

**Prof. Dr. Ilse De Bourdeaudhuij**

*Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen  
Vakgroep Bewegings- en Sportwetenschappen  
Universiteit Gent*

**Wetenschappelijk onderzoek toont aan dat een onevenwichtig voedingspatroon de kans op het krijgen van ziektes verhoogt. Een evenwichtige en gevarieerde voeding kan er daarentegen toe bijdragen dat mensen gezond blijven (gezondheidspromotie) en dat ziekten worden voorkomen (ziektepreventie). In het verleden dacht men dat de oplossing eenvoudig was: zorg dat mensen zich bewust worden van de relatie tussen een ongezonde voeding en ziekte, en ze zullen zich automatisch gezond gaan gedragen. Niets bleek minder waar. Ondanks alle voorlichting rond de gezondheidsrisico's van een onevenwichtige voeding, blijft de prevalentie van dit voedingsgedrag op populatieniveau alarmerend. In Vlaanderen, zoals in vele andere westerse landen, wordt een gemiddelde totale vetinname van 38 tot 40 energie% teruggevonden (9, 2), terwijl de nationale norm maximaal 30 energie% vet aangeeft (13).**



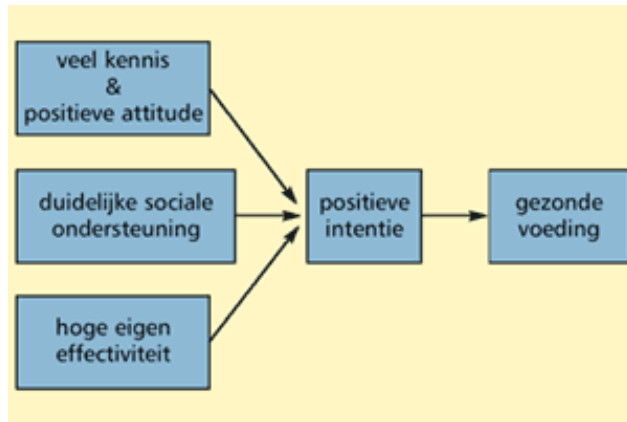
De voorbije 10 jaar werd vanuit psychologische hoek onderzoek verricht naar de mogelijke determinanten van voeding. Op basis van deze onderzoeksresultaten tracht men nu effectieve interventies te ontwikkelen gericht op de primaire preventie. Deze modellen voor gedragsverandering worden ingedeeld in twee grote groepen.

De eerste en grootste groep modellen is gericht op het individu. Men gaat ervan uit dat elk individu nadenkt over welk gedrag hij gaat stellen (gezond of ongezond), en dat hij op basis van deze overwegingen tot een weloverwogen gedragskeuze komt. Interventies gericht op het individu hebben dus tot doel deze keuzes te beïnvloeden in de richting van een gezond voedingspatroon en wel in die mate dat dit gedrag over langere tijd standhoudt.

Een tweede groep modellen is gericht op de omgeving. Zij gaan ervan uit dat het gedrag ook in belangrijke mate wordt bepaald door de omgeving (het gezin, de school, het dorp, de media, enz.). Interventies gericht op de omgeving hebben dus tot doel veranderingen in de omgeving aan te brengen zodat het individu niet anders kan dan gezond te eten (bv. enkel gezonde schoolmaaltijden) of tenminste de mogelijkheid heeft om voor een gezonde voeding te kiezen (bv. naast frieten ook steeds gekookte aardappelen of rijst aanbieden).

