

Deel 1

Gezond zijn en blijven

HOOFDSTUK 1

WAT IS GEZONDHEID?



Bron: Alamy/Big Cheese Photo

LEERDOELEN

Aan het einde van dit hoofdstuk heb je inzicht in:

- de rol van de psychologie bij een beter begrip van gezondheid en ziekte;
- de doelstellingen en de relevante onderwerpen van het vak gezondheidspsychologie;
- de belangrijkste theoretische modellen over gezondheid en ziekte: het biomedische model en het biopsychosociale model;
- het feit dat gezondheid meer is dan alleen de afwezigheid van lichamelijke ziekte;
- de invloed van leeftijd/levensfase en cultuur op opvattingen over gezondheid.

We geven een omschrijving van wat gezondheidspsychologie inhoudt, belichten haar werkterrein en vergelijken het vakgebied met enkele aanpalende disciplines. Verschillende definities van het begrip ‘gezondheid’ komen in dit hoofdstuk aan bod en we geven een beknopt historisch overzicht van enkele veranderingen die dit begrip heeft ondergaan in de loop der tijd. Vervolgens illustreren we op welke wijze leeftijd (of levensfase) onze opvattingen over gezondheid en gezondheidsbeleving beïnvloedt. We doen dit met name door te kijken of kinderen anders over gezondheid denken dan volwassenen. Tot slot bespreken we aan de hand van onderzoeksresultaten uit westerse en niet-westerse populaties in hoeverre cultuur onze opvattingen over gezondheid beïnvloedt.

1.1 Wat is gezondheidspsychologie?

Psychologie kan worden gedefinieerd als het wetenschappelijk onderzoek naar mentale, psychosociale en biologische processen en gedragsmatig functioneren. Dit onderzoek vindt plaats door middel van systematische observatie van waarneembaar gedrag en aanvullend daarop ook door middel van zelfrapportage (vaak in de vorm van vragenlijsten). Zeker wanneer bepaalde mentale processen zich niet, of slechts beperkt, in waarneembaar gedrag manifesteren, is de medewerking van onderzochte personen in de vorm van zelfrapportage onmisbaar. Onder de door psychologen onderzochte onderwerpen vallen taal, geheugen, concentratie en perceptie, maar ook emoties, sociaal gedrag en gezondheidsgedrag. Het kan gaan om de responsiviteit van één enkele zenuwcel, maar bijvoorbeeld ook om de rol aanpassingen die nodig zijn bij het ouder worden. De basis van psychologisch onderzoek wordt gevormd door het elementaire principe dat we de wereld via zintuiglijke waarneming kunnen leren kennen, oftewel het **empirisme**. Empirische methoden gaan verder dan speculatie, **inferentie** en redeneren, en beogen een feitelijke en systematische analyse van gegevens.

Door middel van empirisch onderzoek onderzoeken psychologen de geldigheid van hun hypothesen en theorieën. Op academisch niveau kan dit onderzoek het inzicht in een bepaald verschijnsel vergroten, op toegepast niveau kan het nuttige kennis opleveren voor het ontwikkelen van nieuwe interventies.

Verschillende soorten psychologen zullen verschillende methoden toepassen; in dit boek ligt de nadruk op de methoden die gezondheidspsychologen vaak toepassen, zoals vragenlijsten, vraaggesprekken en psychometrische tests, waarmee verschillende aspecten van iemands persoonlijkheid onderzocht kunnen worden.

1.1.1 Wat is het verband tussen psychologie en gezondheid?

Mensen hebben allerlei ideeën over gezondheid, die van invloed zijn op hun gedrag en emoties. Daarmee beïnvloeden deze ideeën ook de gezondheid en de manier waarop mensen met ziekten omgaan.

