

Genderidentiteit en risicogedrag

De relatie tussen genderidentiteit en rook- en drinkgedrag

Vrouwen roken en drinken minder dan mannen, ze rijden ook minder hard met de auto, ze doen minder gevaarlijke sporten. De publieke perceptie lijkt te zijn dat ze minder risicogedrag vertonen. Worden die 'common sense'-opvattingen wel ondersteund door onderzoek? En kunnen we dat sekse onderscheid voor wat betreft risicogedrag wel zo zwartwit stellen? Is hier niet veel meer sprake van aangeleerd gedrag dat samenhangt met positie en rol van mannen en vrouwen in de maatschappij? Hangt het risicogedrag samen met sekse of met een genderrol of genderidentiteit? En veranderen die opvattingen daarover wellicht door de tijd?

Risicogedrag op het gebied van gezondheid bestaat uit activiteiten die iemands gezondheid en welzijn schade kunnen berokkenen. Toch wordt dit soort gedrag veelal, in het bijzonder gedurende de jonge volwassenheid, als een normaal deel van het ontwikkelingsproces gezien. Volgens Meeus (1999) betreft risicogedrag die gedragingen waarin bewust grenzen worden verkend. Naar onze mening zou risicogedrag echter ook heel goed onbewust kunnen optreden.

Risicogedrag en sekse

Er bestaan verschillen in de mate waarin vrouwen en mannen participeren in specifieke gezondheidsgerelateerde risicogedragingen. Mannen vertonen consistent hoger risicogedrag dan vrouwen bij levensstijlfactoren als roken, alcoholgebruik, drugsgebruik, fysieke

heldhaftigheid, roekeloos rijgedrag en gebruik van wapens (Byrnes, Miller & Schafer, 1999). Alhoewel de meeste vormen van risicogedrag gebruikelijker zijn onder mannen, bestaan er ook typen risicogedrag die meer voorkomen bij vrouwen, zoals anorexia nervosa (Garfinkel & Garner, 1982). Ook in een onderzoek van Kuhlman en Zuckerman (2000) scoorden mannen hoger op drugsgebruik dan vrouwen. Tevens hadden mannen hogere scores op roekeloos rijgedrag en gokken. Hierbij werd het belang van de factor spanningsbehoefte benadrukt. Mensen die in hoge mate behoefte aan spanning hebben, hebben de neiging risico lager in te schatten dan mensen die in mindere mate behoefte aan spanning hebben. Dat geldt zelfs voor activiteiten die ze nooit eerder uitgevoerd hebben (Horvath & Zuckerman, 1993) en zij rekenen op het ervaren van minder angst dan mensen die in mindere mate behoefte aan spanning hebben, als ze zich in dit soort situaties bevinden. Over het algemeen hebben mannen de neiging hoger op spanningsbehoefte te scoren dan vrouwen (Zuckerman, 1994). Volgens Zuckerman zouden sekseverschillen in spanningsbehoefte te wijten kunnen zijn aan verschillen in geslachtshormonen. Geslachtshormonen bij mannen zijn gerelateerd aan spanningsbehoefte.

Onderzoek van De Vries, Lechner en Mudde (2002) richtte zich op de vraag of vrouwen en mannen dezelfde, dan wel verschillende redenen hebben om risico- of gezondheidsgedra-

gingen uit te voeren, en of er dus een noodzaak is voor de ontwikkeling van seksspecifieke preventieprogramma's. Vier deelstudies werden uitgevoerd die gericht waren op beginnen en stoppen met roken, consumptie van groente en fruit, gematigd alcoholgebruik, en veilig zonnen. Verschillende sekseverschillen werden gevonden, zoals het feit dat dóórrokkende vrouwen minder nadelen zagen van stoppen dan mannen, suggererend dat zij in hogere mate een onrealistisch, te optimistisch beeld van stoppen met roken hebben. De onderzoekers rapporteerden als nadeel van hun studies dat ze niet specifiek waren opgezet om verschillen tussen mannen en vrouwen te ontdekken. Vervolgonderzoek zou een fase moeten omvatten waarin, bijvoorbeeld door middel van interviews, wordt nagegaan welke opvattingen of motieven over onder meer stoppen met roken door en over vrouwen en mannen worden genoemd. Bovendien werden hier wel sekseverschillen maar geen genderverschillen onderzocht.



