -waarde=0,11) bewezen worden.

b) Dimensie 'internalization door sportieve personen'

Ook voor deze dimensie wordt hypothese 3 significant tegengesproken. Het lichaamszelfbeeld van obese mensen ($\mu=3,38$) wordt significant (p -waarde=0,00) minder beïnvloed door het uiterlijk van sportpersonen dan dat van mensen met overgewicht ($\mu=3,82$). Beide gewichtklassen vinden echter dat sportfiguren eerder geen impact hebben op het lichaamszelfbeeld dat zij over zichzelf hebben. Zowel voor mannen als voor vrouwen geldt deze bevinding en wordt ze significant bewezen. Het lichaamszelfbeeld van obese mannen ($\mu=3,37$) wordt significant (p -waarde=0,00) minder beïnvloed

door sportfiguren dan dat van mannen met overgewicht ($\mu=3,93$). Obese vrouwen ($\mu=3,38$) worden tevens significant (p -waarde= $0,01$) minder beïnvloed door sportfiguren dan vrouwen met overgewicht ($\mu=3,77$). Ook obese jongere generaties ($\mu=3,41$) worden significant (p -waarde= $0,00$) minder beïnvloed door sportfiguren dan jongere generaties met overgewicht ($\mu=3,99$). Oudere generaties worden eerder niet beïnvloed door sportfiguren, de groep met overgewicht ($\mu=3,28$) gaat hier in vergelijking met de obese groep ($\mu=3,29$) het sterkste meer akkoord, doch niet op significante wijze (p -waarde= $0,97$).

Hypothese 4: De groep mensen met een BMI die ligt tussen 25 en 29,9 heeft in het verleden mindere malen geprobeerd om gewicht te verliezen dan de groep mensen met een BMI van 30 of meer.

Hypothese 4 wordt tegengesproken, doch niet significant. Wanneer het significantieniveau echter hoger wordt gelegd (op niveau $0,1$) dan wordt bewezen dat mensen met overgewicht ($\mu=4,58$) significant (p -waarde= $0,08$) meer actie ondernemen om gewicht te verliezen dan mensen met obesitas ($\mu=4,30$). Naar demografische kenmerken toe blijken zowel obese mannen, vrouwen, jongere generaties als oudere generaties niet significant te verschillen van personen met overgewicht in het ondernemen van acties met als doel gewicht te verliezen. Mannen met overgewicht ($\mu=3,96$) ondernemen meer acties om gewicht te verliezen dan obese mannen ($\mu=3,62$), doch niet op significante wijze (p -waarde= $0,15$). Ook vrouwen met overgewicht ($\mu=4,89$) ondernemen meer acties om gewicht te verliezen dan obese vrouwen ($\mu=4,82$), doch dit verschil kan niet significant (p -waarde= $0,74$) aangetoond worden. Jongere generaties met overgewicht ($\mu=4,72$) proberen meer acties te ondernemen om gewicht te verliezen dan obese jongere generaties ($\mu=4,46$), doch niet significant meer. Ook oudere generaties met overgewicht ($\mu=4,16$) proberen vaker gewicht te verliezen dan obese oudere generaties ($\mu=3,95$), doch niet significant (p -waarde= $0,53$) vaker.

Hypothese 5: Personen met een BMI die ligt tussen 25 en 29,9 hebben een hogere self-efficacy dan mensen met een BMI van 30 of meer.

- a) Dimensie 'self-efficacy van beweging in mentaal moeilijke situaties'

Het gemiddelde van alle respondenten wijst uit dat zowel obese mensen ($\mu=3,58$) als mensen met overgewicht ($\mu=3,57$) zich eerder niet zeker in staat voelen om te bewegen wanneer zij zich mentaal niet goed voelen. Tussen beide gewichtklassen is er geen significant verschil (p -waarde= $0,94$) te

vinden, wat betekent dat iedereen hierover hetzelfde idee heeft. Wanneer er per geslacht een analyse wordt gemaakt, kan men waarnemen dat mannen geen mening hebben op de vraag of zij zichzelf ertoe in staat voelen om te bewegen in mentaal moeilijke situaties. Obese mannen ($\mu=3,98$) steunen dit idee meer dan mannen met overgewicht ($\mu=3,96$), doch niet significant meer (p -waarde= $0,89$). Vrouwen daarentegen geven toe dat zij in mindere mate zeker zijn van zichzelf zijn dat ze zullen bewegen in mentaal moeilijke situaties. Ook hier is er geen significant verschil (p -waarde= $0,46$) waarneembaar tussen obese vrouwen ($\mu=3,27$) en vrouwen met overgewicht ($3,38$). De jongere generaties (zowel de obese jongere generaties ($\mu=3,46$) als die met overgewicht ($\mu=3,56$) (p -waarde= $0,44$)) geven aan dat zij zichzelf eerder niet zeker in staat voelen om te bewegen in mentaal moeilijke situaties. Oudere generaties met overgewicht ($\mu=3,59$) steunen dit idee, maar obese ouderen ($\mu=3,83$) neigen eerder naar een neutraal antwoord toe, doch dit verschil kan niet significant (p -waarde= $0,30$) bewezen worden.

b) Dimensie 'self-efficacy van beweging in fysiek moeilijke situaties'

Ook in fysiek moeilijke situaties voelen zowel obese mensen ($\mu=3,17$) als mensen met overgewicht ($\mu=3,21$) zich eerder niet in staat om te bewegen. Tussen beide gewichtklassen bestaat hierin geen significant verschil (p -waarde= $0,72$). Noch in een bepaald geslacht, noch in een bepaalde leeftijdscategorie kan er een significant verschil gevonden worden tussen obese personen en personen met overgewicht. Wat wel opvalt, is dat vrouwen en jongere generaties zich gemiddeld minder in staat voelen om te bewegen in fysiek moeilijke situaties dan mannen en oudere generaties. Mannen met overgewicht ($\mu=3,36$) voelen zich meer in staat om te bewegen in moeilijke situaties dan obese mannen ($\mu=3,48$), doch niet significant meer (p -waarde= $0,51$). Ook vrouwen met overgewicht ($\mu=3,14$) voelen zich meer in staat om te bewegen in fysiek moeilijke situaties dan obese vrouwen ($\mu=2,94$), doch niet significant meer (p -waarde= $0,15$). Jongere generaties met overgewicht ($\mu=3,13$) geven weer meer in staat te zijn om te bewegen in fysiek moeilijke situaties dan obese jongere generaties ($\mu=3,08$), doch niet significant meer (p -waarde= $0,61$). Ook oudere generaties met overgewicht ($\mu=3,46$) voelen zich meer in staat om te bewegen wanneer zij zich fysiek niet goed voelen dan obese oudere generaties ($\mu=3,39$), doch niet significant meer (p -waarde= $0,73$).

c) Dimensie 'self-efficacy van gezonde voeding'

Het gemiddelde van alle respondenten geeft aan geen mening te hebben over de vraag of zij zich in staat voelen om in moeilijke situaties gezonde voeding te eten. Obese mensen ($\mu=4,14$) en mensen met

overgewicht ($\mu=4,07$) denken hierover op dezelfde wijze (p -waarde= $0,43$). Zowel mannen met overgewicht ($\mu=4,08$) als obese mannen ($\mu=4,09$) hebben hierover geen mening (p -waarde= $0,94$). Obese vrouwen ($\mu=4,18$) voelen zich echter meer in staat om gezonde voeding te eten in moeilijke situaties dan vrouwen met overgewicht ($\mu=4,06$), doch niet significant meer (p -waarde= $0,32$). Jongere generaties met overgewicht ($\mu=4,11$) hebben dezelfde self-efficacy om gezond te eten in moeilijke situaties als obese jongere generaties ($\mu=4,12$) (p -waarde= $0,95$). Opmerkelijk is wel dat obese oudere generaties ($\mu=4,20$) zich meer in staat voelen om gezond te eten in moeilijke situaties dan oudere generaties met overgewicht ($\mu=3,94$), doch dit verschil kan niet significant aangetoond worden (p -waarde= $0,18$).

d) Dimensie 'self-efficacy van eten in een sociale en voedselrijke omgeving'

Het gemiddelde van alle respondenten blijkt geen mening te hebben over de vraag of zij overtuigd zijn van zichzelf om nee te kunnen zeggen tegen eten in sociale en voedselrijke situaties. Ook hier is er geen significant verschil (p -waarde= $0,73$) te vinden in de denkwijze omtrent deze vraag door enerzijds zwaarlijvige mensen ($\mu=4,06$) en anderzijds mensen met overgewicht ($\mu=4,03$). Mannen met overgewicht ($\mu=4,18$) voelen zich beter in staat om nee te kunnen zeggen tegen eten in een sociale en voedselrijke omgeving dan obese mannen ($\mu=4,06$), doch niet op significante wijze (p -waarde= $0,44$). Voor vrouwen geldt het omgekeerde. Obese vrouwen ($\mu=4,06$) voelen zich meer in staat om nee te kunnen zeggen tegen eten in een sociale en voedselrijke omgeving dan vrouwen met overgewicht ($3,96$), doch niet significant meer (p -waarde= $0,35$). Deze trend bestaat er ook voor de jongere generaties. Obese jongere generaties ($\mu=4,03$) voelen zich meer in staat om nee te kunnen zeggen tegen eten in een sociale en voedselrijke omgeving dan jongere generaties met overgewicht ($\mu=3,97$), doch niet significant meer (p -waarde= $0,60$). Voor de oudere generaties geldt dan weer het omgekeerd. Oudere generaties met overgewicht ($\mu=4,21$) voelen zich meer in staat om nee te kunnen zeggen tegen eten in een sociale en voedselrijke omgeving dan obese oudere generaties ($\mu=4,13$), doch niet significant meer (p -waarde= $0,70$).

e) Dimensie 'self-efficacy van eten in mentaal moeilijke situaties'

Respondenten staan in het algemeen neutraal tegenover de vraag of zij overtuigd zijn van zichzelf om nee te kunnen zeggen tegen eten wanneer zij zich mentaal niet goed voelen. Voor obese mensen ($\mu=3,93$) en mensen met overgewicht ($\mu=3,92$) blijkt hier geen significant verschil (p -waarde= $0,96$) tussen te bestaan. Ook voor geen enkele demografische groep bestaat er een verschil tussen obese

mensen en mensen met overgewicht. Wat wel valt op te merken, is dat mannen en oudere generaties meer overtuigd lijken te zijn van zichzelf om nee te kunnen zeggen tegen eten in mentaal moeilijke situaties dan vrouwen en jongere generaties. Mannen met overgewicht vinden van zichzelf dat ze beter nee kunnen zeggen tegen eten in situaties waarin zij zich mentaal niet voelen dan obese mannen ($\mu=4,23$), doch dit verschil kan niet significant (p -waarde= $0,13$) aangetoond worden. Obese vrouwen ($\mu=3,70$) vinden dat zij een hogere self-efficacy hebben om nee te zeggen tegen eten in mentaal moeilijke situaties dan vrouwen met overgewicht ($\mu=3,65$), dit verschil is echter niet significant (p -waarde= $0,68$). Het verschil in self-efficacy met betrekking tot eten in moeilijke situaties is tussen jongere generaties met overgewicht ($\mu=3,83$) en obese jongere generaties ($\mu=3,81$) erg klein en is dus niet significant verschillend (p -waarde= $0,81$). Ook het verschil in self-efficacy met betrekking tot eten in moeilijke situaties tussen oudere generaties met overgewicht ($\mu=4,20$) en obese oudere generaties ($\mu=4,18$) is erg klein en duidelijk niet significant (p -waarde= $0,94$).

f) Dimensie 'self-efficacy van eten in situaties van pijn en ontspanning'

In situaties van pijn en ontspanning zijn alle mensen duidelijk eerder overtuigd om nee te kunnen zeggen tegen eten. Zoals verondersteld werd, ondersteunen mensen met overgewicht ($\mu=5,05$) dit antwoord meer dan obese mensen ($\mu=4,93$), doch niet significant meer (p -waarde= $0,17$). Mannen met overgewicht ($\mu=5,18$) hebben echter wel een significant (p -waarde= $0,02$) sterkere self-efficacy om nee te zeggen tegen eten in situaties van pijn en ontspanning dan obese mannen ($\mu=4,85$). Tussen obese vrouwen ($\mu=5,00$) en vrouwen met overgewicht ($\mu=4,98$) is er bijna geen verschil bemerkbaar in self-efficacy van eten in situaties van pijn en ontspanning (p -waarde= $0,86$). Jongere generaties met overgewicht ($\mu=5,06$) hebben een iets sterkere self-efficacy om nee te zeggen tegen eten in situaties van pijn en ontspanning dan obese jongere generaties ($\mu=5,01$), doch niet significant sterker (p -waarde= $0,62$). Oudere zwaarlijvige generaties ($\mu=4,77$) geven toe dat zij minder overtuigd zijn van zichzelf om nee te kunnen zeggen tegen eten in pijnlijke en ontspannende situaties dan de ouderen met overgewicht ($\mu=5,03$), doch dit verschil is niet significant (p -waarde= $0,25$).