Een van de belangrijkste doelen van de gezondheidspsychologie, ontleend aan de definitie van Matarazzo (1982), is dan ook inzicht krijgen in de biopsychosociale factoren die belangrijk zijn voor:

- de bevordering en het in stand houden van de gezondheid;
- de verbetering van de gezondheidszorg en het gezondheidsbeleid;
- de preventie en behandeling van ziekte;
- de oorzaken van ziekte: bijvoorbeeld risicofactoren en kwetsbaarheid.

empirisme

Het elementaire principe dat we de wereld via zintuiglijke waarneming kunnen leren kennen.

inferentie

Redenering waarbij een conclusie wordt afgeleid uit een of meer premissen. Bijvoorbeeld: ‘Het regent, dus zijn de straten nat.’

Hieronder volgen enkele vragen die gezondheidspsychologen kunnen stellen om dit doel te bereiken: Waarom vertonen sommige mensen gezonde gedragingen en andere niet? Komt dit door iemands persoonlijkheid? Gedraagt iemand die niet rookt zich ook in andere opzichten gezond, bijvoorbeeld door regelmatig voor controle naar de tandarts te gaan? Zijn mensen rationele en consequente wezens? Heeft iemands geslacht, leeftijd of sociaaleconomische status invloed op iemands gezondheid? En zo ja, hoe werkt die invloed dan precies? Waarom lijken sommige mensen altijd ziek te zijn, terwijl anderen gezond blijven?

In hoofdzaak kan de gezondheidspsychologie als een toegepaste wetenschap worden beschouwd. Daarbij kunnen verschillende doelen worden onderscheiden. Sommige onderzoeken hebben bijvoorbeeld alleen tot doel om te *kwantificeren*, bijvoorbeeld als onderzocht wordt hoeveel procent van de middelbareschoolleerlingen jonger dan zestien jaar alcohol drinkt. Andere onderzoeken gaan *beschrijvend* te werk, bijvoorbeeld wanneer gekeken wordt naar de basiskenmerken (leeftijd, geslacht, sociaaleconomische status) van de middelbareschoolleerlingen die alcohol drinken. Idealiter genereert beschrijvend onderzoek causale vragen, bijvoorbeeld: welke aspecten van een lage sociaaleconomische status werken riskant gedrag in de hand? Door de aannamen en houding omtrent gezondheid te meten, kunnen we, voordat we interventies ontwikkelen, zicht krijgen op het probleem van *voorspellende factoren* (zie hoofdstuk 2, 3, 4 en 5).

Gezondheidspsychologie en andere terreinen

De gezondheidspsychologie is ontstaan uit verschillende terreinen binnen de sociale wetenschappen. Ze heeft modellen en theorieën overgenomen en aangepast die oorspronkelijk afkomstig zijn van onder meer de sociale psychologie, het behaviorisme, de klinische psychologie en de cognitieve psychologie. Tegenwoordig wordt de gezondheidspsychologie in Europa, evenals in de Verenigde Staten, gecombineerd met andere vakgebieden als de gezondheidseconomie, gedragsgeneeskunde en medische sociologie. Gezondheidspsychologen werken meestal niet alleen, maar maken deel uit van interdisciplinaire en multidisciplinaire groepen.

Medische psychologie	Een psychisch probleem is een symptoom van een achterliggend lichamelijke gebrek. Door het gebrek weg te nemen kan het symptoom verdwijnen en kan de patiënt weer gezond worden (mechanistische visie).
Gedragsgeneeskunde	Ziekte heeft vaak te maken met aangeleerde slechte gewoonten. Gedrag is het resultaat van een leerproces. Het is dus mogelijk om slechte gewoonten af te leren en goede daarvoor in de plaats aan te leren (conditioneren). Daardoor kan de patiënt weer gezond worden. Het gedachtegoed van het behaviorisme is in de gedragsgeneeskunde richtinggevend.
Psychosomatische geneeskunde	Lichaam en geest hebben beide invloed op gezondheid en ziekte. Vooral als een lichamelijke oorzaak voor een aandoening ontbreekt, veronderstelt men dat geestelijke processen een rol spelen.
Medische sociologie	Gezondheid en ziekte moeten in een breder sociaal perspectief worden geplaatst. Het gezin, de familie, de woonplaats, de leefsituatie en de cultuur zijn van invloed op de gezondheid.
Klinische psychologie	Vakgebied dat zich specialiseert in de diagnostiek en behandeling van mensen met psychische problemen.