Wil men individuen tot een gezond voedingspatroon aanzetten, dan moet men op verschillende determinanten van het voedingsgedrag inwerken. Onderzoek heeft aangetoond dat 3 belangrijke factoren de intentie tot het stellen van gezond gedrag, en vervolgens dus ook gezond gedrag op zich, kunnen verklaren (1). Naarmate mensen (a) meer kennis en een positievere attitude omtrent gezonde voeding hebben, naarmate ze (b) meer steun ondervinden van belangrijke mensen in hun omgeving en naarmate ze (c) ervan overtuigd zijn dat ze in staat zijn om gezond te eten en dit ook kunnen volhouden (eigen effectiviteit), zullen ze een positievere intentie hebben om gezond te eten (ze zijn van plan om gezond te eten) en zullen ze vervolgens ook een gezonder voedingsgedrag vertonen (figuur 1). Deze drie factoren zijn belangrijk om mensen te motiveren om gezond te eten.

Figuur 1: Determinanten van gezonde voeding



De modellen die in het kader van dit artikel worden besproken, hebben betrekking op individuele determinanten. Het is duidelijk dat er ook nog andere factoren zijn die een rol spelen in het bepalen van gezondheid, zoals economische, sociale en financiële aspecten en het beleid in het algemeen. In dit artikel wordt hierop echter niet verder ingegaan.

### **Meer kennis en een positieve attitude**

Om tot een positieve gedragsverandering te kunnen komen, moeten mensen voldoende kennis hebben inzake gezonde voeding. Een recente studie heeft aangetoond dat men zich bovendien vaak niet bewust is van het feit of men al dan niet gezond eet (2). Een aanzienlijk percentage Vlamingen is er bijvoorbeeld van overtuigd weinig vet te eten, terwijl het vetpercentage in werkelijkheid de aanbevolen norm ver overstijgt. Mensen blijken onvoldoende te weten welke voedingsmiddelen veel en weinig vet bevatten. De huidige aanbeveling voor de consumptie van fruit en groenten is evenmin algemeen bekend.

Een eerste aandachtspunt om mensen tot een gezond eetpatroon te motiveren is hen dus bewust te maken van hun eigen, mogelijk ongezond voedingsgedrag. Hiervoor zijn momenteel een aantal instrumenten in de maak: mensen kunnen via een korte vragenlijst (12) of een computerroutine (12, 11) zicht krijgen op hun gedrag. Dit bewustzijn blijkt voor voeding een eerste noodzakelijke stap te zijn voor het veranderen van voedingsgedrag. Mensen die ervan overtuigd zijn dat ze gezond eten maar dit in werkelijkheid niet doen, zijn zonder een degelijke bewustwording van hun feitelijk voedingspatroon niet te motiveren om hun gedrag te veranderen.

Verder houdt deze eerste factor in dat mensen de voor- en de nadelen van een gezonde voeding leren afwegen en dat zij kunnen ontdekken dat gezond eten ook lekker kan zijn. Op die manier leren zij bewust te kiezen voor een gezonde voeding. In dit kader moeten ten slotte ook een aantal vooroordelen de wereld worden uitgeholpen, zoals gezonde voeding is duur, smaakloos, moeilijk klaar te maken enz.

### **Steun van de omgeving**

Het individu moet in zijn keuze voor een gezonde voeding steun krijgen van belangrijke anderen in zijn omgeving. Het belangrijkste sociale netwerk m.b.t. gezonde voeding is ongetwijfeld het gezin. Studies hebben aangetoond dat de gezinsleden zelfs voor adolescenten van groter belang zijn in het stimuleren van gezonde voeding dan vrienden (5). In het hoofdstuk "De rol van het gezin" wordt hierop verder ingegaan.