Hypothese 6: Mensen met een BMI die ligt tussen 25 en 29,9 hebben een sterkere intentie om gewicht te verliezen dan mensen met een BMI van 30 of meer.

a) Dimensie 'intentie om gewicht te verliezen'

Zoals verondersteld wordt, hebben mensen met overgewicht ($\mu=6,18$) een significant (p -waarde= $0,04$) sterkere intentie om gewicht te verliezen dan mensen met obesitas ($\mu=6,03$). Beide groepen hebben een sterke intentie om gewicht te verliezen, doch die van mensen met overgewicht is significant sterker. Voor obese mannen ($\mu=5,89$) en mannen met overgewicht ($6,03$) bestaat dit verschil er niet significant (p -waarde= $0,26$). Vrouwen met overgewicht ($\mu=6,26$) hebben een sterkere intentie om gewicht te verliezen dan obese vrouwen ($\mu=6,14$), doch dit is geen significant sterkere intentie (p -waarde= $0,18$). Wanneer er naar de leeftijdscategorieën wordt gekeken, dan ziet men dat er voor de jongere generaties een significant verschil (p -waarde= $0,01$) bestaat tussen de jongere obese generaties ($\mu=6,04$) en de jongere generaties met overgewicht ($\mu=6,27$). Voor de oudere generaties is er geen significant verschil (p -waarde= $0,53$) te vinden tussen oudere generaties met overgewicht ($\mu=5,91$) en obese oudere generaties ($\mu=6,00$).

b) Dimensie 'intentie om meer te bewegen'

Zoals verondersteld wordt, hebben mensen met overgewicht ($\mu=5,16$) een sterkere intentie om meer te bewegen in de toekomst dan zwaarlijvige mensen ($\mu=5,05$). Dit verschil wordt echter niet significant bewezen (p -waarde= $0,34$). Wat kan worden opgemerkt is dat er een tamelijk sterke intentie heerst in de meerderheid van de individuen om meer te bewegen in de toekomst. Mannen met overgewicht ($\mu=5,29$) hebben een sterkere intentie om meer te bewegen dan obese mannen ($\mu=5,13$), doch niet significant sterker (p -waarde= $0,42$). Ook vrouwen met overgewicht ($\mu=5,10$) hebben een sterkere intentie om meer te bewegen dan obese vrouwen ($\mu=4,98$), doch niet significant sterker (p -waarde= $0,45$). Jongere generaties met overgewicht ($\mu=5,20$) hebben een sterkere intentie om meer te bewegen dan obese jongere generaties ($\mu=5,06$), doch niet significant meer (p -waarde= $0,33$). Ook oudere generaties met overgewicht ($\mu=5,04$) hebben een iets sterkere intentie om meer te bewegen dan obese oudere generaties ($\mu=5,01$), doch geen significant sterkere intentie (p -waarde= $0,89$).

c) Dimensie 'intentie om gezonder te eten'

Ook de intentie om gezonder te eten in de toekomst blijkt tamelijk hoog te zijn voor de meerderheid van de respondenten. Ook hier kan niet bewezen (p -waarde= $0,50$) worden dat personen met overgewicht ($\mu=5,54$) een sterkere intentie hebben om meer gezonde voeding te eten dan zwaarlijvige personen ($\mu=5,48$). Deze bevinding blijkt zowel voor mannen, jongere als oudere generaties op te gaan. Mannen met overgewicht ($\mu=5,21$) hebben een sterkere intentie om gezonder te eten dan obese mannen ($\mu=5,16$), doch geen significant sterkere intentie (p -waarde= $0,76$). Jongere generaties met

overgewicht ($\mu=5,52$) hebben een sterkere intentie om gezonder te eten dan obese jongere generaties ($\mu=5,48$), doch verschil is erg klein en niet significant (p -waarde= $0,73$). Ook oudere generaties met overgewicht ($\mu=5,59$) hebben een sterkere intentie om gezonder te eten dan obese oudere generaties ($\mu=5,46$), doch niet significant sterker (p -waarde= $0,48$). Bij vrouwen vindt er echter een verschillend patroon plaats. Obese vrouwen ($\mu=5,72$) hebben gemiddeld een iets sterkere intentie om gezonde voeding te eten dan vrouwen met overgewicht ($\mu=5,70$). Doch dit verschil is erg klein en niet significant (p -waarde= $0,87$).

Hypothese 7: Personen met een BMI die ligt tussen 25 en 29,9 hebben een negatievere attitude tegenover obesitas die mensen met een BMI van 30 of meer.

a) Dimensie 'attitude tegenover het affectieve en fysieke uiterlijk'

Mensen met overgewicht ($\mu=4,86$) nemen een significant (p -waarde= $0,01$) negatievere attitude aan tegenover het affectieve en fysieke uiterlijk van obese mensen dan obese mensen zelf ($\mu=4,69$). Deze bevinding ondersteunt hypothese 7. Opmerkelijk is het feit dat deze bevinding niet significant bewezen kan worden voor de demografische groepen van mannen, vrouwen, jongere generaties en oudere generaties. Voor de oudere generaties blijkt er wel een significant verschil te bestaan wanneer het significantieniveau verhoogd wordt tot 0,1. Mannen met overgewicht ($\mu=4,68$) hebben een negatievere attitude tegenover het affectieve en fysieke uiterlijk van obese mensen dan obese mannen ($\mu=4,49$), doch niet significant negatiever (p -waarde= $0,10$). Ook vrouwen met overgewicht ($\mu=4,96$) nemen een negatievere attitude aan tegenover het affectieve en fysieke uiterlijke van obese mensen dan obese vrouwen ($\mu=4,84$), doch ook dit verschil kan niet significant worden aangetoond (p -waarde= $0,18$). Jongere generaties met overgewicht ($\mu=4,91$) hebben een negatievere attitude tegenover het affectieve en fysieke uiterlijk van obese mensen dan jongere generaties ($\mu=4,79$), doch niet significant negatiever (p -waarde= $0,13$). Ook oudere generaties met overgewicht ($\mu=4,73$) nemen een negatievere attitude aan tegenover het affectieve en fysieke uiterlijk van obese mensen dan obese oudere generaties ($\mu=4,48$), doch niet op significante wijze (p -waarde= $0,07$).

b) Dimensie 'attitude tegenover het sociale leven'

Ook deze dimensie ondersteunt hypothese 7. Mensen met overgewicht ($\mu=3,32$) houden een significant (p -waarde= $0,00$) negatievere attitude aan tegenover het sociale leven dat een obese persoon leidt dan zwaarlijvige personen ($\mu=3,13$). Er moet wel worden opgemerkt dat de gemiddelde waarde

voor beide gewichtklassen onder het neutrale punt ligt, wat betekent dat zowel obese mensen als mensen met overgewicht eerder niet akkoord gaan met de uitspraak dat obese mensen een minder goed sociaal leven (kunnen) leiden dan niet obese mensen. Een betere interpretatie voor deze dimensie luidt daarom als volgt: obese mensen hebben een significant positievere attitude tegenover het sociale leven dat een obese persoon leidt dan mensen met overgewicht. Mannen met overgewicht ($\mu=3,26$) hebben een negatievere attitude tegenover het sociale leven dat een obese persoon leidt, dan zwaarlijvige mannen ($\mu=3,13$), doch niet op significant negatiever (p -waarde= $0,20$). Vrouwen met overgewicht ($\mu=3,35$) daarentegen hebben wel een significant (p -waarde= $0,01$) negatievere attitude tegenover het sociale leven dat een zwaarlijvige persoon heeft, dan obese vrouwen ($\mu=3,13$). Ook jongere generaties met overgewicht ($\mu=3,27$) hebben een significant (p -waarde= $0,01$) negatievere attitude tegenover het sociale leven dat een zwaarlijvige persoon leidt, dan obese jongere generaties ($\mu=3,09$). De p -waarde ($0,06$) bij de oudere generaties valt net buiten het significantieniveau van $0,05$. Wat betekent dat op significantieniveau $0,1$ de obese oudere generaties ($\mu=3,45$) een significant positievere attitude hebben tegenover het sociale leven dat een obese persoon leidt, dan oudere generaties met overgewicht ($\mu=3,22$).

c) Dimensie 'attitude tegenover persoonlijkkenmerken'

Hypothese 7 wordt niet ondersteund door de dimensie 'attitude tegenover persoonlijkkenmerken'. Uit de resultaten blijkt dat zowel obese mensen ($\mu=4,19$) als mensen met overgewicht ($\mu=4,15$) een neutrale houding aannemen tegenover de persoonlijkheid die een obese persoon heeft (p -waarde= $0,58$). Ook voor beide geslachten gaat deze bevinding op. Mannen met overgewicht ($\mu=4,25$) en obese mannen ($\mu=4,25$) hebben zelfs exact dezelfde attitude tegenover de persoonlijkheidskenmerken van een zwaarlijvige persoon (p -waarde= $0,99$). Obese vrouwen ($\mu=4,14$) hebben echter wel een meer negatieve attitude tegenover de persoonlijkheidskenmerken van een obese persoon dan vrouwen met overgewicht (zoals er in hypothese wordt verondersteld), doch niet significant negatiever (p -waarde= $0,65$).

Zowel de jongere als de oudere generaties nemen een eerder neutrale houding aan tegenover de persoonlijkheid van een obese persoon. De obese jongere generaties nemen ($\mu=4,19$) een meer negatieve houding aan tegenover de persoonlijkheid van een obese persoon dan jongere generaties met overgewicht ($\mu=4,11$) (zoals in de hypothese wordt verondersteld), doch dit verschil kan niet significant worden aangetoond (p -waarde= $0,24$). Bij de oudere generaties bestaat er dan weer het omgekeerde verschil tussen beide gewichtklassen. Oudere generaties met overgewicht ($\mu=4,29$)

hebben een negatievere attitude tegenover de persoonlijkheidskenmerken van een obese persoon, dan obese oudere generaties ($\mu=4,17$), doch niet significant negatiever (p-waarde=0,41).

Hypothese 8: Personen met een BMI van 30 of meer worden meer onder druk gezet door hun sociale omgeving om gewicht te verliezen, dan personen met een BMI die ligt tussen 25 en 29,9.

a) Dimensie 'druk van sociale omgeving'

Hypothese 8 wordt bevestigd met deze dimensie. Obese mensen ($\mu=3,30$) worden significant (p-waarde=0,02) meer onder druk gezet door hun sociale omgeving dan mensen met overgewicht ($\mu=3,07$). Voor mannen wordt deze bevinding ook significant bevestigd. Obese mannen ($\mu=3,43$) ondervinden een significant (p-waarde=0,04) sterkere druk van hun sociale omgeving om gewicht te verliezen dan mannen met overgewicht ($\mu=3,11$). Obese vrouwen ($\mu=3,20$) ondervinden ook een sterkere druk van hun sociale omgeving om gewicht te verliezen dan vrouwen met overgewicht ($\mu=3,06$), doch niet op significante wijze (p-waarde=0,24). Obese jongere generaties ($\mu=3,31$) worden significant (p-waarde=0,03) meer onder druk gezet door hun omgeving om gewicht te verliezen dan jongere generaties met overgewicht ($\mu=3,07$). Ook obese oudere generaties ($\mu=3,28$) worden meer onder druk gezet door hun sociale omgeving om gewicht te verliezen dan oudere generaties met overgewicht ($\mu=3,10$), doch dit verschil kan niet significant (p-waarde=0,32) aangetoond worden.

b) Dimensie 'druk van media'

Hypothese 8 kan niet worden aangetoond met de dimensie 'druk van media'. Obese mensen (3,53) worden zelfs minder onder druk gezet door de media dan mensen met overgewicht ($\mu=3,61$). Doch dit verschil wordt niet significant (p-waarde=0,55) onderbouwd. Voor vrouwen blijkt dezelfde bevinding te gelden. Vrouwen met overgewicht ($\mu=3,92$) worden meer onder druk gezet door de media dan obese vrouwen ($\mu=3,83$), doch ook niet significant meer (p-waarde=0,62). Voor mannen daarentegen geldt het omgekeerde, zoals wordt verondersteld in de hypothese. Obese mannen ($\mu=3,14$) worden meer onder druk gezet door de media dan mannen met overgewicht ($\mu=3,00$), maar niet significant meer (p-waarde=0,48). Er bestaat geen verschil tussen de druk die jongere generaties met overgewicht ($\mu=3,72$) ondervinden van de media en de druk die obese jongere generaties ($\mu=3,70$) hiervan ondervinden (p-waarde=0,90). Oudere generaties met overgewicht ($\mu=3,27$) worden dan weer meer onder druk gezet door de media dan obese oudere generaties ($\mu=3,17$), doch niet significant meer (p-waarde=0,69).

Hypothese 9: Volwassenen met een BMI die ligt tussen 25 en 29,9 zijn in staat om een hoger percentage aan BMI te verliezen dan volwassenen met een BMI van 30 of meer.

In Excel werden enkele berekeningen doorgevoerd om na te gaan of mensen met overgewicht een hoger percentage aan BMI kunnen verliezen gedurende een bepaalde tijdsperiode dan obese mensen. Uit de gegevens in tabel 2 blijkt dit echter niet zo te zijn. De respondenten met overgewicht hebben gedurende drie maanden (begin mei 2009 - einde juli 2009) gemiddeld 1,81 % van hun BMI verloren en de obese respondenten hebben gemiddeld 1,70 % van hun aanvankelijke BMI verloren. Deze gegevens liggen duidelijk dicht bij elkaar. Wanneer dit statistisch wordt onderzocht, blijkt het verschil inderdaad niet significant (p -waarde=0,89) te zijn. De veronderstelling die er in hypothese 9 wordt gemaakt, gaat dus niet op. Deze hypothese wordt enkel voor de gehele groep respondenten onderzocht, omdat de groep mensen met overgewicht tamelijk klein is (78 personen). Indien deze groep verder onderverdeeld moet worden naar geslacht en leeftijd dan kunnen er geen geschikte analyses plaatsvinden. Opmerkelijk is toch wel dat beide gewichtsklassen gemiddeld een percentage van hun BMI verliezen. Dit roept echter de vraag op of de respondenten wel allemaal eerlijk hun gewicht hebben ingegeven in de opvolgenquête.

Ter informatie wordt er in tabel 2 weergegeven wat het minimum en maximum percentage aan BMI toename en afname is voor de 78 respondenten met overgewicht en de 140 obese respondenten. Procentueel blijkt te gelden dat het maximale percentage aan BMI verlies voor beide gewichtsklassen bijna even groot is (23,02 % versus 24,41 %) en dat dit ook voor het percentage aan BMI toename het geval is (18,50 % versus 20,03 %). Zelfs de mediaan van zowel de procentuele toename als afname in BMI blijkt voor beide gewichtsklassen niet ver van elkaar verwijderd te liggen.