In de gezondheidspsychologie worden veel theorieën uit andere disciplines geïntegreerd, maar dan uitsluitend toegepast op gezondheid, ziekte en gezondheidszorg. Meer informatie over leer-, motivatie-, sociale, ontwikkelings- en cognitieve psychologie in het algemeen vind je onder andere in *Psychologie voor de praktijk* en *Het palet van de psychologie* door Jakob Rigter, of in *Sociale psychologie* van Roos Vonk. De verschillen tussen gezondheidspsychologie en andere disciplines liggen op het vlak van methoden van beoordeling, onderzoek, behandeling en interventie. In onderstaand schema vind je vijf van deze disciplines terug, samen met hun benadering van gezondheid.

Wat denk je zelf?

Denk eens aan enkele handelingen in relatie tot gezondheid die je mogelijk zijn aangeleerd en bedenk onder welke omstandigheden je deze hebt aangeleerd. Hoe komt het dat je deze handelingen blijft uitvoeren?

Neem een gezondheidsprobleem in gedachten waarmee je te maken hebt gehad en bedenk een gedragsverandering waarmee je dat probleem in de toekomst kunt vermijden of verminderen.

1.2 Wat is gezondheid? Veranderende perspectieven

Stone (1979) wees erop dat we vragen over de wijze waarop we de gezondheid kunnen beschermen, bevorderen en herstellen, pas kunnen beantwoorden als we het eens zijn over de betekenis van gezondheid en over de manier waarop we deze kunnen meten.

Het woord 'heilzaam' is van 'heel' afgeleid en in het Nederlands hebben 'heilig' en 'heel' in etymologisch opzicht dezelfde stam. Mogelijk worden deze begrippen daarom in zoveel culturen met elkaar in verband gebracht; medicijnmannen zijn bijvoorbeeld vaak priester en arts tegelijk. Er bestaat al heel lang een breed gedragen opvatting over gezondheid, met zowel geestelijke als lichamelijke aspecten. Deze opvatting is in de loop der tijd echter wel enigszins veranderd, zoals we in de volgende paragraaf zullen laten zien.

1.2.1 Modellen van gezondheid en ziekte

Opvattingen over gezondheid kunnen verschillen per individu en per familie, per tijdvak, cultuur en per sociale klasse. Ook onze leeftijd heeft invloed op hoe we tegen gezondheid aankijken. Hieronder worden enkele verschillende, maar niet noodzakelijkerwijs tegenstrijdige, opvattingen over gezondheid beschreven. Deze opvattingen zijn vervat in 'modellen'.

Biomedisch ziektemodel

Het **biomedisch ziektemodel** (ook wel diagnose-receptmodel genoemd) stelt dat een symptoom van een ziekte een achterliggende oorzaak heeft die via medische interventie kan worden genezen. Volgens dit model bestaat er een directe, causale relatie tussen een ziekte en de symptomen ervan. Aangenomen wordt dan ook dat het wegnemen van de oorzaak van een ziekte zal leiden tot het verdwijnen van de symptomen en herstel van de gezondheid. Deze relatief mechanistische opvatting over de werking van het lichaam laat weinig ruimte voor subjectiviteit. Het biomedische model wordt ook wel reductionistisch genoemd; het reduceert de geest, het lichaam en het menselijk gedrag tot lichaamscellen of tot neurale of biochemische activiteit, en verklaart problemen ook enkel op dit niveau. Het reductionisme negeert daarmee dat verschillende mensen op verschillende wijzen kunnen reageren op eenzelfde ziekte.

biomedisch ziektemodel

De opvatting dat ziekten en symptomen een achterliggende fysiologische verklaring hebben.



Een lichamelijke handicap staat niet automatisch gelijk aan een gebrek aan gezondheid en fitheid, zoals deze atleet aantoont.