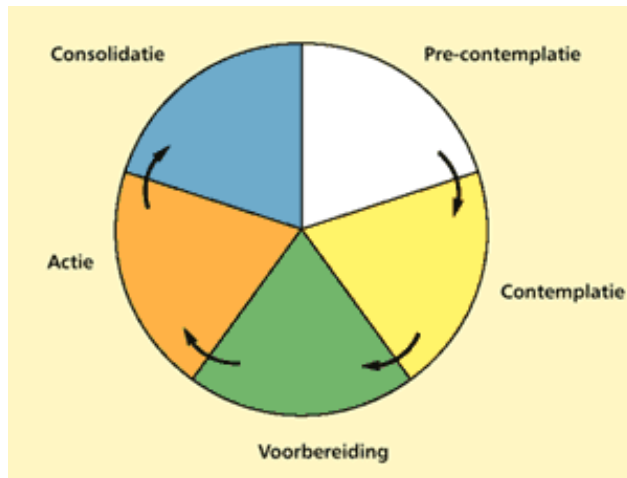
### **Eigen effectiviteit**

Mensen moeten geleidelijk aan meer vertrouwen krijgen in het feit dat ze in staat zijn om gezond te eten, ook in moeilijke situaties. Het verhogen van de eigen effectiviteit gebeurt grotendeels via het gedrag zelf. Pas als mensen ervaren dat ze erin slagen om gezond te eten, krijgen ze ook meer zelfvertrouwen voor de toekomst. Hoe groter het vertrouwen in het eigen kunnen, hoe groter de kans dat men ook in de toekomst blijft kiezen voor een gezonde voeding.

## Een proces doorheen stadia

Als men in voedingsvoorlichting tracht in te spelen op de beschreven determinanten van voedingsgedrag, is de kans groter dat het gedrag werkelijk zal veranderen. Men mag echter niet verwachten dat individuen hun gedrag snel en plots, van de ene dag op de andere, zullen veranderen. Gedragsverandering gebeurt slechts geleidelijk en in fasen. Prochaska et al. (10) hebben een model ontwikkeld dat duidelijk aangeeft welke fasen een individu doorloopt wanneer hij evolueert van een ongezond naar een gezond gedrag (figuur 2). De essentie van het model is dat de onderzoekers ervan uitgaan dat elke fase een andere aanpak vergt. Afhankelijk van de fase waarin men zich bevindt, moeten mensen op een andere manier worden gemotiveerd.

Figuur 2: Proces van gedragsverandering doorheen stadia



In de eerste fase, de precontemplatiefase, heeft men niet de bedoeling om gezond gedrag te stellen. Men eet ongezond, bv. te veel vet, en men is niet van plan om dit gedrag te veranderen. Binnen deze fase situeren zich twee groepen mensen: enerzijds diegenen die niet gemotiveerd zijn en zelfs weerstand tonen tegen verandering, en anderzijds diegenen die onvoldoende kennis hebben of zich niet bewust zijn van hun ongezonde gedrag. Voor de laatste groep is het geven van informatie en de bewustwording van het eigen voedingsgedrag van cruciaal belang. De eerste groep is de moeilijkste voor de voedingsvoorlichting. Een non-directieve aanpak is in dergelijke gevallen aangewezen: luisteren naar de redenen voor hun gebrek aan motivatie, empathie tonen en vragen stellen, staan centraal. Een meer uitgebreide beschrijving van de aanpak van deze groep niet gemotiveerde precontemplators is te vinden in De Bourdeaudhui en Crombez (3) en De Bourdeaudhui et al. (8).

Eens in de tweede fase, de contemplatiefase, begint men erover te denken het gedrag te wijzigen. De voordelen van een gezond gedrag worden benadrukt en de mogelijke nadelen gerelativeerd. Dit maakt dat de negatieve houding van het betreffende individu tegenover gezond eten uit balans raakt en hij geleidelijk aan beslist om zijn gedrag ten goede te veranderen.

In de derde fase, de preparatiefase, staan mensen in de startblokken om gezonder te gaan eten. Hindernissen die deze stap kunnen bemoeilijken, moeten worden aangepakt. Het is belangrijk dat men goede oplossingen leert bedenken voor alle mogelijke hindernissen, bijvoorbeeld m.b.t. het eten van fruit: ik wil fruit eten, maar er is geen fruit in huis. Laat mensen dan nadenken over mogelijke oplossingen, zoals in het weekend altijd fruit meebrengen dat lang bewaart, in de middagpauze fruit kopen in het winkeltje om de hoek enz.