Tabel 2: Procentuele gegevens met betrekking tot BMI afname, toename en gemiddelde verandering

	Afname in BMI (in %)			Toename in BMI (in %)			Gemiddelde BMI verandering (in %)
	Min	Mediaan	Max	Min	Mediaan	Max	
Overgewicht (78 pers.)	0,00	2,26	23,02	0,25	2,09	18,50	1,81 (afname in BMI)
Obesitas (140 pers.)	0,00	1,90	24,41	0,26	2,40	20,03	1,70 (afname in BMI)

Er werd reeds bewezen dat het percentage aan BMI dat obese mensen verliezen gedurende een bepaalde tijdsperiode, niet significant verschilt van dat van mensen met overgewicht. Het kan zijn dat het percentage BMI verlies echter op verschillende manieren werd bekomen door obese mensen en mensen met overgewicht, namelijk enerzijds door meer te bewegen en anderzijds door gezonder te eten. Wanneer er een vergelijking wordt gemaakt van het gemiddeld aantal dagen dat een respondent in de maanden april en juli 2009 gesport heeft en gezond gegeten heeft, dan kan er een mogelijk significant verschil tussen obese respondenten en respondenten met overgewicht worden achterhaald. De t-toets wijst echter uit dat de respondenten met overgewicht ($\mu=0,41$) niet significant (p -waarde= $0,61$) meer zijn gaan sporten op het einde van de proefperiode (einde juli 2009) in vergelijking met het begin (begin mei 2009) ervan dan obese mensen ($\mu=0,57$). Ook met betrekking tot het eten van gezonde voeding blijkt deze bevinding op te gaan. Er kan geen significant verschil (p -waarde= $0,48$) aangetoond worden tussen obese respondenten ($\mu=0,72$) en respondenten met overgewicht ($\mu=0,49$) in het eten van meer gezonde voeding in juli dan in april.

In tabel 3 wordt een overzicht gegeven van alle hypothesen per dimensie voor zowel de gehele groep van respondenten als alleen mannen, vrouwen, jongere generaties en oudere generaties. De dimensies waarvoor er een significant verschil bestaat in de verwachte richting tussen personen met overgewicht en personen met obesitas, worden aangeduid met een kruisje. De dimensie waarvoor er een significant verschil bestaat in de andere richting tussen personen met overgewicht en personen met obesitas, worden aangeduid met een nul.

Tabel 3: Samenvattingstabel voor significante verschillen op significantieniveau 0,05

		Alle	Geslacht		Leeftijdscategorie	
Concept	Dimensie (factor)	Alle personen	Mannen	Vrouwen	Jongere generaties	Oudere generaties
Lichaams- ontevredenheid	Lichaams- ontevredenheid					
Pestverleden	Pestverleden	x*	x		x	
Pestimpact	Pestimpact					
Internalization	Internalization door TV en magazines	0*	0	0	0	
	Internalization door sportieve personen	0	0	0	0	
Gewichtscontrole in het verleden	Gewichtscontrole in het verleden					
Self-efficacy van beweging	Self-efficacy van beweging in mentaal moeilijke situaties					
	Self-efficacy van beweging in fysiek moeilijke situaties					
Self-efficacy van gezonde voeding	Self-efficacy van gezonde voeding					
Self-efficacy van 'nee' zeggen tegen eten in moeilijke situaties	Self-efficacy van eten in een sociale en voedselrijke omgeving					
	Self-efficacy van eten in mentaal moeilijke situaties					
	Self-efficacy van eten in situaties van		x			

	pijn en ontspanning					
Attitude tegenover obesitas	Attitude tegenover het affectieve en fysieke uiterlijk	x				
	Attitude tegenover het sociale leven	x		x	x	
	Attitude tegenover persoonlijkheidskenmerken					
Subjectieve norm	Druk van sociale omgeving	x	x		x	
	Druk van media					
Intentie om gewicht te verliezen	Intentie om gewicht te verliezen	x			x	
Intentie om meer te bewegen	Intentie om meer te bewegen					
Intentie om gezonder te eten	Intentie om gezonder te eten					
Gedrag	Percentage aan BMI verlies		n.r.*	n.r.	n.r.	n.r.
	Meer bewegen		n.r.	n.r.	n.r.	n.r.
	Gezonder eten		n.r.	n.r.	n.r.	n.r.

x* = significant verband in de verwachte richting

0* = significant verband in de andere richting

n.r.* = niet relevant

2.4.4 Lineair regressiemodel

2.4.4.1 Afhankelijke en onafhankelijke variabelen

Hierboven werd bewezen dat er voor bepaalde concepten een significant verschil bestaat tussen obese mensen en mensen met overgewicht. Soms bestaat dit significant verschil er voor de volledige groep van respondenten, soms echter enkel voor mannen of vrouwen of voor jongere of oudere generaties. De concepten waarin significante verschillen bestaan tussen de volledige groep van respondenten kunnen in een regressiemodel worden opgenomen met als afhankelijke variabele de **BMI** en als onafhankelijke variabelen de concepten waarvoor er een verschil bestaat: **pestverleden, internalization door TV en magazines, internalization door sportieve personen, intentie om gewicht te verliezen, attitude tegenover het affectieve en fysieke uiterlijk van obese personen, attitude tegenover het sociale leven van obese personen en druk van de sociale omgeving om gewicht te verliezen**. Enkele assumpties liggen aan de oorsprong van lineaire regressie. Eén van deze assumpties is dat er een lineaire relatie moet bestaan tussen de afhankelijke en de onafhankelijke variabelen. Deze relatie bestaat er enkel voor de variabelen die hierboven worden opgesomd. Dit is logisch, aangezien er onmogelijk een significant verschil kan bestaan tussen mensen met een BMI dat ligt tussen 25 en 29,9 en mensen met een BMI van 30 of meer, zonder dat er een lineaire relatie bestaat tussen de BMI en het desbetreffende onderzochte concept.

2.4.4.2 Het checken van de assumpties

Opdat de uitkomst van een lineaire regressie valide en betrouwbaar is, moet er aan een aantal assumpties worden voldaan. Een eerste assumptie is dat alle onafhankelijke variabelen minstens interval geschaald zijn. Deze assumptie wordt vervuld aangezien alle variabelen op een 7-puntsschaal zijn gecodeerd. Assumptie 2 stelt dat er een lineaire relatie moet bestaan tussen de afhankelijke en de onafhankelijke variabelen. Aan deze assumptie wordt voldaan. Aan de hand van een scatterplot kan de lineaire relatie die er bestaat tussen de onafhankelijke variabele en de afhankelijke variabele worden weergegeven. Bijlage 9 tot en met 15 (p. 128-134) vormt het bewijs dat deze lineaire relaties er bestaan. Ondanks dat er tussen elke onafhankelijke variabele en afhankelijke variabele een lineaire relatie bestaat, is het lineaire patroon meestal erg vaag. Een derde assumptie heeft betrekking op de verdeling van de residuën van de afhankelijke variabele. Deze verdeling moet een normale verdeling

nastreven. Aan de hand van een histogram kan dit worden geëvalueerd. Uit bijlage 16 (p.135) blijkt dat de verdeling van de residuën van de afhankelijke variabele inderdaad bij benadering normaal verdeeld zijn (Janssens et al., 2008).

Assumptie 4 stelt dat er geen multicollineariteit mag zijn. Dit betekent dat de onafhankelijke variabelen niet sterk mogen correleren met elkaar. Dit kan worden nagegaan door voor elk paar van onafhankelijke variabelen de correlatie te berekenen. Wanneer de correlatie tussen twee variabelen 0,60 of meer is, dan is dit een indicatie voor multicollineariteit. De correlatiematrix (zie bijlage 17, p. 136-137) toont dat geen enkele correlatie groter is dan 0,60. Doch de correlatie tussen de variabelen ‘internalization door TV en magazines’ en ‘internalization door sportfiguren’ is erg hoog (=0,59) en bij benadering 0,60 (Janssens et al., 2008).

2.4.4.3 Betekenis van het model

Uit de ANOVA tabel (zie tabel 3) blijkt dat de p-waarde kleiner is dan 0,05, wat betekent dat het model een betekenis heeft, er bestaat namelijk een goede fit tussen het model en de data.

Tabel 3: ANOVA tabel

ANOVA ^b						
Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	708,893	7	101,270	4,377	,000 ^a
	Residual	5344,678	231	23,137		
	Total	6053,571	238			
a. Predictors: (Constant), pestverleden, internalization door TV en magazines, internalization door sportieve personen, attitude tegenover het uiterlijk, attitude tegenover het sociale leven, druk van sociale omgeving, intentie om gewicht te verliezen						
b. Dependent Variable: BMI						

De coëfficiënt ‘Adjusted R Square’ in tabel 4 geeft weer wat de betekenis is van het gevonden model: 9 % van de variatie in de afhankelijke variabele kan verklaard worden door de variatie in de onafhankelijke variabelen. Dit percentage is erg klein, wat er op duidt dat de onafhankelijke variabelen slechts een kleine variatie in BMI kunnen verklaren. Dit betekent dat er vele andere variabelen tevens

een invloed uitoefenen op het BMI van mensen met overgewicht en obesitas. Deze resultaten tonen aan dat er in de toekomst verder onderzoek zou moeten plaatsgrijpen naar mogelijke variabelen die de variatie in BMI bij mensen met overgewicht en zwaarlijvigheid kunnen verklaren.

Tabel 4: betekenis van het model

Model Summary ^b				
Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,342 ^a	,117	,090	4,81011
a. Predictors: (Constant), pestverleden, internalization door TV en magazines, internalization door sportieve personen, attitude tegenover het uiterlijk, attitude tegenover het sociale leven, druk van sociale omgeving, intentie om gewicht te verliezen				
b. Dependent Variable: BMI				

Aan de hand van de regressiecoëfficiënten (zie bijlage 18, p.138) kan het regressiemodel worden opgesteld:

$$\begin{aligned}
 \text{BMI} = & 31,243 + 1,162 \text{ pestverleden} - 0,847 \text{ internalization door TV en magazines} - 0,215 \\
 & \text{internalization door sportfiguren} + 0,191 \text{ intentie om gewicht te verliezen} - 0,01 \text{ attitude} \\
 & \text{tegenover het uiterlijk van obese personen} - 0,392 \text{ attitude tegenover het sociale leven van} \\
 & \text{obese personen} + 0,472 \text{ druk van sociale omgeving om gewicht te verliezen} + \varepsilon
 \end{aligned}$$

Dit model geeft weer dat wanneer een persoon met één eenheid meer gepest wordt, zijn BMI met 1,162 eenheden zal toenemen. Wanneer een persoon met één eenheid meer beïnvloed wordt door TV en magazines, zal zijn BMI echter afnemen met 0,847 eenheden. Zo ook kunnen de andere coëfficiënten worden geïnterpreteerd. De epsilon (ε) is een storingsterm die de variabiliteit in BMI verklaart die niet kan worden uitgelegd door de lineaire relatie tussen de onafhankelijke variabelen en de BMI.

3 Conclusies

De centrale onderzoeksvraag die er wordt gesteld in deze eindverhandeling is of er significante verschillen bestaan tussen volwassenen met overgewicht (BMI ligt tussen 25 en 29,9) en volwassenen met obesitas (BMI \geq 30). De t-toetsen wijzen uit dat deze vraag positief beantwoord kan worden. Voor een gedeelte van de onderzochte variabelen blijkt er een significant verschil te bestaan voor mensen met overgewicht en mensen met obesitas. Zo blijkt dat obese mensen meer gepest worden zijn in hun kinderjaren dan mensen met overgewicht. Tevens wordt aangetoond dat de intensiteit van beïnvloeding door TV, magazines en sportfiguren op het lichaamszelfbeeld van een individu, minder sterk is voor een obese persoon dan voor een persoon met overgewicht. Ook in de attitude die beide gewichtklassen aanhouden tegenover obese mensen blijken er verschillen te bestaan. Obese personen hebben een positievere attitude tegenover het affectieve en fysieke uiterlijk en het sociale leven van een obese persoon dan personen met overgewicht. Een andere bevinding die wordt gedaan is dat obese personen meer onder druk worden gezet door hun sociale omgeving om gewicht te verliezen dan personen met overgewicht. Ondanks dit verschil, blijkt de intentie van een obese persoon om gewicht te verliezen toch minder sterk te zijn dan de intentie om gewicht te verliezen van een persoon met overgewicht.

Wanneer deze variabelen in een lineair regressiemodel worden opgenomen, dan blijkt echter dat deze slechts 9 % aan variatie in BMI verklaren. Dit betekent dat er vele andere factoren aan de oorsprong liggen van verschillen in BMI tussen mensen met overgewicht en mensen met obesitas. Deze bevinding maakt een nieuw gebied voor wetenschappelijk onderzoek vrij. Wanneer er in de toekomst voldoende variabelen worden ontdekt die het verschil in BMI tussen obese personen en personen met overgewicht verklaren, dan kan er hiervoor een goed regressiemodel worden opgesteld. Dit model kan vervolgens worden gebruikt door sociale marketeers om programma's op te stellen die specifiek gericht zijn op gewichtverlies voor mensen met een hoog BMI dat ligt tussen 25 en 29,9 en mensen met een erg hoog BMI vanaf 30.

De t-toetsen worden ook gedaan voor twee demografische kenmerken, namelijk geslacht en leeftijdscategorie. Hierbij wordt waargenomen dat er voor sommige demografische kenmerken geen significant verschil bestaat wanneer dit wel geldt voor de totale groep van respondenten. Omgekeerd komt dit slechts éénmaal voor. Mannen met overgewicht hebben een significant hogere self-efficacy om nee te zeggen tegen eten in situaties van pijn en ontspanning dan obese mannen. Voor de volledige

groep van respondenten bestaat dit verschil er echter niet. Wat toch wel opmerkelijk is, is dat er voor de oudere generaties (46 tot 75-jarigen) geen enkel verschil bestaat tussen mensen met overgewicht en obese mensen. Dit betekent dat deze groep voor zover dit onderzoek reikt op dezelfde manier kan worden benaderd door sociale marketeers. De meeste verschillen bestaan er tussen obese mannen en mannen met overgewicht en tussen obese jongere generaties (18-45 jarigen) en jongere generaties met overgewicht. Deze twee demografische groepen zouden op verschillende wijze benaderd moeten worden. Dit betekent dat er een specifiek gewichtverliesprogramma zou moeten worden ontwikkeld voor zowel obese mannen, mannen met overgewicht, obese jongere generaties als jongere generaties met overgewicht. Voor vrouwen zijn er minder verschillen waar te nemen tussen beide gewichtklassen. Het is daarom minder belangrijk om deze groep verschillend te benaderen, doch voor zover dit onderzoek reikt uiteraard.