Alle reeds hierboven beschreven onderzoeksresultaten zijn louter gericht op sekse, terwijl binnen de term sekse een doorwerking schuilt van

socioculturele attributies die leiden tot identiteitsvorming en seksegerelateerde kenmerken van de mens. Deze toeschrijvingen kunnen ondergebracht worden in de term *gender*, het aspect dat niet altijd even goed belicht wordt in seksegerelateerd onderzoek in de hedendaagse gezondheidszorg (Bekker, 2003). Het hier gepresenteerde onderzoek is daarom gericht op de samenhang tussen genderidentiteit en risicogedrag, waarbij genderidentiteit tevens op een nieuwe wijze in kaart wordt gebracht.

Constructie van genderidentiteit

De termen *gender* en *sekse* worden in psychologisch onderzoek op verschillende manieren geïnterpreteerd. In de Engelstalige literatuur wordt de term *gender* regelmatig gebruikt als slechts een onderscheid tussen man en vrouw, oftewel *sekse*. Gebruik van de term *genderidentiteit* is wellicht meer geschikt, omdat op deze manier het verschil met de term *sekse* duidelijker naar voren lijkt te komen.

Wij conceptualiseren de term *sekseverschillen* als het biologisch onderscheid tussen mannen en vrouwen. Hierbij kan men denken aan anatomische verschillen, hormonale verschillen, en verschillen op het gebied van de hersenen. De term *genderverschillen* verwijst naar differentiële gedragingen, verwachtingen en belevingen die aangeleerd worden als passend voor ofwel mannen ofwel vrouwen in een bepaalde cultuur of samenleving (Lott, 1994). Men gaat er van uit dat deze genderverschillen worden gesocialiseerd tijdens het leven en dat ze niet noodzakelijk gerelateerd zijn aan, of zelfs gebaseerd zijn op, sekseverschillen. Hierbij benadrukt Oakley (1985), dat het behoren tot bijvoorbeeld de vrouwelijke sekse niet automatisch het behoren tot een daarmee corresponderende vrouwelijke genderidentiteit betekent.

Wanneer het begrip *sekse* op individueel, psychisch en gedragsniveau toegepast wordt, is er sprake van een vertaling van persoonlijke betekenissen, verbonden aan *sekse* (Bekker, 1993). Er vindt een reflectie plaats van *gender* in zelfbeeld, emotie, gedrag en symptomen, waar-

bij de geslachtsidentiteit ofwel genderidentiteit een belangrijke plaats inneemt. Wanneer in psychologisch onderzoek de *beleving* van zijn of haar gender een belangrijk aspect vormt, is het ons inziens dan ook gewenst gebruik te maken van de term genderidentiteit in plaats van de term sekse (Bekker, 1993).

Volgens Chesney en Nealey (1996) hangt gender samen met de psychologische, sociale, fysieke en gedragsmatige factoren die van invloed zijn op ziekte, risico, expressie, behandeling en prognose. Gezondheidsgerelateerde gedragingen, zoals rookgedrag, liggen geworteld in het complexe netwerk van bovenstaande factoren die verschillen voor mannen en vrouwen.

Het meten van genderidentiteit

Genderidentiteit is niet eenvoudig te meten. Men kan zich afvragen in hoeverre het als een vaststaand gegeven gezien kan worden. Zo kan onze genderidentiteit afhankelijk zijn van context, leeftijd en stemming (Bekker, 1993). Mannelijkheid en vrouwelijkheid werden lang gezien als tegenpolen van elkaar, men kon mannelijk of vrouwelijk zijn, maar niet beide (Bem, 1974).

Mannelijkheid werd lang geassocieerd met een instrumentale oriëntatie en een cognitieve en probleemoplossende gerichtheid, terwijl vrouwelijkheid geassocieerd werd met een expressieve oriëntatie en een affectieve bezorgdheid om het welzijn van anderen en de harmonie binnen een groep (Taylor, Klein, Lewis, Gruenewald, Gurung & Updegraff, 2000). Tevens werd mannelijkheid gerelateerd aan een individualistische oriëntatie, terwijl vrouwelijkheid meer gekoppeld zou kunnen worden aan gemeenschappelijke gerichtheid (Bakan, 1966).

Met behulp van de Bem Sex-Role Inventory (Bem, 1974), een van de meetinstrumenten ontwikkeld op gendergebied, wordt gevraagd naar de mate waarin men verschillende stereotiepe adjectieven op zichzelf van toepassing vindt. Doordat mensen een lijst met deze reeds vooraf opgestelde adjectieven krijgen gepresenteerd,

komt de persoonlijke kijk op de eigen genderidentiteit nauwelijks aan de orde. Daarom hebben we een meetinstrument geïntroduceerd, waarbij gepoogd werd genderidentiteit op een visuele manier te meten. Bovendien werd met behulp van een open vraag de individuele betekenis van genderidentiteit onder de onderzoeksgroep aan het licht gebracht.