In de vierde fase is men volop bezig zijn gedrag te veranderen. Het geven van beloningen, het ondersteunen en het bevorderen van de eigen effectiviteit zijn hier van belang.

In de laatste fase, de consolidatiefase, eten mensen reeds meer dan 6 maanden gezond. Voldoende aandacht blijft nodig om te verhinderen dat men hervalt in het oude, ongezonde gedrag. Men moet leren de moed niet te laten zakken zodra het eens wat moeilijker gaat en op voorhand oplossingen te bedenken voor problemen die de kop kunnen opsteken.

Wanneer voedingseducatie rekening houdt met de fase waarin iemand zich bevindt, dan zal de persoon zich

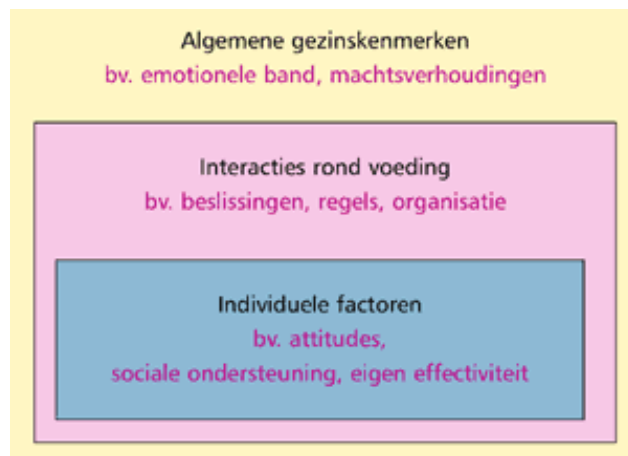
meer aangesproken voelen door de boodschap en is de kans op gedragsverandering groter. Tot nu toe wordt dit stadiamodel vooral gebruikt in het kader van individuele counseling en in het bijzonder bij personen met chronische aandoeningen zoals diabetes, hart- en vaatziekten en obesitas. Sinds kort probeert men over heel de wereld dit model ook ruimer toe te passen in de gezondheids promotie. Hierbij wordt gebruik gemaakt van de nieuwe technologieën zoals de computer, cd-roms en het internet. Individuen vullen op de computer een vragenlijst in m.b.t. hun voedingsgedrag en determinanten en krijgen vervolgens via cd-rom of het internet een gezond voedingsadvies op maat. Een dergelijk programma is ook voor Vlaanderen in de maak (11).

### De rol van het gezin

De invloed van de omgeving is voor wat het voedingspatroon betreft veel groter dan voor elk ander gezondheidsgedrag. Vooral het gezin speelt hierin een belangrijke rol. Zodra men beslist om gezonder te eten, heeft deze keuze ook repercussies voor de voeding van de andere gezinsleden. Kinderen en jongeren zijn grotendeels afhankelijk van de maaltijden die voor hen worden klaargemaakt. Binnen deze context werden een aantal studies opgezet om de invloed van het gezin op het voedingsgedrag nauwkeuriger in kaart te brengen (4, 5, 6, 7). Zij hebben aangetoond dat er een belangrijke samenhang is voor wat betreft het voedingsgedrag tussen de gezinsleden in gezinnen met adolescenten. Met andere woorden, er zijn 'gezonde gezinnen' waarvan alle gezinsleden gezond eten en 'ongezonde gezinnen' waarvan alle leden vooral ongezonde voedingskeuzes maken.

De invloed van het gezin op de voeding situeert zich op 3 niveaus: (1) individuele factoren, (2) interacties rond voeding en (3) algemene gezinskenmerken. Dit model is schematisch weergegeven in figuur 3.

Figuur 3: Invloed van het gezin op het voedingsgedrag



Het eerste niveau verwijst naar de individuele factoren die voorkomen in de beschreven determinantenmodellen. De kennis, de attitude, de eigen effectiviteit en de steun van elk individueel gezinslid spelen een rol.