Bij de opstelling van de hypothesen worden er twee verschillende conceptuele modellen gebruikt. Een eerste conceptueel model wordt zelf opgesteld aan de hand van het model dat Shroff en Thompson (2004) hebben ontwikkeld om eetstoornissen bij jongvolwassen vrouwen uit India te verklaren. Dit eerste conceptueel model vormt de basis waarop de eerste vijf hypothesen zijn gebaseerd. Dit is tevens een nieuw model dat mogelijk voorspellende kracht heeft om de intentie van een persoon om gewicht te verliezen, te meten. Het testen van dit model valt buiten het bestek van deze eindverhandeling. Een aanbeveling naar toekomstig onderzoek toe is om dit model aan de hand van Structural Equation Modeling of mogelijk andere methode te testen. Het tweede conceptueel model is de Theory of Planned Behaviour (TPB). In de literatuurstudie wordt bewezen dat dit model voorspellende kracht heeft om gezondheidsgerelateerde gedragingen te verklaren. De overige vier hypothesen worden daarom gebaseerd op dit model. Een andere reden waarom dit model gekozen wordt, is dat reeds één van de concepten (namelijk self-efficacy) in het eerste conceptueel model wordt opgenomen. Opmerkelijk is dat bijna alle concepten van de TPB een significant verschil in BMI verklaren tussen mensen met overgewicht en mensen met obesitas. Enkel voor de concepten self-efficacy en gedrag van gewichtsverlies kunnen er geen significante verschillen worden aangetoond.

De TPB stelt dat de intentie om gewicht te verliezen van een persoon met een BMI vanaf 25 beïnvloed wordt door de attitude die deze persoon aanhoudt tegenover obese personen, de druk die deze persoon ondervindt van zijn sociale omgeving om gewicht te verliezen en de mate van self-efficacy van deze persoon met betrekking tot beweging, gezonde voeding en eten in moeilijke situaties. De data van de respondenten geven weer dat de intentie van mensen met een BMI vanaf 25 erg hoog ligt. Dit op zich is al een aanbeveling naar sociale marketeers toe om geschikte programma's met betrekking tot

gewichtsverlies, op te stellen. Mensen met een BMI vanaf 25 willen duidelijk iets doen aan hun overgewicht of obese toestand en hierop moet worden ingespeeld. De TPB stelt dat hoe meer een individu onder druk wordt gezet door zijn of haar omgeving om gewicht te verliezen, hoe groter de intentie is om gewicht te verliezen. Doch dit wordt niet aangetoond in deze studie. Obese mensen worden significant meer onder druk gezet door hun omgeving om gewicht te verliezen, maar hebben een significant minder sterke intentie om gewicht te verliezen dan mensen met overgewicht. Wat wel aangetoond wordt is dat mensen die een significant negatievere attitude aanhouden tegenover obese mensen, een significant sterkere intentie hebben om gewicht te verliezen. Mensen met overgewicht hebben een significant negatievere attitude tegenover obese mensen en een significant sterkere intentie om gewicht te verliezen. Voor het concept 'self-efficacy' worden er geen significante verschillen tussen obese mensen en mensen met overgewicht gevonden voor de totale groep van respondenten. De relatie tussen self-efficacy en intentie om gewicht te verliezen kan daarom ook niet besproken worden.

Met betrekking tot het concept self-efficacy moet er wel een opmerking worden gemaakt. In de literatuur wordt beschreven dat het meten van dit concept vaak problemen heeft opgeleverd. Er wordt daarom gekozen om dit concept aan de hand van drie dimensie te meten. Ondanks dat dit concept uiteindelijk zelfs in zes dimensies wordt opgedeeld, blijken er geen significante verschillen gevonden te worden tussen de twee groepen van gewichtklassen. Het is toch wel opmerkelijk dat de self-efficacy van een obese persoon hetzelfde is als die van een persoon met overgewicht.

Tot slot worden de beperkingen van dit onderzoek besproken. Ondanks dat er intensief gewerkt werd aan het opstellen van de vragenlijst, zou het kunnen dat sommige respondenten bepaalde vragen verkeerd geïnterpreteerd hebben of onjuiste waarden hebben ingegeven. Zo is de vraag met betrekking tot gedrag in het verleden een vraag die onduidelijk was voor vele respondenten. Een andere grote beperking van dit onderzoek is dat slechts enkele onafhankelijke variabelen kunnen worden getest die een significant verschil in hoog en erg hoog BMI kunnen verklaren.

Lijst van geraadpleegde werken

Ajzen, I. et Al. (2007). *Prediction and change of health behavior: applying the reasoned action approach*. Mahwah, N.J.: Erlbaum.

Ajzen, I., & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behaviour*. Englewood Cliffs, N.J.

Ajzen, I., & Fishbein, M. (2002). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Upper Saddle River, N.J.: Prentice-Hall.

Alcalay, R., & Bell, R.A. (2000). *Promoting nutrition and physical activity through social marketing: Current practices and recommendations*. Center for Advanced Studies in Nutrition and Social Marketing. University of California: Davis, CA.

Alexander-Mott, L., & Lumsden, D.B. (1994). *Understanding eating disorders: Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa and obesity*. Texas: Taylor and Francis.

Arora, R., Stoner, C., & Arora, A. (2006). Using framing and credibility to incorporate exercise and fitness in individuals' lifestyle. *Journal of Consumer Marketing*, 23 (4-5), p. 199-207.

Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37 (2), p. 122-147

Bandura, A. (1989). *Social Cognitive Theory. Annals of child development. Vol. 6. Six theories of child development*. Greenwich: JAI Press.

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.

Barch, C.A. (1996). *Proceedings of a national symposium on rapid identification and treatment of acute stroke*. National Institute of Neurological Disorders and Stroke.

Bardone-Cone, A.M., Cass, K.M., & Ford, J.A. (2008). Examining body dissatisfaction in young men within a biopsychosocial framework. *Body Image*, 5 (2), p.183-194.

Baron, R.A., & Byrne, D. (1994). *Social psychology: Understanding human interaction*. Needham, MA: Allyn and Bacon. Historical Origins of the Health Belief Model

Baturka, N., Hornsby, P.P., & Schorling, J.B. (2000). Clinical implications of body image among rural African-American women. *Journal of General Internal Medicine*, 15 (4), p. 235-241.

Bauman, A., Bowles, H.R., Huhman, M., Heitzler, C.D., Owen, N., Smith, B.J., & Reger-Nash, B. (2008). Testing a Hierarchy-of-Effects Model: Pathways from awareness to outcomes in the VERB Campaign 2002-2003. *American Journal of Preventive Medicine*, 34 (6), p. 249-256.

Becker, M.H. (1974). The Health Belief Model and Personal Health Behavior. *Health Education Monographs*, 2 (4).

Behaviour is context dependent. (z.d.). Opgevraagd op 12 februari, 2009, via <http://www.mindsportlive.com>

Bish, C.L., Blanck, H.M., Serdula, M.K., Marcus, M., Kohl, H.W., & Khan, L.K. (2005). Diet and physical activity behaviours among Americans trying to lose weight: 2000 behavioural risk factor surveillance system, *Obesity Research*, 13, p. 596-607.

Boutelle, K., Neumark-Sztainer, D., Story, M., & Resnick, M. (2002). Weight control behaviors among obese, overweight and nonoverweight adolescents. *Journal of Pediatric Psychology*, 27 (6), p. 531-540.

Brug, J., Wammes, B., Kremers, S., Giskes, k., & Oenema, A. (2006). Underestimation and overestimation of personal weight status: Associations with socio-demographic characteristics and weight maintenance intentions. *Journal of Human Nutrition & Dietetics*, 19 (4), p. 253-262.

Charlton, K.E., Brewitt, P., & Bourne, L.T. (2004). Sources and credibility of nutrition information among black African women, with a focus on messages related to obesity. *Public Health Nutrition*, 7, p. 801-811.

Cicchetti, D.V., Shoinralter, D., & Tyrer, P.J. (1985). The Effect of Number of Rating Scale Categories on Levels of Interrater Reliability : A Monte Carlo Investigation. *Applied Psychological Measurement*, 9 (1), p. 31-36.

Clark, M.M., Cargill, B.R., Medeiros, M.L., & Pera, V. (1996). Changes in self-efficacy following obesity treatment. *Obesity Research*, 4 (2), p. 179-181.

Conn, V.S., et al. (2003). Older women and exercise : Theory of Planned Behaviour Beliefs. *Public Health Nursing*, 20, 153-163.

Conner, M., Warren, R., Close, S., Sparks, P. (2006). Alcohol consumption and the Theory of Planned Behaviour: An examination of the cognitive mediation of past behaviour. *Journal of Applied Social Psychology*, 29 (8), p. 1676-1704.

Contento, J., Balch, G. I., Bronner, Y. L., Lytle, L. A., Maloney, S. K., Olson, C. M., & Swadener, S. S. (1995). The effectiveness of nutrition education and implications for nutrition education policy, programs, and research: a review of research. *Journal of Nutrition Education*, 27, p. 279-419.

Cooper, P.J., Taylor, M.J., Cooper, Z., & Fairburn, C.G. (1987). The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 6 (4), p. 485-494.

Crawford, D., Jeffery, R.W., & French, S.A. (2000). Can anyone successfully control their weight? Findings of a three year community-based study of men and women. *International Journal of Obesity*, 24 (9), p. 1107-1110.

Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16, p. 297-334.

Cullen, K., Baranowski, T., & Smith, S.P. (2001). Using goal setting as a strategy for dietary behaviour change. *Journal of American Dietetic Association*, 101 (5), p. 562-566.

Cusumano, D.L., & Thompson, J.K. (1997). Body image and body shape ideals in magazines: exposure, awareness, and internalization. *Sex Roles: A Journal of Research*, 37 (9-10), p. 701-721.

De Pelsmacker, P., Geuens, M., & Van Den Bergh, J. (2007). *Marketingcommunicatie*. Amsterdam: Pearson Education Benelux.

De Vries, H., Backbier, E., Kok, G., & Dijkstra, M. (2006). The impact of social influences in the context of attitude, self-efficacy, intention, and previous behaviour as predictors of smoking onset. *Journal of Applied Social Psychology*, 25 (3), p. 237-257.

Demmel, R., Beck, B., Richter, D., & Reker, T. (2004). Readiness to change in a clinical sample of problem drinkers: relation to alcohol use, self-efficacy and treatment outcome. *European Addiction Research*, 10 (3), p. 133-138.

Detterman, D.K. (1993). *The case for the prosecution: Transfer as an epiphenomenon*. Norwood, NJ: Ablex.

Dowson, J. & Henderson, L. (2001). The validity of a short version of the Body shape Questionnaire. *Psychiatry Research*, 102 (3), p. 263-271.

Duvigneaud, N., Wijndaele, K., Matton, L., Deriemaeker, P., Phillippaerts, R., Lefevre, J., Thomis, M., & Duquet, W. (2007). Socio-economic and lifestyle factors associated with overweight in Flemish adult men and women. *Public Health*, 7 (23).

Fairburn, C.G., Welch, S.L., Doll, H.A., Davis, B.A., & O'Conner, M.E. (1997). Risk factors for bulimia nervosa : A community-based case-control study. *General Psychiatry*, 54 (6), p. 509-517.

Faith, M.A., Storch, E.A., Roberti, J.W., & Ledley, D.R. (2007). Recalled childhood teasing among non-clinical, non-college adults. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 30 (3), p. 171-179.

Flegal, K.M., Carroll, M.D., Kuczmarski, G.J., & Johnson, C.L. (1998). Overweight and obesity in the United states: prevalence and trends, 1960-1994. *International Journal of Obesity*, 22 (1), p. 39-47.

Fontaine, K.R., & Cheskin, L.J. (1997). Self-efficacy, attendance, and weight loss in obesity treatment. *Addictive Behaviours*, 22 (4), p. 567-570.

Ganem, P.A., De Heer, H., & Morare, O.F. (2009). Does body dissatisfaction predict mental health outcomes in a sample of predominantly Hispanic college students? *Personality and Individual Differences*, 46 (4), p. 557-561.

Gezondheidsinstanties lanceren champagne tegen obesitas. (2008). Opgevraagd op 5 april, 2009, via <http://www.knack.be>.

Giles-Corti, B., Macintyre, S., Clarkson, J.P., Pikora, T., & Donovan, R.J. (2003). Environmental and lifestyle factors associated with overweight and obesity in Perth, Australia. *American Journal of Health Promotion*, 18 (1), p. 93-102.

Gipson, G.W., Reese, S., Vieweg, W.V., Anum, E.A., Pandurangi, A.K., Olbrisch, M., Sood, B., & Silverman, J.J. (2005). Body image and attitude toward obesity in an historically black university. *Journal of The National Medical Association*, 97 (2), p. 225-236.

Glenn, C.V., & Chow, P. (2002). Measurement of attitudes toward obese people among a Canadian sample of men and women. *Psychological Report*, 91 (2), p. 627-640.

Godin, G. & Shephard, R.J. (1990). Use of attitude-behaviour models in exercise promotion. *Sports Medicin*, 10, 103-121.

Grogan, S. (2007). *Body image: Understanding body dissatisfaction in men, women and children.* Taylor and Francis.

Haines, J., & Neumark-Sztainer, D. (2006). Prevention of obesity and eating disorders: a consideration of shared risk factors. *Health Education Research*, 6, 770-782.

Haines, J., Neumark-Sztainer, D., & Eisenberg, M.E. (2006). Weight-teasing and disordered eating behaviours in adolescents: longitudinal findings from Project Eating Among Teens. *Pediatrics*, 117, 209-215.

Hankey, C.R., Leslie, W.S., & Lean, M.E. (2002). Why lose weight? Reasons for seeking weight loss by overweight but otherwise healthy men. *International Journal of Obesity*, 26 (6), p. 880-882.