Bron: Christophe Libert/Stock.XCHNG

biopsychosociaal ziektemodel

Het standpunt dat ziekten en symptomen door een combinatie van lichamelijke, sociale, culturele en psychologische factoren kunnen worden verklaard.

Biopsychosociaal ziektemodel

In tegenstelling tot het biomedische model neemt het **biopsychosociale ziektemodel** nadrukkelijk de subjectiviteit of beleving van gezondheid en ziekte mee in de beoordeling van de gezondheid. Daarnaast wordt gekeken naar de sociale en culturele factoren die mede bepalen of iemand gezond dan wel ziek te noemen is. Veel ziekten hebben bijvoorbeeld achterliggende organische oorzaken, maar kunnen toch unieke, individuele reacties, oftewel subjectieve responsen, teweegbrengen bij patiënten. In dit boek illustreren we dat psychologische en sociale factoren volgens de gezondheidspsychologie kunnen bijdragen aan biologische of biomedische verklaringen van gezondheid en ziekte en inzicht kunnen geven in de beleving ervan. Deze biopsychosociale benadering wordt eveneens toegepast in enkele aanverwante

vakgebieden, zoals de ergotherapie en, in toenemende mate, in de algemene geneeskunde (Turner 2001; Wade en Halligan 2004).

Het biopsychosociale model verruimt het biomedische model dus met de interactie tussen biologische processen en psychologische en sociale invloeden (Engel, 1977, 1980). Hierdoor vormt dit model een complex en multidimensionaal, maar potentieel vollediger handvat voor het bestuderen van de menselijke beleving van ziekte en gezondheid dan het biomedische model. Het is in rap tempo populair geworden als gevolg van de vele tegenstrijdigheden die het biomedische model oproept, maar ook door de toenemende erkenning van de rol die individueel gedrag speelt bij gezondheid en ziekte. Hieronder gaan we kort op deze rol in; in de hoofdstukken 3 en 4 worden voorbeelden van (on)gezond gedrag verder uitgediept.



1.2.2 Gedrag en gezondheid

De stijging van de levensverwachting in de westerse wereld gedurende de twintigste eeuw was mede het gevolg van de vooruitgang van de medische technologie en verbeterde behandelingen. Door de behandel mogelijkheden met medicijnen (bijvoorbeeld antibiotica, uitgevonden rond 1940), alsook de toegenomen greep op infectieziekten door

vaccinaties en verbeterde hygiëne, is de gemiddelde levensverwachting in Groot-Brittannië toegenomen van 47 jaar in 1900 tot 74,6 jaar in 1980 (Whelan, 1988). De stijging van het aantal sterfgevallen aan kanker in de laatste honderd jaar komt mede doordat mensen langer leven met ziekten waaraan ze voorheen zouden zijn overleden; hierdoor bereiken meer mensen een leeftijd waarop de **incidentie** van kanker hoger is. In de Verenigde Staten is het aantal sterfgevallen aan kanker sinds 1900 bijvoorbeeld verdrievoudigd (Baum *et al.*, 1997). Dergelijke cijfers zijn behalve aan een hogere levensverwachting ook toe te schrijven aan het toegenomen aantal rokers en mensen die ander aan kanker gerelateerd gedrag vertonen.

Tabel 1.1 geeft een overzicht van de belangrijkste ‘lichamelijke’ oorzaken van sterfte zoals deze de afgelopen 106 jaar periodiek zijn geregistreerd in Engeland en Wales. Hier moet worden opgemerkt dat dementie ook vaak als doodsoorzaak voorkomt, met bijvoorbeeld ruim 13.000 sterfgevallen in Engeland en Wales in 2006. De tabel noemt echter alleen doodsoorzaken die van toepassing kunnen zijn op alle leeftijds-groepen. In 2006 blijkt diabetes net als in 1995 op de achtste plaats te staan. Deze lichte toename ten opzichte van de negende plaats in 2000 versluiert het feit dat de prevalentie van diabetes tussen 1995 en 2006 bijna verdubbelde. Deze toename van het aantal gevallen is mogelijk een gevolg van wat wel is omschreven als de ‘overgewichtepidemie’ (zie hoofdstukken 3 en 4). De belangrijkste doodsoorzaken zijn echter in die tijd relatief gelijk gebleven, zoals te zien is in de tabel.