Rookgedrag, sekse en gendergerelateerde aspecten

In het begin van de vorige eeuw was in westerse landen het roken van sigaretten alleen nog populair onder mannen. Sinds de Eerste Wereldoorlog werd het sigarettengebruik als gewoon gezien bij mannen, maar als zeldzaam bij vrouwen. Pas vanaf de Tweede Wereldoorlog nam het aantal vrouwelijke rokers toe, en dan met name onder tieners en jong volwassenen (Waldron, 1991). Een belangrijke reden voor de afname in het sekseverschil met betrekking tot rookgedrag is de verminderde sociale afkeuring van roken bij vrouwen in onze samenleving. Voor adolescenten gold in 1988 in veel westerse landen dat het aantal meisjes dat rookte of vrijwel gelijk was aan, of zelfs iets hoger lag dan het aantal jongens dat rookte (Waldron, 1988). De meeste rokende volwassenen beginnen met roken tijdens de adolescentie (Botvin, Diaz, Doyle, Epstein & Griffin, 1999).

Uit een vrij recent onderzoek onder Nederlandse scholieren in basis- en voortgezet onderwijs bleek dat roken een veelvuldig voorkomend verschijnsel is. Onder de kleine groep die op de basisschool al gerookt heeft, ligt het percentage jongens hoger dan het percentage meisjes. Onder 16-17-jarigen is het aantal meisjes dat dagelijks rookt, groter dan het aantal jongens. In 2001 is dit aantal in vergelijking met 1999 met 14,6 procent toegenomen. Voor jongeren, en meisjes in het bijzonder, lijkt roken een prettig genotsmiddel en een interessant markeringsmiddel voor de volwassenheid (Ter Bogt, Van Dorsselaer & Vollebergh, 2003).

Drinkgedrag, sekse en gendergerelateerde aspecten

Het alcoholgebruik onder mannen ligt wereldwijd hoger dan onder vrouwen, zowel wat betreft de frequentie als de mate ervan per keer (Lo, 1995). Uit onderzoeksgegevens kon in 1988 geconcludeerd worden dat de seksverschillen groot waren onder de dagelijkse, zware drinkers en probleemdrinkers. Tot deze groepen drinkers behoorden namelijk drie keer zoveel mannen als vrouwen. Wanneer echter ook gekeken wordt naar de niet-frequente gebruikers van alcohol, dan zijn deze seksverschillen een stuk kleiner (Waldron, 1988). In niet-westerse landen geldt ook dat over het algemeen meer mannen alcohol drinken (Fineau, Stanhope, & Prior, 1982).



Ook wat betreft het drinkgedrag onder adolescenten ziet men een hoger alcoholgebruik onder jongens. Uit onderzoek onder Nederlandse scholieren in basis- en voortgezet onderwijs van Ter Bogt, Van Dorsselaer en Vollebergh (2003) blijkt dat het percentage jongens dat ooit gedronken heeft op elke leeftijd significant hoger ligt dan dat van meisjes. Drinkgedrag onder basisschoolleerlingen komt haast niet of zeer incidenteel voor, terwijl onder 16-17-jarigen een ruime meerderheid regelmatig drinkt. Van de 16-17-jarigen drinkt 71,2 procent van de jongens en 58,6 procent van de meisjes maandelijks een keer. Hierbij beginnen jongens vaak eerder met drinken, waarna zij eerder met een zekere regelmaat drinken en vaker dronken zijn dan meisjes.

De motieven voor drinkgedrag blijken in een aantal opzichten overeen te komen met de motieven voor rookgedrag. Zo geldt ook voor drinkgedrag dat sociale acceptatie en zelfs vaak *goedkeuring* van drinkgedrag onder mannen bijdraagt aan een hoger aantal mannelijke drinkers, en dat sociale *afkeuring* een aspect is dat bijdraagt aan het lager aantal vrouwen, in het bijzonder onder de groep van de zware drinkers (Gomberg, 1982).