- Henrickson, H.C. (2006). Understanding body experiences and the relationships among ethnic identity, acculturation, and internalization of the thinness ideal among Hispanic and Latina women. Kent State University.
- Hinton, P.S., & Olson, C.M. (2001). Postpartum exercise and food intake; the importance of behaviour specific self-efficacy. *Journal of the American Dietetic Association*, 101 (12), p. 1430-1437.
- Hoffman, J.M., & Brownell, K.D. (1997). Sex differences in the relationship of body fat distribution with psychosocial variables. *International Journal of Eating Disorders*, 22 (2), p. 139–145.
- Jackson, T. D., Grilo, C. M., & Masheb, R. M. (2000). Teasing history, onset of obesity, current eating disorder psychopathology, body dissatisfaction, and psychological functioning in binge eating disorder. *Obesity Reviews*, 8, p. 451–458.
- Janssens, W., Wijnen, K., De Pelsmacker, P., & Van Kenhove, P. (2008). *Marketing Research with SPSS*. Harlow: Prentice Hall.
- Jeffery, R.W., Kelly, K.M., Rothman, A.J., Sherwood, N.E., & Boutelle, K. N. (2004). The weight loss experience: A descriptive analysis. *Annals of Behavioral Medicine*, 27 (2), p. 100-106.
- Karazsia, B.T., & Crowther, J.H. (2008). Psychological and behavioral correlates of the SATAQ-3 with males. *Body Image*, 5 (1), p. 109-115.
- Kersh, R., & Morone, J. (2002). The politics of obesity: seven steps to government action. *The Policy Journal of Health Sphere*, 21 (6), p. 142-153.
- Kotler, E.R. (1989). *Social marketing: strategies for changing public behaviour*. New York: The Free Press.
- Kotler, P., Roberto, N., & Lee, N. (2002). *Social marketing: improving the quality of life*. Californië: Sage Publications.
- Kotler, P., & Zaltman, G. (1971). Social marketing: An approach to planned social change. *The Journal of Marketing*, 35 (3), p. 3-12.

- Kruger, J., Blanck, H.M., & Gillespie, C. (2006). Dietary and physical activity behaviours among adults successful at weight loss maintenance. *The International Journal of Behavioural Nutrition and Physical Activity*, 3 (17).
- Kvaavik, E., Lien, N., Tell, G.S., & Klepp, K. (2005). Psychosocial predictors of eating habits among adults in their mid-30s: The Oslo youth study follow-up 1991-1999. *The International Journal of Behavioural Nutrition and Physical Activity*, 2 (9).
- Lagasse, L. (2004). *Sociale marketing: instrument voor duurzame gedragsveranderingen bij grote groepen*. Antwerpen: Uitgeverij De Boeck nv.
- Lefebvre, G., (2008). *Making change happen: The marketing approach*. On Social Marketing and Social Change.
- Lefebvre, R.C. & Flora, J.A. (1988). Social marketing and public health intervention. *Health Education Quarterly*, 15(3), 299-315.
- Leganger, A., Kraft, P., & Roysamb, E. (2000). Perceived self-efficacy in health behaviour research: conceptualisation, measurement and correlates. *Psychology and health*, 15 (1), p. 51-69.
- Linde, J.A., Jeffery, R.W., Levy, R.L., Sherwood, N.E., Utter, J., Pronk, N.P., & Boyle, R.G. (2006). Binge eating disorder, weight control self-efficacy, and depression in overweight men and women. *International Journal of Obesity*, 28 (3), p. 418-425.
- Lokaal Gezondheidsoverleg, (2008). *Campagne "Slimme zet!": meer gezonde voeding en beweging in Brussel*.
- Lunner, K., Werthem, E.H., Thompson, J.K., Paxton, S.J., McDonald, F.,K. & Halvaarson, K.S. (2000). A cross-cultural examination of weight-related teasing, body image, and eating disturbance in Swedish and Australian samples. *International Journal of Eating Disorders*, 28 (4), p. 430-435.
- Maibach, E.W. (2003). Recreating communities to support active living: A new role for social marketing. *American Journal of Health Promotion*, 18 (1), p.114-119

Malhotra, N.K., & Birks, D.F. (2007). *Marketing Research, an applied approach*. Harlow: Prentice Hall.

Malle beweegt met nieuwe campagne. (2009). Opgevraagd op 5 april, 2009, via <http://www.nieuwsblad.be>.

Martens, M.K., Assema, P., & Brug, J. (2005). Why do adolescents eat what they eat? Personal and social environmental predictors of fruit, snack and breakfast consumption among 12-14-year-old Dutch students. *Public Health Nutrition*, 8, p. 1258-1265.

Martin, L.F., Robinson, A., & Moore, B.J. (2000). Socioeconomic issues affecting the treatment of obesity in the new millennium. *Pharmacoeconomics*, 18 (4), p. 335-353.

Mats, M.E., Foster, G.D., Faith, M.S., & Wadden, T.A. (2002). Correlates of body image dissatisfaction among overweight women seeking weight loss. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70 (4), p. 1040-1044.

Matthews, A., Campbell, I., & Webber, J. (2001). Reported reasons for weight loss and desired amounts for adult obese patients attending an obesity clinic. *International Journal of Obesity*, 25 (2), p. 419.

Miles, A., Rapoport, L., Wardle, J., Afuape, T., & Duman, M. (2001). Using the mass-media to target obesity: an analysis of the characteristics and reported behaviour change of participants in the BBC's 'Fighting Fat', 'Fighting Fit' campaign. *Health Education Research*, 16 (3), p. 357-372.

Mitchell, C., & Stuart, R.B. (1984). Effect of self-efficacy on dropout from obesity treatment. *Journal of consulting and clinical psychology*, 52 (6), p. 1100-1101.

Moris, C. (2007). *Happy Body November 2007: Samen de Belgen aanzetten tot een gezondere levensstijl*. Happy Body, Stichting van openbaar nut.

Neumark-Sztainer, D. (2003). Obesity and eating disorder prevention: an integrated approach? *Adolescent Medicine*, 14 (1), p. 159-173.

Neumark-Sztainer, D., Falkner, N., Story, M., Perry, C., Hannan, P.J., & Mulert, S. (2002). Weight-teasing among adolescents: correlations with weight status and disordered eating behaviors. *International Journal of Obesity*, 26 (1), p. 123-131.

Neumark-Sztainer, D., Wall, M., Eisenberg, M.E., Story, M., & Hannan, P.J. (2006). Overweight status and weight control behaviors in adolescents: Longitudinal and secular trends from 1999 to 2004. *Preventive Medicine*, 43 (1), p. 52-59.

O'Callaghan, F.V., Chang, D.C., Callan, V.J., & Baglioni, A. (1997). Models of alcohol use by young adults: an examination of various attitude-behaviour theories. *Journal of Studies on Alcohol*, 58 (5), p. 502-507.

O'Connell, J.K., Price, J.H., Roberts, S.M., Jurs, S.G., & McKinley, R. (1985). Utilizing the Health Belief Model to Predict Dieting and Exercising Behavior of Obese and Nonobese Adolescents. *Health Education & Behavior*, 12 (4), p. 343-351.

Okun, M.A., Karoly, P., & Lutz, R. (2002). Clarifying the contribution of subjective norm to predicting leisure-time exercise. *American Journal of Health Behaviour*, 26 (4), p. 296-305.

Pook, M., Tuschen-Caffier, B., & Brähler, E. (2008). Evaluation and comparison of different versions of the Body Shape Questionnaire. *Psychiatry Research*, 158 (1), p. 67-73.

Popkin, B.M., & Gordon-Larsen, P. (2004). The nutrition transition: worldwide obesity dynamics and their determinants. *International Journal of Obesity*, 28, 2-9.

Population Services International. (2003). Opgevraagd op 15 oktober, 2008, via www.psi.org

Presnell, K., Bearman, S.K., & Stice, E. (2003). Risk factors for body dissatisfaction in adolescent boys and girls: A prospective study. *International Journal of Eating Disorders*, 36 (4), p. 389-401. *Processes*, 50 (2), p. 179-211.

Putting people first. (2005). Opgevraagd op 23 februari, 2009, via www.valueoptions.com/

Rise, J., Kovac, V., Kraft, P., & Moan, I.S. (2008). Predicting the intention to quite smoking and quitting behaviour: Extending the Theory of Planned Behaviour. *British Journal of Health Psychology*, 13, p. 291-310.

Rosenstock, I. (1974). Historical Origins of the Health Belief Model. *Health Education Monographs*, 2 (4), p.120-131.

Rosin, O. (2008). The economic causes of obesity. *Journal of Economic Surveys*, 22 (4), p. 617-647.

Sapp, S.G., & Weng, C. (2007). Examination of the Health Belief Model to predict the dietary quality and body mass of adults. *International Journal of Consumer Studies*, 31 (3), p. 189-194.

Schifter, D.E., & Ajzen, I. (1985). Intention, perceived control, and weight loss: An application of the Theory of Planned Behaviour. *Journal of Personality and Social Psychology*, 49 (3), p. 843-851.

Schwarzer, R., & Renner, B. (2004). Health-Specific Self-Efficacy Scales. Freie Universität Berlin.

Seidell, J.C. (2007). Obesity, insulin resistance and diabetes - a worldwide epidemic. *British Journal of Nutrition*, 83, p. 5-8.

Sharma, M. (2006). School-based interventions for childhood and adolescent obesity. *Obesity Reviews*, 7 (3), p. 261-269.

Shroff, H., & Thompson, J.K. (2004). Body image and eating disturbance in India: Media and interpersonal influences. *International Journal of Eating Disorders*, 35 (2), p. 198-203.

Sociocultural attitudes towards appearance scale – 3 (SATAQ-3). (2008). Opgevraagd op 10 april, 2009, via <http://bodyimagedisturbance.usf.edu/>

Solomon, M., Bamossy, G., Askegaard, S., & Hogg, M.K. (2006). *Consumer Behaviour: A European Perspective*. Harlow: Prentice Hall.

- Spielman, A.B., Kanders, B., Kienholz, M., & Blackburn, G.L. (1992). The cost of losing: an analysis of commercial weight-loss programs in a metropolitan area. *Journal of the American College of Nutrition*, 11 (1), p. 36-41.
- Stead, M., Hastings, G., & McDermotte, L. (2007). The meaning, effectiveness en future of social marketing [Electronische versie]. *Obesity reviews*, 8, 189-193.
- Thompson, J.K., Cattarin, J., Fowler, B., & Fisher, E. (1995). The perception of teasing scale (POTS): A revision and extension of the physical appearance related teasing scale (PARTS). *Journal of Personality Assessment*, 65 (1), p. 146-157.
- Thompson, J.K., Fabian, L.J., Moulton, D.O., Dunn, M.E., & Altabe, M.N. (1991). Development and validation of the physical appearance related teasing scale. *Journal of Personality Assessment*, 56 (3), p. 513-521.
- Thompson, J.K., Van den Bert, P., Roehrig, M., Guarda, M.S., & Heinberg, L.J. (2004). The Sociocultural Attitudes Towards Appearance Scale-3 (SATAQ-3): Development and validation, *International Journal of Eating Disorders* 35, p. 293–304.
- Trafimow, D. (2000). Habit as both a direct cause of intention to use a condom and as a moderator of the attitude-intention and subjective norm-intention relations. *Psychology and Health*, 15 (3), p. 383-393.
- Triandis, H.C. (1971). *Attitude and attitude change*. New York: Wiley.
- Tur, J.A., Serra-Majem, L., Romaguera, D., & Pons, A. (2005). Profile of overweight and obese people in a Mediterranean region. *Obesity Research*, 13, p. 527-536.
- Van den Berg, P., Wertheim, E.H., Thompson, J.K., & Paxton, S.J. (2002). Development of body image, eating disturbance, and general psychological functioning in adolescent females: a replication using covariance structure modeling in an Australian sample. *International Journal of Eating Disorders*. 32 (1), p. 46-51.

Vlaams Instituut voor gezondheidspromotie. (1991) Opgevraagd op 22 november 2009, via www.vig.be

Wallace, L.S., Buckworth, J., Kirby, T.E., & Sherman, W.M. (2000). Characteristics of Exercise Behavior among College Students: Application of Social Cognitive Theory to Predicting Stage of Change. *American Journal of Preventive Medicine*, 31, 494-505.

What is Social Marketing? (2006). Opgevraagd op 20 februari, 2008, via www.social-marketing.com

Wiebe, G.D. (1951). Merchandising commodities and citizenship on television. *Public Opinion Quarterly*, 15, 679.

Willems, P. (2009). *Vinnig Vlaanderen focust op gezonde voeding.* Vivat, iedere dag het betere leven.

Witherspoon, B., & Rosenzweig, M. (2004). Industry-sponsored weight loss programs: Description, cost and effectiveness. *Journal of the American Academy of nurse practitioners*, 16 (5), p. 198-205.

Zhang, L., Wang, W., Zhao, Q., & Vartiainen, E. (2000). Psychosocial predictors of smoking among secondary school students in Henan, China. *Health Education Research*, 15 (4), p. 415-422.

Bijlagen

Bijlage 1: Percentage van de bevolking volgens de Body Mass Index

Overgewicht en ondergewicht (2004)					
2004	Percentage van de bevolking - verdeling volgens de Body Mass Index (in % van de totale bevolking) (a)				
	Extreem ondergewicht	Ondergewicht	Normaal gewicht	Overgewicht	Zwaarlijvigheid
	(BMI kleiner dan 18,5)	(BMI tussen 18,5 en 20)	(BMI tussen 20 en 25)	(BMI tussen 25 en 30)	(BMI hoger dan 30)
Algemeen gemiddelde	3,4%	6,3%	46,2%	31,4%	12,7%
Geslacht					
Man	1,3%	3,8%	44,3%	38,7%	11,9%
Vrouw	5,3%	8,7%	48,2%	24,4%	13,4%
Leeftijdsgroep					
18 tot 24 jaar	10,1%	13,9%	59,8%	13,3%	2,9%
25 tot 34 jaar	4,3%	10,0%	56,7%	22,1%	6,9%
35 tot 44 jaar	2,0%	7,0%	48,7%	30,7%	11,6%
45 tot 54 jaar	2,0%	4,3%	42,0%	37,1%	14,5%
55 tot 64 jaar	1,4%	1,7%	37,6%	38,0%	21,2%
65 tot 74 jaar	1,9%	2,5%	35,4%	41,2%	18,9%
75 jaar en meer	4,6%	4,5%	40,5%	38,0%	12,4%
Onderwijsniveau					
Lager onderwijs of geen diploma	3,3%	4,5%	37,5%	35,5%	19,1%
Lager middelbaar	3,3%	5,5%	43,2%	29,6%	18,5%
Hoger middelbaar	3,3%	5,7%	44,5%	33,8%	12,7%
Hoger onderwijs (universitair of niet-universitair)	3,5%	7,8%	53,1%	28,3%	7,3%
Verblijfplaats					
Brussels Hoofdstedelijk Gewest	5,0%	7,9%	48,0%	27,7%	11,4%
Vlaams Gewest	2,8%	6,2%	48,3%	31,3%	11,5%
Waals Gewest	3,9%	6,0%	42,0%	32,8%	15,3%
Deze cijfers hebben betrekking op de bevolking van 18 jaar en ouder .					