Hart- en vaatziekten en kanker zijn ook in Nederland en België de belangrijkste doodsoorzaken. Sinds 2007 sterven in Nederland jaarlijks meer mensen aan een vorm van kanker dan aan hart- en vaatziekten, daarvoor was het precies andersom (Nationaal Kompas Volksgezondheid, 2010). In België overleden in 2008 (het jaar waarin de meest recente grote meting op dit gebied werd gedaan) meer mensen aan hart- en vaatziekten dan aan een vorm van kanker. De percentages liggen echter niet ver uit elkaar: van alle mensen die in België in dat jaar overleden, overleed circa 32 procent aan hart- en vaatziekten, en 27 procent aan een vorm van kanker (ADSEI, 2012).

De opkomst van aids/hiv in de jaren tachtig van de vorige eeuw en het besef van de ernst van deze ziekte leidden tot een grotere terughoudendheid in onbeschermd seksuele contacten dan daarvoor. Aids is nog altijd niet te genezen, maar er zijn inmiddels wel medicijnen ontwikkeld die de toename van het hiv-virus in het lichaam kunnen remmen. Overigens brengt de behandeling van een patiënt met hiv een zeer strikt regime, levenslange en belastende bijwerkingen en hoge kosten met zich mee. Het mag duidelijk zijn dat de noodzaak om terughoudend te zijn in onbeschermd seksuele contacten nog altijd even groot is.

Wereldwijd zijn hartaandoeningen, kanker, ongelukken en aandoeningen aan de luchtwegen de belangrijkste doodsoorzaken. In veel Afrikaanse en Aziatische landen zijn complicaties ten gevolge van aids echter de meest voorkomende doodsoorzaak. Naar schatting zullen rond 2020 hartaandoeningen, hersenaandoeningen waaronder herseninfarcten, chronische longziekten (COPD), infecties van het onderste deel van de luchtwegen en keel- en longkanker (in deze volgorde) wereldwijd de vijf belangrijkste doodsoorzaken zijn en behaalt hiv voor het eerst in de geschiedenis een plaats in de mondiale top 10 (Murray en Lopez, 1997). Op basis van geavanceerde statistische modellen voorspellen deze auteurs daarnaast dat sterfte door infectieziekten als mazelen en malaria, alsook door aandoeningen ontstaan in de perinatale periode (rond de geboorte) en door voedingsziekten (ontstaan door onder meer eenzijdige voeding) wereldwijd significant zullen afnemen. Tabaksgerelateerde ziekten zullen daarentegen bijna verdrievoudigen.

In veel gevallen is er sprake van een duidelijk verband tussen gedrag, gezondheid en ziekte. Door de aandacht die de gezondheidspsychologie besteedt aan de persoonlijke en sociale invloeden op gezondheidsgerelateerd gedrag (zie hoofdstukken 3 en 4) is de discipline snel gegroeid.

incidentie

Het aantal nieuwe gevallen van een ziekte gedurende een specifieke tijdsinterval – niet te verwarren met prevalentie; dit laatste is het aantal vastgestelde gevallen van een ziekte in een populatie op een bepaald moment.

Tabel 1.1 De belangrijkste doodsoorzaken in Engeland en Wales van 1900-2006

Rangorde	1900	1995	2000	2006
1	Influenza en longontsteking	Kanker	Kanker (alle vormen)	Kanker (alle vormen)
2	Tuberculose, alle vormen	Hartaandoeningen	Hartaandoeningen	Hartaandoeningen
3	Gastro-enteritis	Herseninfarct	Longontsteking	Longontsteking
4	Hartaandoeningen	Longontsteking	Herseninfarct	Beroerte
5	Herseninfarct	Chronische longziekten	Chronische longziekten	Chronische longziekten
6	Nieraandoeningen	Ongelukken	Ongelukken	Ongelukken
7	Ongelukken	Zelfdoding	Zelfdoding	Leveraandoeningen
8	Kanker	Diabetes	Leveraandoeningen	Diabetes
9	Kinderziekten	Leveraandoeningen	Diabetes	Zelfdoding