Lammers (1991) wijst nader op dat verband tussen alcoholisme onder vrouwen en genderidentiteit. Zo wordt het overmatige drinken van alcohol in het algemeen gezien als typisch mannelijk (Lemle & Mishkind, 1989). Al lange tijd wordt gesuggereerd dat overmatig drinkgedrag eerder bij meer mannelijke vrouwen zou voorkomen (Curlee, 1967). Ook uit meer recent onderzoek blijkt dat het drinken van alcohol onder mannen eerder als vanzelfsprekend wordt gezien dan onder vrouwen, en zelfs beoordeeld wordt als een symbool van mannelijkheid (Kaminer & Dixon, 1995).

In het onderzoek dat hier wordt gepresenteerd, werd nagegaan of er een relatie aangetoond kon worden tussen genderidentiteit enerzijds en rook- en drinkgedrag anderzijds. Hierbij werd tevens een nieuw meetinstrument geïntroduceerd: de Pictorial Representation of

Gender Identity (PRGI). We verwachtten een positieve samenhang van mannelijkheid met zowel rook- als drinkgedrag en daarnaast een negatieve samenhang van vrouwelijkheid met zowel rook- als drinkgedrag.

Methode

Het hier gepresenteerde onderzoek heeft plaatsgevonden onder studenten aan de Universiteit van Tilburg. De grootte van de steekproef bedroeg 90 mensen, waarvan 34 mannen (37,8%) en 56 vrouwen (62,2%). De gemiddelde leeftijd was 20,7 (standaarddeviatie = 3,24). Van deze 90 studenten studeerden er 60 aan de Faculteit der Sociale Wetenschappen, 21 aan de Faculteit der Rechtsgeleerdheid, 5 aan de Faculteit der Economische Wetenschappen en 4 aan de Faculteit der Letteren.

In dit onderzoek werd voor de meting van genderidentiteit allereerst gebruik gemaakt van de *Bem Sex-Role Inventory* (BSRI) van Bem (1974) en Bem en Martyna (1976). De BSRI bestaat uit een vragenlijst met zestig eigenschappen, waarvan twintig 'mannelijke', twintig 'vrouwelijke' en twintig 'neutrale' eigenschappen. Deze neutrale eigenschappen werden verder niet in de analyses gebruikt, maar zijn aan de lijst toegevoegd om mensen niet te snel te laten denken dat het om een meting van hun genderidentiteit gaat. Uit een vrij recent onderzoek van Ellis en Holt (1998) bleek dat wat in de BSRI als 'mannelijk' en 'vrouwelijk' geldt, nog steeds van toepassing is.

Ook werd in dit onderzoek gebruik gemaakt van een nieuw meetinstrument, namelijk de *Pictorial Representation of Gender Identity* (Bekker, Breuls & Teunisse, in voorbereiding). Dit meetinstrument is afgeleid van de *Pictorial Representation of Illness and Self Measure* (PRISM) van Büchi et al. (2002)¹.

Bij de PRGI worden twee ronde stickers aangeboden die 'mannelijkheid' en 'vrouwelijkheid' representeren. Respondenten dienen op een visuele manier een inschatting te maken van de mate waarin zij mannelijkheid en vrouwelijkheid

van belang achten voor hun zelfbeeld. De mate waarin de deelnemers aan het onderzoek hun mannelijkheid respectievelijk vrouwelijkheid als belangrijk zien voor hun 'zelf' kan uitgedrukt worden in de 'Self-Gender Separation' (SGS), die de afstand aangeeft tussen de middelste punten van de stickers in centimeters (variërend van 0 tot 15 cm). Hoe hoger deze afstand, hoe lager de score op mannelijkheid/vrouwelijkheid.

Omdat een schatting gemaakt wordt van zowel de mannelijkheid als de vrouwelijkheid, maakt iedereen dus gebruik van twee stickers. Bovendien werden er twee open vragen toegevoegd, die na het vastplakken van de rondjes beantwoord dienden te worden. Deze vragen hadden betrekking op de mannelijke en vrouwelijke eigenschappen, gedragingen en interessen die men voor ogen had bij het plaatsen van de stickers. Omdat de mogelijkheid bestond dat respondenten de vragen op een sociaal-wenselijke manier beantwoordden, werd er aan de vragenlijsten de Omgaan Met Anderen Vragenlijst (OMAV) toegevoegd.