Het tweede niveau verwijst naar de interacties in het gezin rond voeding. Een aantal studies hebben de beslissings- en machtsprocessen die aan de basis liggen van voedingskeuzes binnen het gezin onderzocht. Meestal wordt ervan uitgegaan dat het de moeder is die de beslissingen rond voeding neemt in het gezin. Moeders worden echter enkel als belangrijkste beslissingsnemers beschouwd wanneer het gaat om de verantwoordelijkheid voor het koken en het doen van de boodschappen. Zodra ook andere aspecten worden onderzocht, blijkt dat niet alleen de moeder, maar ook de vader en zeker ook de adolescente kinderen heel wat beslissingsmacht hebben op het vlak van voeding (zij beslissen bv. mee wat er op het boodschappenlijstje komt te staan). Door de jaren heen is er in elk gezin een evenwicht bereikt tussen de voorkeuren van alle gezinsleden. Het is moeilijk om dit evenwicht te veranderen. Als één lid van het gezin plots gezonder wil gaan eten, heeft dit een belangrijk effect op de andere gezinsleden die mogelijk niet direct van plan zijn hun voedingsgewoonte aan te passen. Eén gezinslid is zelden machtig genoeg om zomaar de voedingsgewoonten binnen het gezin te veranderen. Om succes te hebben is een gezinsinterventie dus noodzakelijk. Alleen als alle gezinsleden worden betrokken bij de voedingsinterventie en op voorwaarde dat deze veranderingsprocessen geleidelijk gebeuren zodat het evenwicht niet al te bruusk wordt verstoord, kunnen nieuwe voedingsgewoonten in het gezin een kans krijgen. Geleidelijk aan fruit als tussendoortje inschakelen, heeft bijvoorbeeld meer kans

op slagen dan plots alleen nog maar fruit als tussendoortje aan te bieden.

Meestal zijn het vooral de moeders die gemotiveerd zijn om binnen het gezin gezondere voedingsgewoonten te introduceren en gezonder te gaan koken. Zij staan vaak echter niet sterk genoeg tegenover hun echtgenoot en adolescente kinderen om zelf hun keuzes door te voeren. Moeders verkiezen bovendien harmonie en evenwicht binnen hun gezin boven een gezonde voeding. Deze geslachtsverschillen vinden we ook terug bij adolescenten. Jongens zijn in het algemeen minder gemotiveerd om gezond te eten dan meisjes. Gewichtscntrole blijkt hierbij dikwijls een belangrijke motivator.

Specifiek naar kinderen toe is het aanleren van duidelijke voedingsregels ten slotte belangrijk. Indien kinderen in het gezin hebben geleerd suiker- of vetrijke voedingsmiddelen (bv. snoep, snacks, frisdranken) te beperken en slechts met mate te gebruiken, dan zullen ze hiermee ook op latere leeftijd rekening houden. Deze resultaten gelden echter vooral voor verbodsregels en niet voor gebodsregels (verplicht worden om meer fruit, soep en groenten te eten) (4). Verder is het belangrijk dat ouders hun kinderen niet te vaak zelf laten beslissen wat ze eten. Onderzoek heeft aangetoond dat kinderen die al op jonge leeftijd veel beslissingen rond voeding mogen nemen, in het algemeen ongezonder eten (14).

Het derde niveau is het effect van het algemene gezinsfunctioneren op voeding. Het blijkt dat kinderen die in gezinnen wonen waar een grotere emotionele binding is tussen de gezinsleden en die met duidelijke regels, rollen en machtsstructuren opgroeien, gezonder zullen eten.