- Gegevens van 1900 van de Wereldgezondheidsorganisatie, www.who.int/countries/gbr
- Gegevens van 1995 en 2000 van Department of Health, *The Nation's Health*, www.doh.gov.uk
- Er zijn relatief weinig verschillen in doodsoorzaak tussen mannen en vrouwen. In 1995 stond zelfdoding op de zevende plaats bij mannen, bij vrouwen leveraandoeningen. In 2000 stond diabetes op zeven en zelfmoord op acht bij vrouwen, bij mannen was dat precies andersom.
- Gegevens uit 2006 van Office for National Statistics, HMSO, zie ook www.statistics.gov.uk

Veranderde opvattingen over gezondheid

Gezondheid werd van oudsher onverbreeklijk gekoppeld aan ‘geschiktheid om te werken’. Van artsen werd dan ook vooral geëist dat ze verklaarden of individuen ‘in staat waren tot werken’, of dat ze de ‘rol van de zieke’ konden aannemen (zie ook hoofdstuk 9). Tegenwoordig kijken veel mensen nog steeds naar de effecten van ziekte op het werkende leven, maar sommige mensen kijken ook juist naar het tegenovergestelde, dus naar de effecten van het werk en de werkomstandigheden op de gezondheid (zie het gedeelte over beroepsstress in hoofdstuk 10).

Een andere verandering in de loop der tijd heeft te maken met de aanname dat de reguliere geneeskunde ons van alle ziekten kan en ook zal genezen. Deze aanname is in de afgelopen decennia ter discussie komen te staan, met als gevolg dat veel meer mensen tegenwoordig bekend zijn met de mogelijke bijwerkingen van behandelingen en geneesmiddelen (bijvoorbeeld de gevolgen van het langdurig gebruiken van een middel als valium). Een ander gevolg is de bloei van de ‘alternatieve’ en ‘aanvullende’ geneeskunde.

1.3 Individuele, culturele en leeftijdsgerelateerde perspectieven op gezondheid

1.3.1 Leken theorieën over gezondheid

Voor een vollediger inzicht in gezondheid en ziekte moeten we achterhalen wat mensen onder gezondheid en ziekte verstaan. De eenvoudigste manier om dat te doen is door mensen te vragen hoe ze gezondheid zelf ervaren. Bauman (1961) stelde aan een populatie patiënten met een ernstige ziekte bijvoorbeeld de vraag: wat betekent gezondheid? Er werden grofweg drie verschillende antwoorden gegeven:

- 1 Gezondheid betekent ‘een overwegend gevoel van welzijn’.
- 2 Gezondheid heeft te maken met ‘de afwezigheid van symptomen van ziekte’.
- 3 Gezondheid is zichtbaar in ‘de handelingen waartoe een lichamelijk gezond persoon in staat is’.

Bauman betoogde dat deze antwoorden aantonen dat gezondheid gerelateerd is aan:

- gevoel;
- gerichtheid op symptomen;
- prestaties.

Belangrijk om te weten is dat de respondenten in het onderzoek van Bauman vaak geen antwoorden gaven die in één afzonderlijke categorie ondergebracht konden worden. Bijna de helft van de steekproef noemde zaken die pasten bij twee van de bovenstaande categorieën en 12 procent formuleerde zelfs alle drie de definities min of meer, wat aangeeft dat we vaak op meer dan één manier over gezondheid denken. Voordat we deze resultaten gaan generaliseren, is een waarschuwing op zijn plaats. De steekproef van Bauman bestond zoals gezegd uit patiënten bij wie een ernstige ziekte was vastgesteld, en het is waarschijnlijk dat gezonde mensen heel anders over gezondheid denken dan zieke. Aangetoond is namelijk dat onder andere de huidige gezondheidstoestand van invloed is op subjectieve opvattingen over gezondheid en op beschrijvingen van het begrip ‘gezondheid’.