Het meetinstrument dat gebruikt werd voor het meten van rookgedrag was afkomstig uit een artikel van De Vries, Kremers, Mudde en Willemsen (2000). Hieruit gebruikten we tien vragen over rookgedrag, waarmee de frequentie van het roken en het type rookgedrag, met betrekking tot de soort tabakswaar, konden worden gemeten. Het meetinstrument dat gebruikt werd voor de meting van alcoholgebruik was de tien vragen-versie van de *Alcohol Use Disorder Identification Test* (AUDIT) van Babor (1989). Bij een totaalscore van $\geq$ acht was er sprake van overmatig drinkgedrag en een indicatie voor verder diagnostisch onderzoek.

Om studenten te vinden die deel zouden willen nemen aan dit onderzoek werden vragenlijsten in collegezalen uitgedeeld, en werd via oproepen medestudenten om medewerking gevraagd.

Resultaten

Frequentie en vergelijking van gemiddelde scores:

TABEL 1. ROOKGEDRAG IN DE TOTALE ONDERZOEKSGROEP EN IN DE ROKERSGROEP

	<i>Mannen</i> (N = 34)	<i>Vrouwen</i> (N = 56)	<i>Totaal</i> (N = 90)
	Percentage	Percentage	Percentage
<i>Frequentie van rookgedrag</i>			
Niet	58.8	76.8	70
Af en toe	35.3	7.1	17.8
Dagelijks	5.9	16.1	12.2
	<i>Rokende mannen</i> (N = 14)	<i>Rokende vrouwen</i> (N = 13)	<i>Rokers (totaal)</i> (N = 27)
	M (SD)	M (SD)	t
Frequentie van rookgedrag	1.14 (.36)	1.69 (.48)	-3.37 **
<i>Gem.consumptie sigaretten/shagjes per dag (onder rokers)</i>	3.29 (5.78)	11.81 (8.31)	-3.11 **

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

Van de totale onderzoeksgroep rookte een percentage van 30%, waarvan 17,8% *af en toe* en 12,2% *dagelijks* rookte. Naar verhouding rookten er meer mannen dan vrouwen. Van de 34 mannen rookte 41,2% waarvan 35,3% *af en toe* rookte en 5,9% *dagelijks* rookte. Van de 56 vrouwen rookte 23,2%, waarvan 7,1% *af en toe* rookte, maar een hoog percentage, 16,1% *dagelijks* rookte (Tabel 1).

Opvallend was dat er meer mannelijke rokers waren, maar de vrouwen gemiddeld hoger scoorden op de mate van de consumptie. Deze gemiddelde scores verschilden, tussen mannen en vrouwen, significant van elkaar.

Van de totale onderzoeksgroep dronk het merendeel (97,8%) wel eens alcohol. Binnen deze groep dronk 14,4% *maandelijks of minder*, 42,2% *2 tot 4 keer per maand*, 37,8% *2 tot 3 keer per week* en tot slot dronk 3,3% *4 of meer keer per week* alcohol (Tabel 2). Naar verhouding dronken iets meer vrouwen dan mannen alcohol. Bij mannen lag de frequentie van gebruik echter hoger. Bij de mannen dronken de meeste mannen (67,6%) *2 tot 3 keer per week* alcohol, terwijl de meeste vrouwen *2 tot 4 keer per maand* dronken (58,9%) en 19,6% binnen deze groep *2 tot 3 keer per week* alcohol dronk (Tabel 2).

TABEL 2. DRINKGEDRAG ONDER MANNEN, VROUWEN EN DE TOTALE ONDERZOEKSGROEP

	<i>Mannen</i> (N = 34)	<i>Vrouwen</i> (N = 56)	<i>Totaal</i> (N = 90)
	Percentage	Percentage	Percentage
<i>Frequentie van alcoholgebruik</i>			
Nooit	2.9	1.8	2.2
Maandelijks of minder	8.8	17.9	14.4
2 tot 4 keer per maand	14.7	58.9	42.2
2 tot 3 keer per week	67.6	19.6	37.8
4 of meer keer per week	5.9	1.8	3.3
	M (SD)	M (SD)	t
Frequentie van alcoholgebruik	2.65 (.85)	2.02 (.73)	3.74***
<i>Alcoholconsumptie doorsnee dag</i>	2.65 (1.37)	2.04 (.99)	2.45*
<i>Frequentie drinken van > 6 glazen</i>	2.00 (1.21)	1.05 (.88)	4.29***
	Percentage	Percentage	Percentage
<i>Interpretatie totaalscore AUDIT</i>			
Geen indicatie verder onderzoek	38.2	71.4	58.9
Indicatie voor verder onderzoek	61.8	28.6	41.1

AUDIT = Alcohol Use Disorder Identification Test * $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