## **Besluit**

Mensen motiveren hun voedingsgedrag te veranderen blijkt moeilijker dan eerst gedacht. Voedingseducatie gericht naar het individu houdt best rekening met drie belangrijke factoren: (a) het verhogen van het bewustzijn en de kennis rond gezonde voeding samen met het installeren van positieve attitudes, (b) het zorgen voor sociale steun van belangrijke anderen uit de omgeving van de persoon, en (c) het verhogen van de eigen effectiviteit met betrekking tot gezonde voeding. Gedragsverandering is een proces doorheen verschillende stadia. In elk stadium moeten individuen op een verschillende manier worden gemotiveerd om hun gedrag te veranderen.

Gezondheidseducatie kan ten slotte niet los worden gezien van het gezin. Promotie van gezonde voeding moet rekening houden met de gezinscontext. Eén gezinslid is zelden sterk genoeg om het voedingsgedrag van het hele gezin te veranderen.

De promotie van gezonde voeding vergt dus een aanpak op verschillende niveaus.

## **Literatuur**

1. Ajzen, I. (1991) The theory of planned behaviour. *Organizational Behaviour and Human Decision Processes*, 50, 179-211.
2. De Bourdeaudhuij, I. & Brug, J. (in druk) Tailoring dietary feedback to reduce fat intake : an intervention at the family level. *Health Education Research*.
3. De Bourdeaudhuij, I. & Crombez, G. Motiveren van patiënten tot gedragsverandering. (in druk). *Tijdschrift voor Geneeskunde*
4. De Bourdeaudhuij, I. & Van Oost, P. (1996). De relatie tussen op jonge leeftijd aangeleerde voedingsregels en voedingskeuze in de adolescentie. *Gedrag en Gezondheid*, 24, 4, 215-223.
5. De Bourdeaudhuij, I. & Van Oost, P. (1997). Gezinsdynamiek en voedingsgedrag : een onderzoek met vragenlijsten en groepsinterviews. *Gedrag en Gezondheid*, 25, 1, 62-73
6. De Bourdeaudhuij, I. & Van Oost, P. (1998). Family members' influence on decision making about food: differences in perception and relationship with healthy eating. *American Journal of Health Promotion*, 13, 2, 73-81.
7. De Bourdeaudhuij, I. & Van Oost, P. (1998). Family characteristics and positive health behaviours in adolescents and families. *Psychology and Health*, 13, 785-803.
8. De Bourdeaudhuij, I., Vanden Auweele, Y., Rzewnicki, R. & Vanden Broucke, S. (1999). Gedragsverandering op het vlak van voeding en beweging. In J. Borms, E. Van Assche & J. Pion (Eds). *Fysieke activiteit en voeding: meting en gedragsverandering*. Brussel: Bloso. pp. 119-153.
9. Kant, A., Graubard, B., Schatzkin, A. & Ballard-Barbash, R. (1995). Proportion of energy intake from fat

and subsequent weight change in the NHANES I Epidemiologic Follow-up Study. *American Journal of Clinical Nutrition*, 61, 1, 11-17.

10. Prochaska, J., Norcross, J. & DiClemente, C. (1994). *Changing for good*. New York : Avon Books.
11. Vande Lanotte, C., De Bourdeaudhuij, I., Bouckaert, J., De Backer, G., Musch, E., Van Oost, P. Onderzoeksproject : Ontwikkeling, evaluatie en implementatie van een geïndividualiseerde interventie voor het verminderen van de vetconsumptie en het verhogen van fysieke activiteit. Universiteit Gent, lopend onderzoeksproject 2000-2003.
12. Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie, Vetest, vezeltest, de 'slimme driehoek (interactieve voedingsdriehoek), Brussel, [www.vig.be](http://www.vig.be).
13. De Hoge Gezondheidsraad. Voedingsaanbevelingen voor België. Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu, 2000: 1-81
14. De Bourdeaudhuij, I. & Van Oost, P. (1996). Beslissingen over voedingsaankopen in het gezin: invloed van beslissingsname op (on)gezond gedrag. *Tijdschrift Voeding*, 57, 11, 14-17