Toen Krause en Jay (1994) de referentiekaders onderzochten van mensen die hun eigen gezondheidstoestand beoordeelden, ontdekten ze dat oudere respondenten daarbij vaak melding maakten van *gezondheidsproblemen*, terwijl jongere respondenten vaker **gezondheidsgedrag** noemden. Dit werpt de vraag op of ‘gezond’ anders wordt beleefd wanneer men het zelf niet (meer) is. De gezondheid wordt als goed beschouwd als er niets mis is (misschien formuleren oudere mensen het vaker zo) en bij gezond gedrag (wellicht denken jongere mensen vaker aan dat aspect). Dit suggereert ook dat persoonlijke en sociale factoren, zoals leeftijd, van invloed zijn op de beleving van de gezondheid. In de volgende paragraaf gaan we hier nader op in.

Sociale representaties van gezondheid

Bij een vroeg, vaak geciteerd onderzoek van Herzlich (1973) werden ongestructureerde vraaggesprekken gehouden met tachtig Franse volwassenen om de **sociale representaties van gezondheid** op het spoor te komen (zie ook hoofdstuk 8). Hierbij ontdekte de onderzoeker dat gezondheid in het algemeen werd opgevat als een toestand van evenwicht op verschillende gebieden; lichamelijk, psychologisch, emotioneel en sociaal welzijn, hoewel het voor sommigen moeilijk was gezondheid los te zien van de afwezigheid van ziekte. Bennett (2000) denkt dat mensen bij deze representaties onderscheid maken tussen gezondheid als in ‘gezond zijn’ (indien niet ziek, dan gezond), ‘gezondheid hebben’ (gezondheid als een positief bezit of als middel) en ‘gezond doen’ (gezondheid in de zin van lichamelijke fitheid of gezond functioneren). Er zijn veel overeenkomsten te vinden in de onderzoeksresultaten van Herzlich en Bauman. Een verschil wordt gevormd door de neiging van de respondenten van Bauman om gezondheid eerder te zien als een toestand van ‘zijn’ en van ‘doen’ dan van ‘hebben’. Mogelijk hangt dit samen met de verschillen in de steekproef; Herzlich ondervroeg namelijk niet-zieke volwassenen, terwijl Bauman patiënten met een ernstige ziekte ondervroeg.

Een representatiever beeld van het begrip ‘gezondheid’ volgt uit een grootschalige enquête onder 9000 mensen, het onderzoek *Health and Lifestyles* (Blaxter, 1990). Uit Blaxters resultaten blijkt dat het begrip ‘gezondheid’ mogelijk nog complexer is dan bij eerdere onderzoeken werd gesteld. In dit onderzoek werd respondenten het volgende gevraagd:

- denk aan iemand die heel gezond is;
- vermeld aan wie je denkt (vriend/familielid enzovoort, geen specifieke naam nodig);
- noteer hoe oud diegene is;
- bedenk waarom je diegene gezond noemt;
- bedenk hoe het is als jij zelf gezond bent.

gezondheidsgedrag

Gedrag, ongeacht de gezondheidstoestand waarin men zich bevindt, bedoeld om de gezondheid te beschermen, te bevorderen of in stand te houden, bijvoorbeeld het eten van gezonde voeding.

sociale representatie van gezondheid

Datgene wat bepaalde groepen mensen onder gezondheid verstaan.

Circa 15 procent van de respondenten kon *niemand* bedenken die 'heel gezond' was en ongeveer 10 procent kon niet beschrijven hoe het voor hen was om zich 'gezond te voelen'. Dit laatste kwam vooral voor bij jonge mannen die geloofden dat gezondheid een norm was, een zo vanzelfsprekende toestand dat deze niet onder woorden kon worden gebracht. Voor een kleinere groep oudere vrouwen was de situatie precies omgekeerd: zij hadden al zo lang een slechte gezondheid dat ze zich niet meer konden herinneren hoe het was om zich gezond te voelen. Ze waren dan ook vaak pessimistisch over hun toestand tegenover de onderzoeker (Radley, 1994: 39).