Bij de vraag naar het aantal glazen op een doorsnee dag rapporteerde het grootste aantal mensen (34,4%) van de gehele onderzoeksgroep 3 tot 4 glazen alcohol te drinken, met daaropvolgend 26,7% dat 1 tot 2 en 20% dat 5 tot 6 glazen alcohol dronk. Een percentage van 24,4% van de gehele onderzoeksgroep rapporteerde nooit 6 of meer glazen per gelegenheid te drinken. De meeste mensen (33,3%) dronken deze hoeveelheid *minder dan maandelijks*, 20% *maandelijks*, 21,1% *wekelijks* en slechts 1,1% (bijna) *dagelijks*. Onder de mannen vertoonde een percentage van 61,8% overmatig drinkgedrag. Onder de vrouwen was dit een percentage van 28,6 % (Tabel 2).

Genderidentiteit

Bem Sex-Role Inventory (BSRI): De gemiddelde score op mannelijkheid en vrouwelijkheid gemeten met behulp van de BSRI kan variëren van 1 tot 4. In de totale onderzoeksgroep bedroeg de gemiddelde score op mannelijkheid 2,68 (SD = .37) en op vrouwelijkheid 2,98 (SD = .35). Bij mannen werd een gemiddelde score van 2,85 op zowel mannelijkheid (SD = .45) als op vrouwelijkheid (SD = .38) gemeten. Bij vrouwen kon een hogere gemiddelde score op vrouwelijkheid van 3,06 (SD = .31) dan op mannelijkheid van 2,57 (SD = .27) worden geconstateerd (Tabel 3).

Self-Gender Separation (PRGI): De SGS-waarden gemeten met behulp van de PRGI kon liggen tussen 0 en 15 cm. Gemiddeld genomen werd er in de totale onderzoeksgroep hoger gescoord op

vrouwelijkheid dan op mannelijkheid. De gemiddelde afstand van het 'zelf' tot mannelijkheid (SGS mannelijkheid) die gemeten werd, was 4,05cm (SD = 2.61). De gemiddelde afstand van het 'zelf' tot vrouwelijkheid (SGS vrouwelijkheid) was 3,38cm (SD = 2.81). *Mannen scoorden gemiddeld hoger op mannelijkheid, vrouwen gemiddeld hoger op vrouwelijkheid^a.*

Wanneer er gekeken werd naar de verbanden tussen sociale wenselijkheid enerzijds en de aspecten van zowel risicogedrag als genderidentiteit anderzijds, bleek sociale wenselijkheid alleen een significante samenhang te vertonen met de gemiddelde score op vrouwelijkheid. Een toename in de score op sociale wenselijkheid bracht dus een toename in vrouwelijkheid (gemeten door de BSRI) met zich mee.

Samenhang tussen genderidentiteit en rook- en drinkgedrag

Er werd geen significante correlatie gevonden tussen rookgedrag en genderidentiteit op schaalniveau. Op itemniveau werden significante correlaties gevonden tussen de gemiddelde consumptie van sigaretten/shag, en genderidentiteit bij meting door de BSRI. Een onverwacht resultaat was echter dat deze consumptie negatief samenhangt met mannelijkheid en positief met vrouwelijkheid (Tabel 4). Er werden verscheidene significante correlaties gevonden tussen aspecten van alcoholgebruik en genderidentiteit, gemeten door zowel de BSRI als de PRGI. Zoals verwacht gold: hoe mannelijker, hoe meer alcoholgebruik, en hoe vrouwelijker, hoe minder alcoholgebruik (Tabel 4).

TABEL 3. GENDERIDENTITEIT ONDER MANNEN, VROUWEN EN DE TOTALE ONDERZOEKSGROEP

	Mannen (N = 34)	Vrouwen (N = 56)		Totaal (N = 90)
	M (SD)	M (SD)	t	M (SD)
<i>Score op genderidentiteit (BSRI)</i>				
Mannelijkheid	2.85 (.45)	2.57 (.27)	3.51***	2.68 (.37)
Vrouwelijkheid	2.85 (.38)	3.06 (.31)	- 2.77 **	2.98 (.35)
<i>Score op genderidentiteit (PRGI)</i>				
Mannelijk	2.38 (1.71)	5.07 (2.55)	-5.44***	4.05 (2.61)
Vrouwelijk	5.49 (3.18)	2.09 (1.51)	6.83***	3.38 (2.81)

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

TABEL 4. CORRELATIES TUSSEN VERSCHIEDENE ASPECTEN VAN ROOKGEDRAG EN ALCOHOLGEBRUIK ENERZIJD, EN GENDERIDENTITEIT, GEMETEN DOOR DE BSRI OP ZOWEL ITEM- ALS SCHAALNIVEAU¹, EN DE PRGI ANDERZIJD.