TV, magazines) om gewicht te verliezen. Ik heb een sterke aanwijzing gekregen van de media om er slanker uit te zien.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

10. Onderstaande vraag heeft betrekking op uw intentie om gewicht te verliezen.

	Zeker niet	Bijna zeker van niet	Eerder niet	Noch zeker, noch niet zeker	Eerder wel	Bijna zeker van wel	Zeker wel
Heeft u de intentie om gewicht te verliezen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Onderstaande vragen hebben betrekking op uw intentie om fysieke activiteiten uit te voeren.

Ik heb de intentie om regelmatig fysieke activiteiten uit te voeren gedurende de volgende 4 weken.

Helemaal niet akkoord	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Helemaal akkoord
-----------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	------------------

Ik plan om regelmatig fysieke activiteiten uit te voeren gedurende de volgende 4 weken.

Helemaal niet akkoord	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Helemaal akkoord
-----------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	------------------

Hoe waarschijnlijk is het dat u regelmatig fysieke activiteiten zal uitvoeren gedurende de volgende 4 weken?

Heel onwaarschijnlijk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Heel waarschijnlijk
-----------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	---------------------

12. Onderstaande vragen hebben betrekking op uw intentie om gezond te eten.

Ik heb de intentie om regelmatig gezond te eten gedurende de volgende 4 weken.

Helemaal niet akkoord	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Helemaal akkoord
-----------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	------------------

Ik plan om regelmatig gezonde voeding te eten gedurende de volgende 4 weken.

Helemaal niet akkoord	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Helemaal akkoord
-----------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	------------------

Hoe waarschijnlijk is het dat u regelmatig gezond zal eten gedurende de volgende 4 weken?

Heel onwaarschijnlijk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Heel waarschijnlijk
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	------------------------

13. Onderstaande vragen hebben betrekking op uw gedrag in het verleden. Gelieve tekens een getal in te tikken onder de vraag.

Hoeveel keer hebt u fysieke activiteiten uitgevoerd tijdens de laatste week?

Hoeveel keer, gemiddeld per week, hebt u tijdens de laatste maand fysieke activiteiten uitgevoerd?

Hoeveel keer, gemiddeld per week, hebt u fysieke activiteiten uitgevoerd tijdens de laatste 3 maanden?

Hoeveel keer hebt u gezond gegeten gedurende de laatste week?

Hoeveel keer, gemiddeld per week, hebt u gezond gegeten gedurende de laatste maand?

Hoeveel keer, gemiddeld per week, hebt u gezond gegeten gedurende de laatste 3 maanden?

14. Gelieve hieronder uw geboortedatum in te vullen.

 / / (dd/mm/yyyy)

15. Gelieve hieronder uw gewicht in kilogram in te vullen.

16. Gelieve hieronder uw lengte in centimeter in te vullen.

17. Gelieve hieronder uw geslacht aan te vinken.

<input type="checkbox"/>	Man
<input type="checkbox"/>	Vrouw

18. Krijgt u professionele begeleiding bij het onder controle krijgen van uw gewicht?

<input type="checkbox"/>	Weight Watchers	
<input type="checkbox"/>	Andere zelfhulpgroep	
<input type="checkbox"/>	Diëtist	
<input type="checkbox"/>	Dokter	
<input type="checkbox"/>	Psycholoog	
<input type="checkbox"/>	Andere, namelijk:	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Geen enkele professionele begeleiding	

19. Waar heeft u de link naar deze enquête gekregen/gevonden?

<input type="checkbox"/>	Tijdens mijn WeightWatchers sessie	
<input type="checkbox"/>	Op het WeightWatchers forum	
<input type="checkbox"/>	Bij mijn diëtist(e)	
<input type="checkbox"/>	Bij mijn dokter	
<input type="checkbox"/>	Op de site van Goed Gevoel	
<input type="checkbox"/>	Op de site van Het Laatste Nieuws	
<input type="checkbox"/>	Familie of vrienden hebben mij de link gegeven	
<input type="checkbox"/>	Andere, namelijk:	<input type="text"/>

Hartelijk bedankt om deze vragenlijst in te vullen!

Indien u kans wil maken op de aankoopbon, gelieve dan uw e-mailadres hieronder in te geven (dit zal enkel voor dit doeleinde gebruikt worden).

Indien u in de toekomst nog wilt meewerken aan wetenschappelijk onderzoek vanuit de Universiteit Hasselt, gelieve deze box aan te vinken.

<input type="checkbox"/>	Ja, Universiteit Hasselt mag mij in de toekomst contacteren
--------------------------	---

Nogmaals hartelijk bedankt om deze vragenlijst in te vullen! Indien u de gelukkige winnaar bent van de bon ter waarde van 50 euro, zal u daar per e-mail van op de hoogte worden gebracht.

Bijlage 3: De online opvolgvragenlijst

Verwelkoming

Beste mevrouw, mijnheer,

Ongeveer drie maanden geleden hebt u mijn vragenlijst over factoren die mogelijk een invloed uitoefenen op overgewicht, ingevuld. Mijn oprechte dank hiervoor. Mijn onderzoek is bijna afgerond, doch om het te vervolledigen heb ik een zeer korte opvolgvragenlijst opgesteld.

Ik zou u heel erg dankbaar zijn als u een minuutje de tijd wil nemen om deze opvolgvragenlijst in te vullen. Uw antwoorden en gegevens zullen volledig anoniem worden behandeld en enkel worden gebruikt voor het onderzoek in deze thesis. Er zijn geen goede of foute antwoorden mogelijk, enkel uw eigen mening is van belang.

Door deze vragenlijst volledig in te vullen, maakt u opnieuw kans op een bon in een winkel naar keuze, ter waarde van 10 euro.

Dank bij voorbaat voor uw medewerking en tijd.
Ine Snoekx en Prof. Dr. Wim Janssens (promotor)

Onderstaande vragen hebben betrekking op uw gedrag in het verleden. Gelieve telkens een getal in te tikken naast de vraag.

Hoeveel keer hebt u fysieke activiteiten uitgeoefend gedurende de laatste week?

Hoeveel keer, gemiddeld per week, hebt u gedurende de laatste maand fysieke activiteiten uitgeoefend?

Hoeveel keer hebt u gezond gegeten gedurende de laatste week?

Hoeveel keer, gemiddeld per week, hebt u gezond gegeten gedurende de laatste maand?

Gelieve hieronder uw gewicht in kilogram in te vullen.

Gelieve hieronder uw lengte in centimeter in te vullen.

Indien u kans wil maken op de bon, gelieve dan uw e-mailadres hieronder in te geven (dit zal enkel voor dit doeleinde gebruikt worden).

Hartelijk bedankt om ook deze vragenlijst in te vullen. Zonder uw hulp was dit onderzoek nooit tot stand gekomen.

Bijlage 4: Kruistabel voor geslacht en gewichtsklasse

Kruistabel voor geslacht en gewichtsklasse					
			Gewichtsklasse		
			Overgewicht	Obees	Totaal
Geslacht	Man	Count	114	206	320
		% within Geslacht	35,6%	64,4%	100,0%
		% within Gewichtsklasse	33,2%	43,3%	39,1%
		% of Totaal	13,9%	25,2%	39,1%
	Vrouw	Count	229	270	499
		% within Geslacht	45,9%	54,1%	100,0%
		% within Gewichtsklasse	66,8%	56,7%	60,9%
		% of Totaal	28,0%	33,0%	60,9%
	Totaal	Count	343	476	819
		% within Geslacht	41,9%	58,1%	100,0%
% within Gewichtsklasse		100,0%	100,0%	100,0%	
% of Totaal		41,9%	58,1%	100,0%	

Bijlage 5: Kruistabel voor leeftijdsklasse en geslacht

Kruistabel voor leeftijdsklasse en geslacht					
			Geslacht		Totaal
			Man	Vrouw	
Leeftijdsklasse	18-29	Count	71	175	246
		% within Leeftijdsklasse	28,9%	71,1%	100,0%
		% within Geslacht	22,2%	35,1%	30,0%
		% of Totaal	8,7%	21,4%	30,0%
	30-39	Count	77	128	205
		% within Leeftijdsklasse	37,6%	62,4%	100,0%
		% within Geslacht	24,1%	25,7%	25,0%
		% of Total	9,4%	15,6%	25,0%
	40-49	Count	97	119	216
		% within Leeftijdsklasse	44,9%	55,1%	100,0%
		% within Geslacht	30,3%	23,8%	26,4%
		% of Totaal	11,8%	14,5%	26,4%
	50-59	Count	53	65	118
		% within Leeftijdsklasse	44,9%	55,1%	100,0%
		% within Geslacht	16,6%	13,0%	14,4%
		% of Totaal	6,5%	7,9%	14,4%
	60-75	Count	22	12	34
		% within Leeftijdsklasse	64,7%	35,3%	100,0%
		% within Geslacht	6,9%	2,4%	4,2%
		% of Totaal	2,7%	1,5%	4,2%
Totaal	Count	320	499	819	
	% within Leeftijdsklasse	39,1%	60,9%	100,0%	
	% within Geslacht	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Totaal	39,1%	60,9%	100,0%	

Bijlage 6: Kruistabel voor leeftijdsklasse en gewichtsklasse

Kruistabel voor leeftijdsklasse en gewichtsklasse					
		Gewichtsklasse			Totaal
		Overgewicht	Obees		
Leeftijdsklasse	18-29	Count	134	112	246
		% within Leeftijdsklasse	54,5%	45,5%	100,0%
		% within Gewichtsklasse	39,1%	23,5%	30,0%
		% of Totaal	16,4%	13,7%	30,0%
	30-39	Count	82	123	205
		% within Leeftijdsklasse	40,0%	60,0%	100,0%
		% within Gewichtsklasse	23,9%	25,8%	25,0%
		% of Totaal	10,0%	15,0%	25,0%
	40-49	Count	70	146	216
		% within Leeftijdsklasse	32,4%	67,6%	100,0%
		% within Gewichtsklasse	20,4%	30,7%	26,4%
		% of Totaal	8,5%	17,8%	26,4%
	50-59	Count	46	72	118
		% within Leeftijdsklasse	39,0%	61,0%	100,0%
		% within Gewichtsklasse	13,4%	15,1%	14,4%
		% of Totaal	5,6%	8,8%	14,4%
	60-75	Count	11	23	34
		% within Leeftijdsklasse	32,4%	67,6%	100,0%
		% within Gewichtsklasse	3,2%	4,8%	4,2%
		% of Totaal	1,3%	2,8%	4,2%
Totaal	Count	343	476	819	
	% within Leeftijdsklasse	41,9%	58,1%	100,0%	
	% within Gewichtsklasse	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Totaal	41,9%	58,1%	100,0%	

Bijlage 7: Factoranalyse en Chronbach's Alpha voor 'lichaamsontevredenheid'

KMO and Bartlett's Test		
Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,889
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	2653,480
	df	28
	Sig.	,000

Total Variance Explained						
Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	4,170	52,130	52,130	4,170	52,130	52,130
2	,890	11,124	63,254			
3	,728	9,099	72,353			
4	,566	7,074	79,426			
5	,553	6,913	86,339			
6	,425	5,312	91,651			
7	,401	5,008	96,659			
8	,267	3,341	100,000			

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Component Matrix^a	
	Component
	1
Lichaamson7	,833
Lichaamson5	,817
Lichaamson8	,760
Lichaamson1	,750
Lichaamson2	,723
Lichaamson3	,694
Lichaamson6	,594
Lichaamson4	,557
Extraction Method: Principal Component Analysis.	
a. 1 components extracted.	

Rotated Component Matrix^a		
	Component	
	1	2
Lichaamson1	,515	,549
Lichaamson2	,549	,471
Lichaamson3	,364	,635
Lichaamson4	-,012	,848
Lichaamson5	,536	,626
Lichaamson6	,834	-,040
Lichaamson7	,745	,417
Lichaamson8	,687	,372
Extraction Method: Principal Component Analysis.		
Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.		
a. Rotation converged in 3 iterations.		

Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
,863	8

Item-Total Statistics				
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Lichaamson1	28,59	60,272	,648	,842
Lichaamson2	28,67	61,689	,618	,845
Lichaamson3	30,75	63,647	,591	,848
Lichaamson4	30,91	64,245	,448	,866
Lichaamson5	29,28	58,523	,734	,831
Lichaamson6	28,90	64,395	,477	,861
Lichaamson7	28,30	59,962	,747	,831
Lichaamson8	28,60	61,703	,657	,841

Bijlage 8: T-toetsen voor onafhankelijke steekproeven voor 'pestverleden'

Group Statistics					
	Gewichtsklasse	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pestverleden: algemeen	Overgewicht	69	3,7464	1,05820	,12739
	Obees	170	4,1441	1,13473	,08703

Independent Samples Test										
		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
									95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2- tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
Pestverleden: algemeen	Equal variances assumed	,838	,361	- 2,503	237	,013	-,39774	,15892	-,71081	-,08467
	Equal variances not assumed			- 2,578	134,498	,011	-,39774	,15428	-,70287	-,09261

Group Statistics					
	Gewichtsklasse	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pestverleden: mannen	Overgewicht	18	3,3611	1,12495	,26515
	Obees	62	4,1237	,92621	,11763

Independent Samples Test											
		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2- tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper	
Pestverleden: mannen	Equal variances assumed	1,092	,299	- 2,927	78	,004	-,76254	,26051	- 1,28118	-,24391	
	Equal variances not assumed			- 2,629	24,090	,015	-,76254	,29007	- 1,36111	-,16398	

Group Statistics					
	Gewichtsklasse	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pestverleden: vrouwen	Overgewicht	51	3,8824	1,01011	,14144
	Obees	108	4,1559	1,24269	,11958

Independent Samples Test											
		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2- tailed)	Mean Differenc e	Std. Error Differenc e	Lower	Upper	
Pestverleden: vrouwen	Equal variances assumed	4,259	,041	-1,372	157	,172	-,27351	,19940	-,66737	,12035	
	Equal variances not assumed			-1,477	118,683	,142	-,27351	,18522	-,64027	,09325	

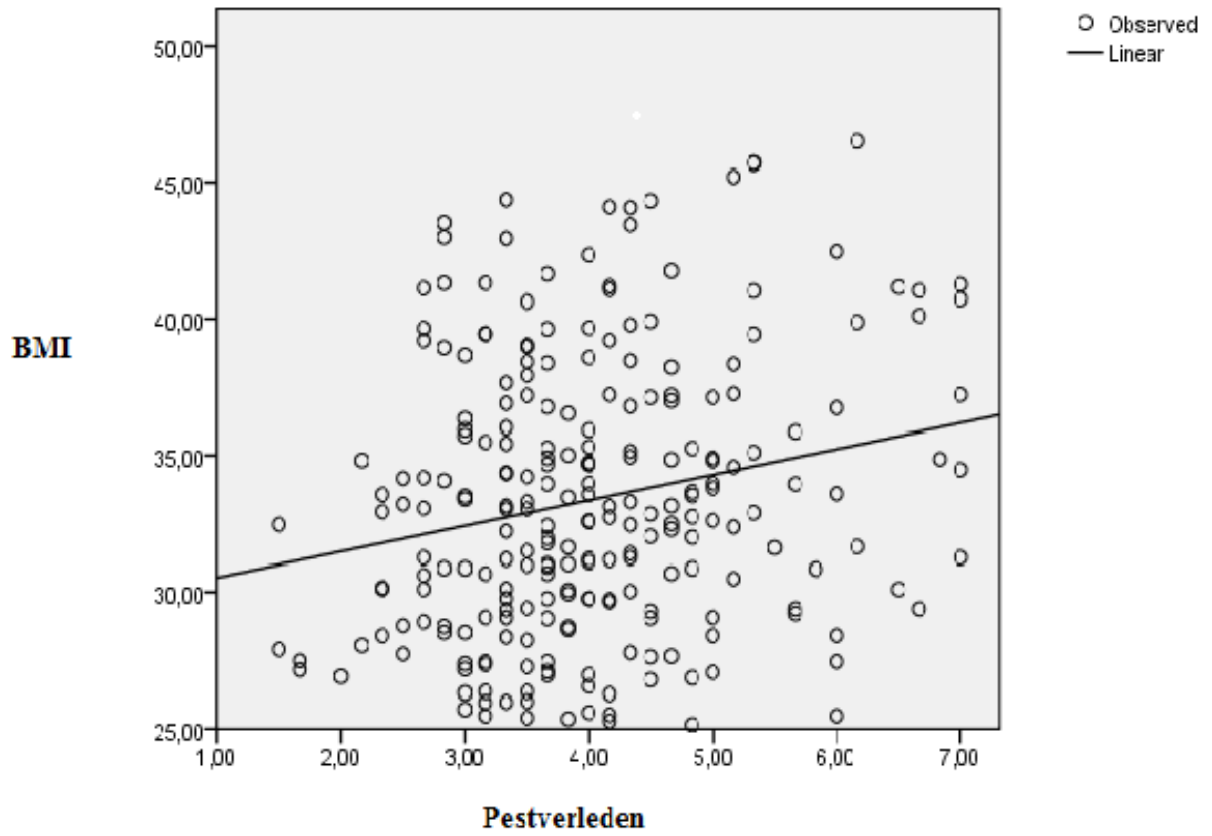
Group Statistics					
	Gewichtsklasse	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pestverleden: jongere generaties	Overgewicht	59	3,7147	1,06001	,13800
	Obees	140	4,1179	1,12089	,09473

Independent Samples Test										
		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
									95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2- tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
Pestverleden: jongere generaties	Equal variances assumed	,930	,336	- 2,354	197	,020	-,40317	,17125	-,74089	-,06545
	Equal variances not assumed			- 2,409	114,896	,018	-,40317	,16739	-,73473	-,07160

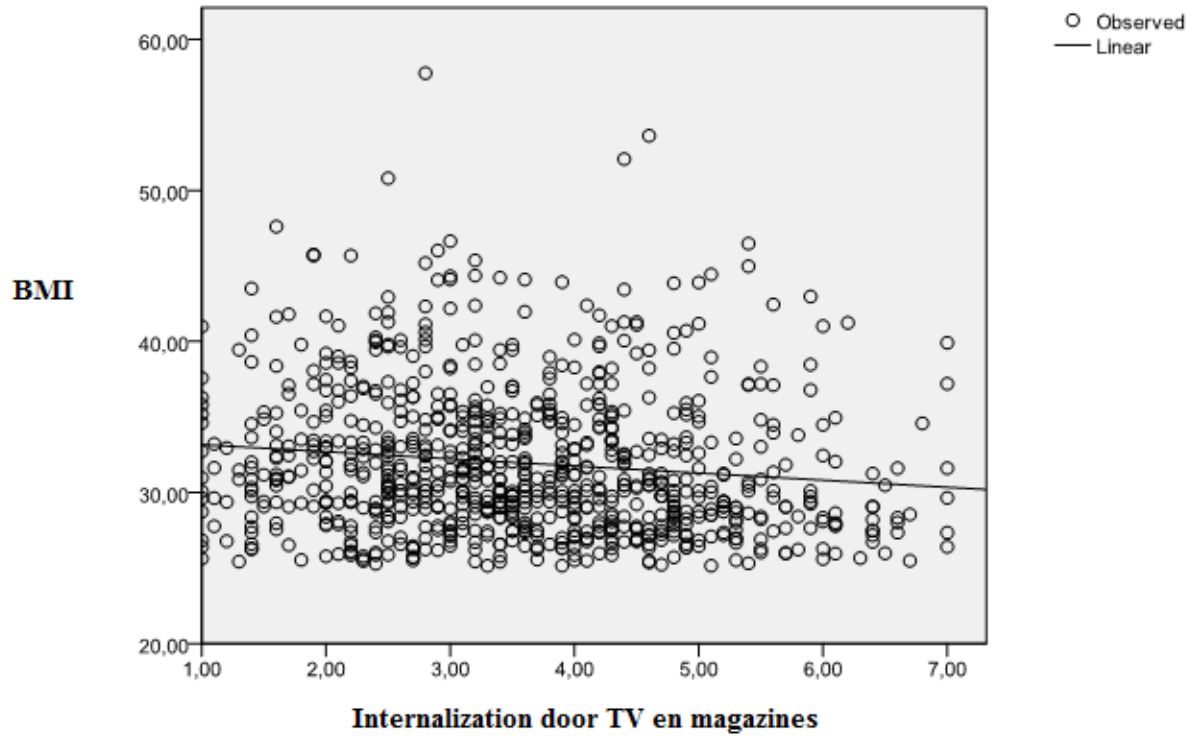
Group Statistics					
	Gewichtklasse	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pestverleden: oudere generaties	Overgewicht	10	3,9333	1,08355	,34265
	Obees	30	4,2667	1,20948	,22082

Independent Samples Test										
		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
									95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
Pestverleden: oudere generaties	Equal variances assumed	,001	,980	-,773	38	,444	-,33333	,43119	-1,20623	,53957
	Equal variances not assumed			-,818	17,112	,425	-,33333	,40764	-1,19295	,52628

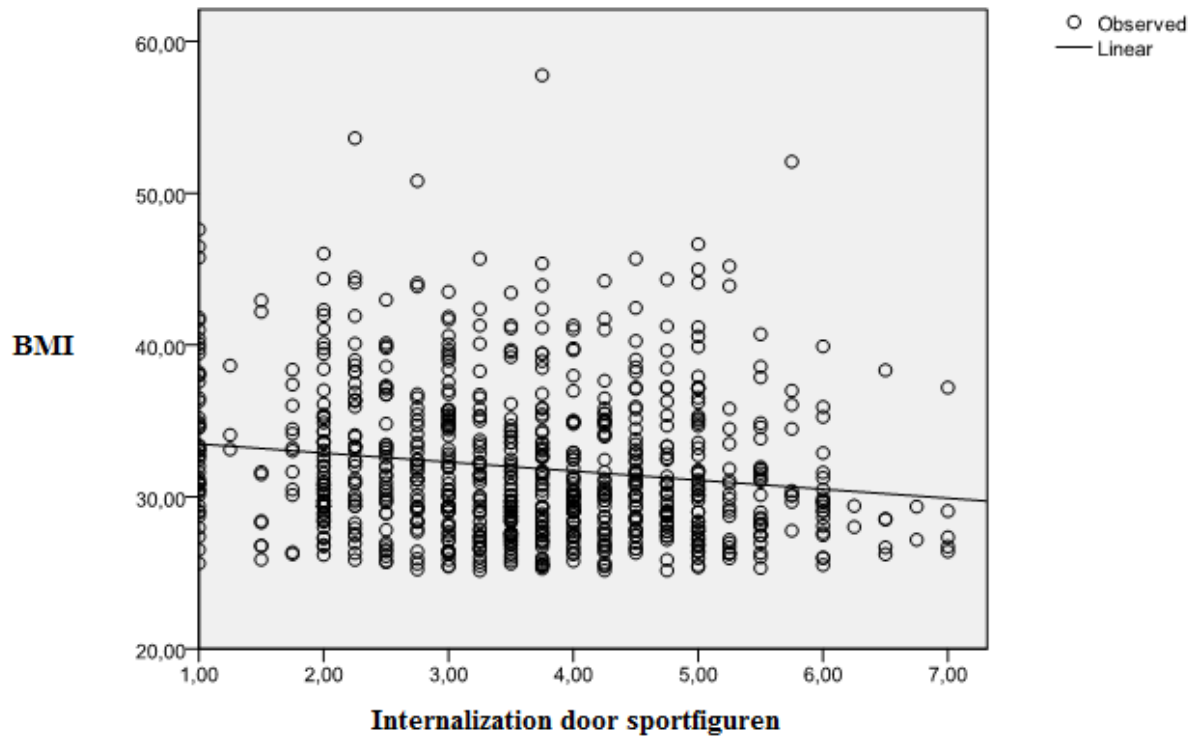
Bijlage 9: Scatterplot voor BMI en pestverleden



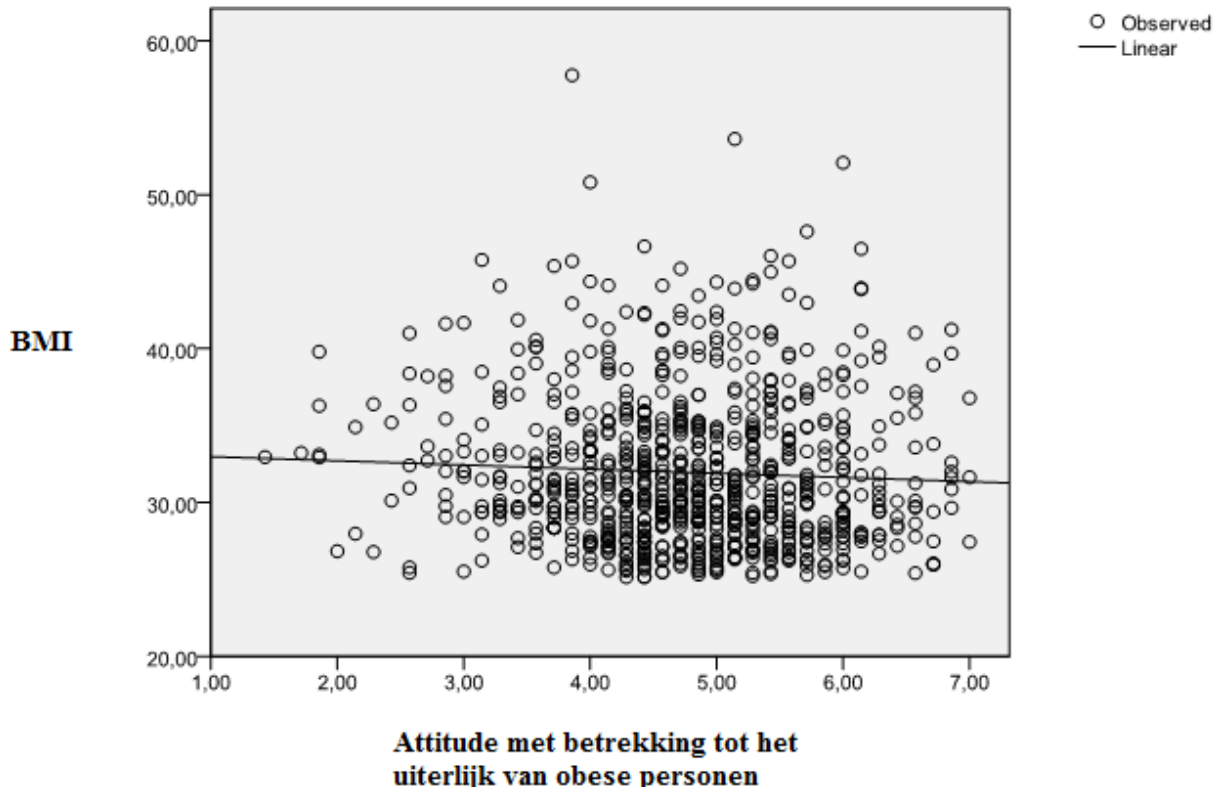
Bijlage 10: Scatterplot voor BMI en internalization door TV en magazines