Ook in het onderzoek van Blaxter konden verschillende opvattingen van gezondheid worden geïdentificeerd:

- *Gezondheid als niet ziek*: geen symptomen, geen bezoeken aan artsen, daarom ben ik gezond.
- *Gezondheid als bezit*: uit een sterke familie komen, snel herstellen na operaties.
- *Gezondheid als gedrag*: 'zij zijn gezond omdat ze goed voor zichzelf zorgen, sporten enzovoort' (meestal op anderen toegepast).
- *Gezondheid als lichamelijke fitheid en vitaliteit*: vooral genoemd door jongere respondenten. Daarnaast is het mannelijk gezondheidsbegrip vaker gekoppeld aan 'zich fit voelen' en dat van vrouwen aan 'zich energiek voelen'. Vrouwen zien gezondheid ook meer in sociaal perspectief, in de vorm van levendig zijn en goede relaties met anderen hebben.
- *Gezondheid als psychosociaal welzijn*: gezondheid in mentaal opzicht; bijvoorbeeld zich mentaal in harmonie voelen, zich trots voelen of van het gezelschap van anderen genieten.
- *Gezondheid als functie*: het vermogen om taken te verrichten, om te doen wat je wilt wanneer je dat wilt, zonder belemmeringen van een slechte gezondheid of lichamelijke beperkingen (dit kan in verband worden gebracht met de definitie van de Wereldgezondheidsorganisatie van lichamelijke beperking: 'het onvermogen de normale sociale functies te vervullen, meestal als gevolg van een belemmering of handicap' (WHO, 1980).

Deze categorieën bevestigen dat gezondheid meer is dan iets zuiver lichamelijks. Het omvat ook het psychosociale welzijn en lijkt overeen te komen met de categorieën 'zijn', 'hebben' en 'doen' van Bennett en met de bevindingen van Bauman, waarin 'gezond' als 'niet-ziek' wordt gedefinieerd. Over het algemeen kunnen we concluderen dat deze dimensies van gezondheid tamelijk robuust zijn (althans in westerse culturen, zie paragraaf 1.3.2 voor crossculturele verschillen).

Een andere belangrijke bevinding is dat mensen hun eigen gezondheid beoordelen door zichzelf te vergelijken met anderen. Zo ontstaat een beeld over wat gezondheid is en wat niet. Kaplan en Baron-Epel (2003) ondervroegen 383 inwoners van Israël en ontdekten dat jonge mensen die melding maakten van een minder dan optimale gezondheid zichzelf niet met mensen van dezelfde leeftijd vergeleken, terwijl veel ouderen dat wel deden. Wanneer ze in optimale gezondheid verkeerden, vergeleken meer jonge dan oudere mensen zichzelf met mensen van hun eigen leeftijd. Het is interessant om na te gaan met welke referentiegroep iemand zich vergelijkt. Door een groep met een slechtere gezondheid te kiezen, steekt de eigen situatie gunstiger af. Omgekeerd geldt natuurlijk hetzelfde: wanneer iemand zich vergelijkt met een referentiegroep met een betere gezondheid, lijkt de eigen situatie slechter. Mensen zullen dit soort vergelijkingen steevast maken wanneer hun wordt gevraagd wat ze verstaan onder 'gezond zijn', zoals bij het onderzoek van Bauman gebeurde.

Gezondheid is dus relatief. Bovendien zal elke beroepsgroep binnen de gezondheidszorg al dan niet expliciet een eigen accent geven aan wat ze beschouwt als gezond, wenselijk en nastrevenswaardig. Zo vindt een fysiotherapeut iemand gezond als hij zich goed en soepel kan bewegen. Een ergotherapeut vindt iemand gezond als deze persoon zich thuis en daarbuiten in het dagelijks leven goed weet te redden, een