	Man (BSRI)	Vr (BSRI)	Man (BSRI)	Vr (BSRI)	Man (PRGI)	Vr (PRGI)
	Schaal	Schaal	Item	Item		
Frequentie van rookgedrag	-.01	-.11	-.04	-.05	.03	-.03
Gemiddelde consumptie van sigaretten / shag per dag (onder rokers)	.08	.09	-.51*	.49*	-.07	-.18
Frequentie van alcoholgebruik	.07	-.10	.35*	-.28*	.22	-.05
Alcoholconsumptie op een typische dag	.16	-.28*	.21*	-.32*	.26*	-.19*
Frequentie v/h drinken van ≥ 6 glazen	.15	-.32*	.35*	-.40*	.24*	-.29*

Man = mannelijkheid, Vr = vrouwelijkheid, BSRI = Bem Sex-Role Inventory, PRGI = Pictorial Representation of Gender Identity, $p \leq 0.05$

Is genderidentiteit een voorspeller van risicogedrag?

Genderidentiteit liet geen significante bijdrage aan rookgedrag zien (Tabel 5 en Tabel 6). Een aspect van genderidentiteit, vrouwelijkheid gemeten middels de BSRI, droeg bij aan de hoeveelheid alcohol dat men drinkt op een doorsnee dag en de frequentie van het drinken van zes of meer glazen per gelegenheid (Tabel 5). Hoge scores op vrouwelijkheid voorspelden lage scores op beide aspecten van alcoholgebruik.

Mannelijkheid, gemeten door middel van de PRGI, bleek een significante bijdrage te leveren aan de frequentie van alcoholgebruik en de alcoholconsumptie op een typische dag. Hoge scores op mannelijkheid voorspelden hoge scores op beide aspecten van alcoholgebruik. Vrouwelijkheid, gemeten door middel van de PRGI, droeg ook significant bij aan de frequentie van het drinken van zes of meer glazen per gelegenheid. Hoge scores op vrouwelijkheid voorspelden lage scores op dit aspect van alcoholgebruik (Tabel 6).

TABEL 5: DE BIJDRAGE VAN GENDERIDENTITEIT, GEMETEN DOOR DE BSRI, AAN RISICOGEDRAG

	Voorspeller			Voorspeller		
	Mannelijkheid			Vrouwelijkheid		
	BSRI (schaalniveau)			BSRI (schaalniveau)		
	B	SE B	β	B	SE B	β
Frequentie van rookgedrag	-.04	.22	-.02	-.21	.23	-.10
Frequentie van alcoholgebruik	.07	.23	.03	-.13	.24	-.06
Alcoholconsumptie op een doorsnee dag	.37	.34	.12	-.82	.36	-.25*
Frequentie v/h drinken van ≥ 6 glazen	.25	.31	.09	-.92	.32	-.31**

$R^1 = .01$, $R^2 = .01$, $R^3 = .09$, $R^4 = .11$; * $p < .05$, ** $p < .01$

TABEL 6: DE BIJDRAGE VAN GENDERIDENTITEIT, GEMETEN DOOR DE PRGI, AAN RISICOGEDRAG

	Voorspeller			Voorspeller		
	Mannelijkheid			Vrouwelijkheid		
	PRGI			PRGI		
	B	SE B	β	B	SE B	β
Frequentie van rookgedrag	-.01	.03	-.05	-.01	.03	-.04
Frequentie van alcoholgebruik	-.07	.04	-.23*	-.01	.03	-.02
Alcoholconsumptie op een typische dag	-.10	.05	-.22*	.05	.05	.12
Frequentie v/h drinken van ≥ 6 glazen	-.07	.05	-.17	.09	.04	.24*

$R^1 = .00$, $R^2 = .05$, $R^3 = .08$, $R^4 = .11$; * $p < .05$

Enkele bevindingen op basis van de PRGI⁴

Wat de open vragen van de PRGI betreft bleek dat de associaties die gemaakt werden met mannelijkheid als volgt konden worden ingedeeld:

1. prestatie, fysieke kracht en presentatie,
2. prestatie en competitie,
3. emotionele inexpressiviteit,
4. hoge mate van instrumentele (materialistische) en cognitieve gerichtheid,
5. communicatie en relatie,
6. geringe mate van planning en voorbereiding, en
7. bescherming en zorgzaamheid.