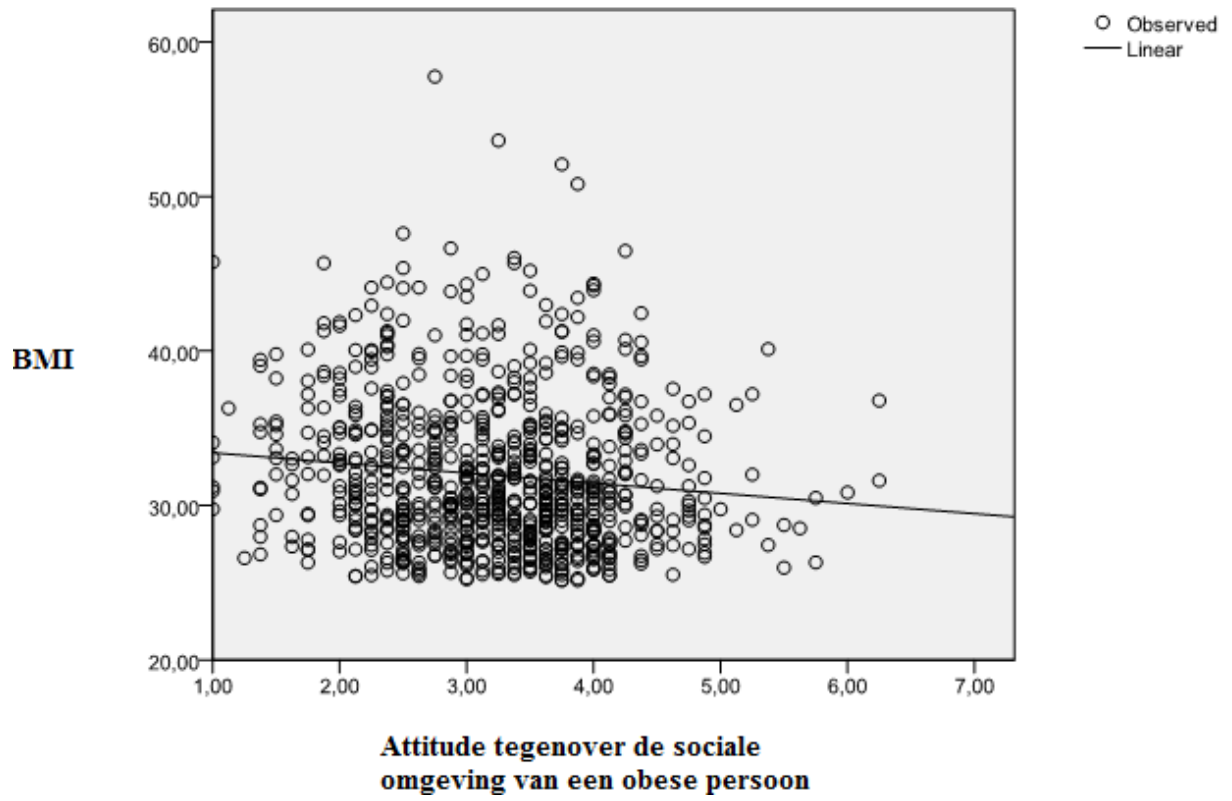
Bijlage 11: Scatterplot voor BMI en internalization door sportfiguren



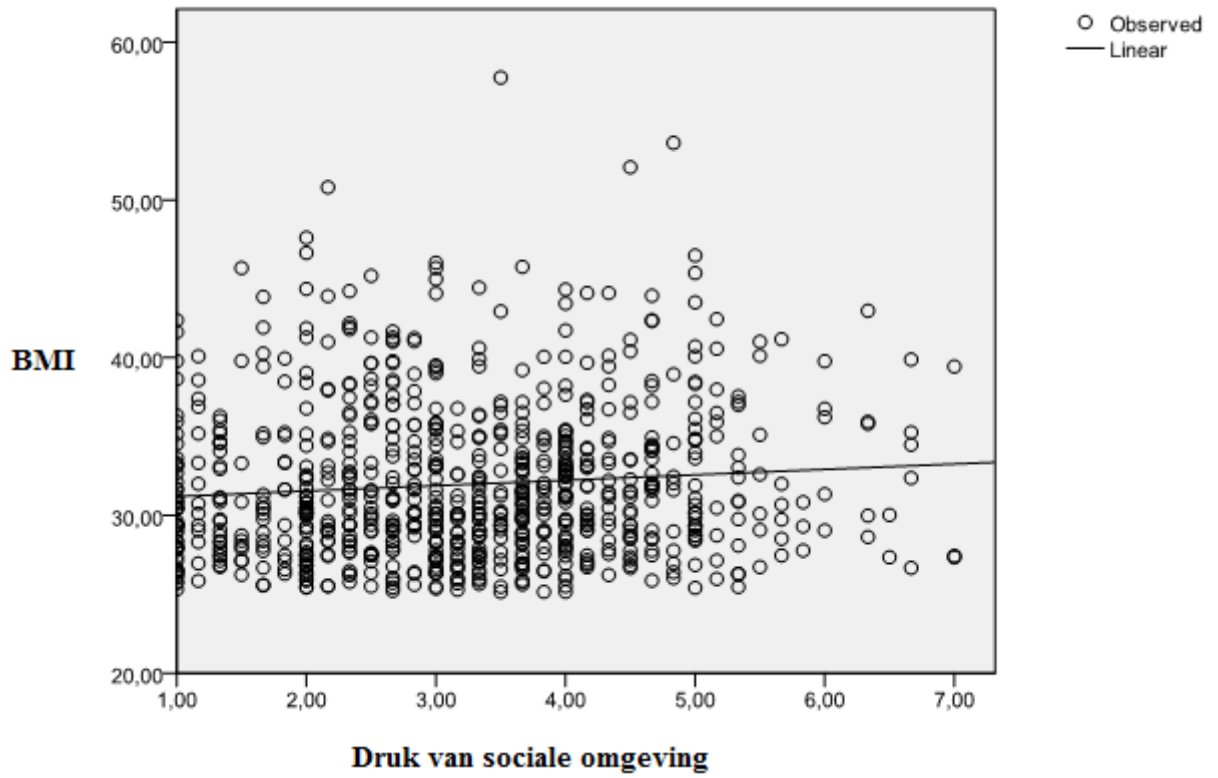
Bijlage 12: Scatterplot voor BMI en attitude bet betrekking tot het uiterlijk van obese personen



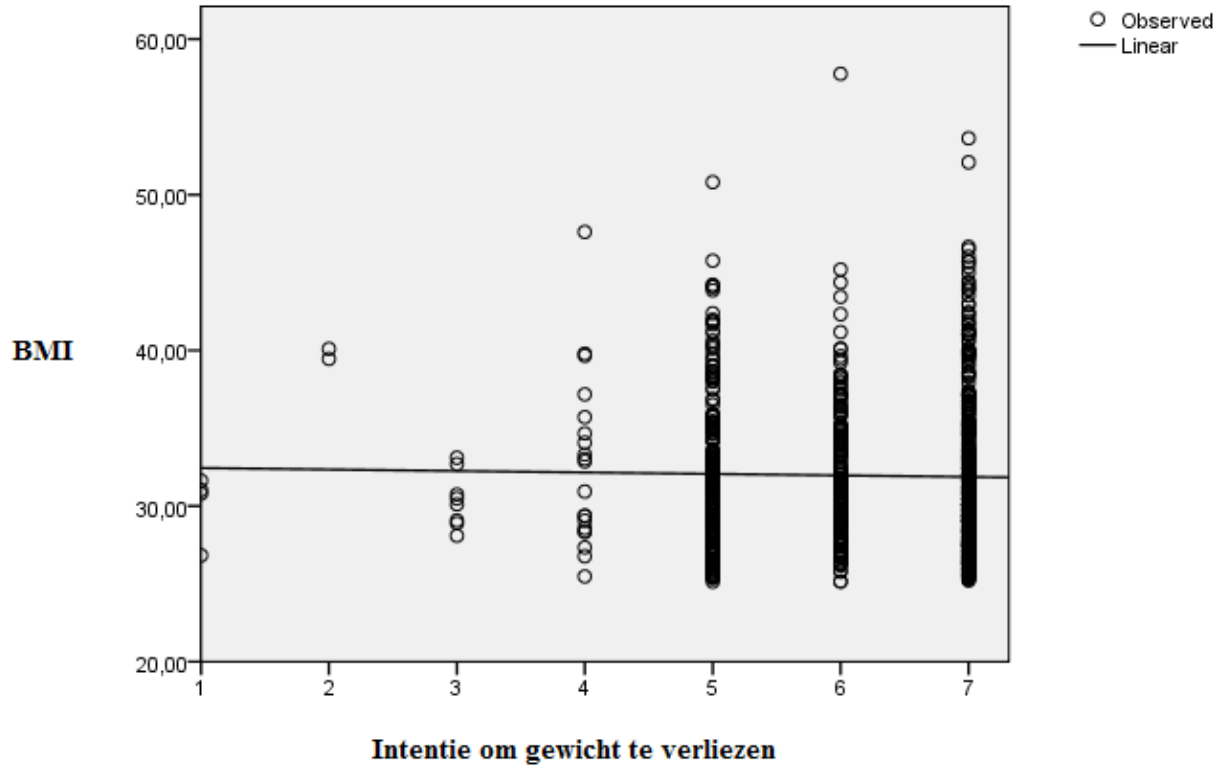
Bijlage 13: Scatterplot voor BMI en attitude tegenover de sociale omgeving van een obese persoon



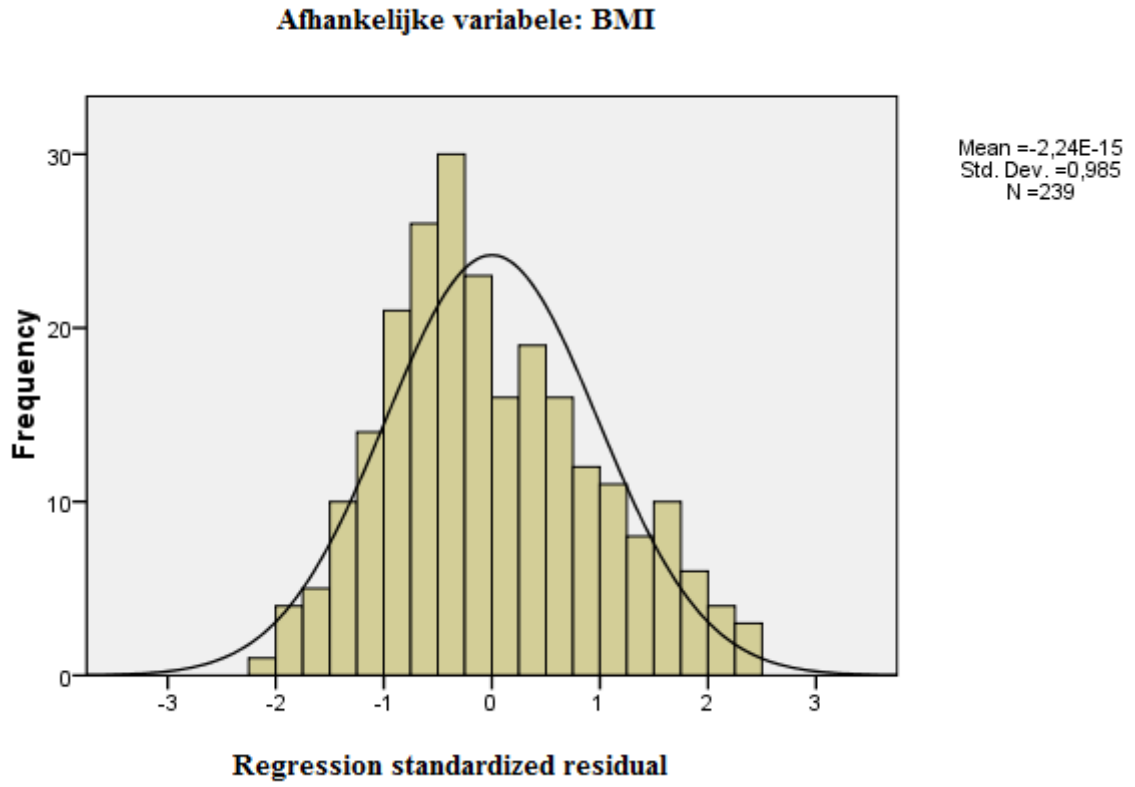
Bijlage 14: Scatterplot voor BMI en druk van sociale omgeving



Bijlage 15: Scatterplot voor BMI en druk van sociale omgeving



Bijlage 16: Histogram voor de normale verdeling van de residuën van de afhankelijke variabele BMI



Bijlage 17: Correlatiematrix

Correlations								
		Intentie om gewicht te verliezen	Pestverleden	Internalization door TV en magazines	Internalization door sportfiguren	Attitude m.b.t. uiterlijk	Attitude m.b.t. het sociale leven	Druk van sociale omgeving
Intentie om gewicht te verliezen	Pearson Correlation	1	,198**	,242**	,208**	,253**	,079*	,133**
	Sig. (2-tailed)		,002	,000	,000	,000	,024	,000
	N	819	239	819	819	819	819	819
Pestverleden	Pearson Correlation	,198**	1	,242**	,192**	,218**	,236**	,232**
	Sig. (2-tailed)	,002		,000	,003	,001	,000	,000
	N	239	239	239	239	239	239	239
Internalization door TV en magazines	Pearson Correlation	,242**	,242**	1	,589**	,434**	,322**	,254**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000		,000	,000	,000	,000
	N	819	239	819	819	819	819	819
Internalization door sportfiguren	Pearson Correlation	,208**	,192**	,589**	1	,341**	,255**	,229**
	Sig. (2-tailed)	,000	,003	,000		,000	,000	,000
	N	819	239	819	819	819	819	819
Attitude m.b.t. uiterlijk	Pearson Correlation	,253**	,218**	,434**	,341**	1	,394**	,295**
	Sig. (2-tailed)	,000	,001	,000	,000	,000	,000	,000
	N	819	239	819	819	819	819	819

Attitude m.b.t. het sociale leven	Pearson Correlation	,079*	,236**	,322**	,255**	,394**	1	,297**
	Sig. (2-tailed)	,024	,000	,000	,000	,000		,000
	N	819	239	819	819	819	819	819
Druk van sociale omgeving	Pearson Correlation	,133**	,232**	,254**	,229**	,295**	,297**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000	,000	
	N	819	239	819	819	819	819	819
**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).								
*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).								

Bijlage 18: Coëfficiënten van het regressiemodel

Coefficients ^a								
Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
		B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
1	(Constant)	31,243	2,408		12,975	,000		
	Pestverledenyyy	1,162	,296	,259	3,924	,000	,874	1,144
	InternTVenMag	-,847	,302	-,234	-2,803	,006	,550	1,820
	InternSport	-,215	,294	-,056	-,732	,465	,644	1,553
	Intentie1a	,191	,333	,038	,574	,567	,882	1,134
	AttUiterlijkyyy	-,010	,390	-,002	-,025	,980	,685	1,460
	AttSocyyy	-,392	,384	-,073	-1,019	,309	,751	1,332
	SocSocyyy	,472	,276	,121	1,708	,089	,765	1,308

a. Dependent Variable: BMI