Bij categorie 5 diende een indeling in laag en hoog niveau gemaakt te worden, omdat zowel aspecten van hoge communicatieve/relatiele waarde, als van lage communicatieve/relatiele waarde werden genoemd. De categorieën die wij maakten uit wat men met vrouwelijkheid bleek te associëren waren:

1. (emotionele) expressiviteit,
2. communicatie en relatie (wederom onderscheid hoog en laag niveau),
3. zorgzaamheid en sociale gerichtheid,
4. hoge mate van planning en voorbereiding,
5. geringe mate van instrumentele/praktische gerichtheid,
6. uiterlijke verschijning en presentatie en
7. vrouwelijke interesses.

Uit deze associaties bleek dat de ideeën over mannelijkheid en vrouwelijkheid (binnen onze onderzoeksgroep) nog steeds nauw overeenkomen met traditionele genderopvattingen.

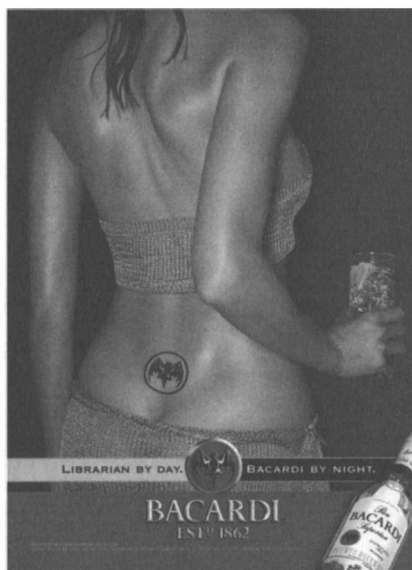
Discussie

Het doel van het hier gepresenteerde onderzoek was na te gaan of er een samenhang is tussen genderidentiteit en risicogedrag met betrekking tot gezondheid, namelijk rook- en drinkgedrag. Omdat de mogelijkheden op het gebied van gendermeting beperkt zijn, werd tevens een nieuw instrument geïntroduceerd voor het meten van genderidentiteit.

Verondersteld werd dat genderidentiteit samenhang met rook- en drinkgedrag, waarbij

een hogere mate van mannelijkheid een hogere mate van rook- en drinkgedrag met zich mee zou brengen. Daarnaast zou een hogere mate van vrouwelijkheid naar onze verwachting samengaan met een lagere mate van rook- en drinkgedrag. De onderzoeksresultaten bleken gedeeltelijk wel conform, en gedeeltelijk niet conform deze verwachtingen te zijn. Zo bleek één van de aspecten van risicogedrag, namelijk rookgedrag, geen samenhang met genderidentiteit, gemeten op schaalniveau, te vertonen. Bij alcoholgebruik daarentegen vertoonden sommige aspecten een verband met genderidentiteit op dit niveau. Een toename in mannelijkheid bracht een lichte stijging in de frequentie van alcoholgebruik en in de alcoholconsumptie op een doorsnee dag met zich mee. Anderzijds bleken de alcoholconsumptie op een doorsnee dag en de frequentie van het drinken van zes of meer glazen alcohol per gelegenheid (dit laatste overigens bij beide gendermetingen) een negatieve samenhang te vertonen met vrouwelijkheid. Bovendien vertoonde de frequentie van alcoholgebruik geen relatie met vrouwelijkheid. In dit onderzoek bleken mannelijkheid en vrouwelijkheid dus van voorspellende waarde te zijn voor drinkgedrag, waarbij mannelijkheid bijdroeg aan een toename van alcoholgebruik en vrouwelijkheid aan een afname daarvan.

Opmerkelijk was dat er met betrekking tot rookgedrag wel een significant verband aangetoond kon worden met genderidentiteit op itemniveau bij de BSRI. Hierbij correleerde 'mannelijkheid' negatief en 'vrouwelijkheid' positief met de gemiddelde consumptie. Omdat deze relatie echter alleen aangetoond kon worden op itemniveau en er de kans bestaat dat deze samenhang op toeval berust, werd dit verband in de interpretaties van de uitkomsten voornamelijk vermeld als een gegeven om rekening mee te houden in toekomstig onderzoek. Daarnaast bleken de items 'mannelijk' en 'vrouwelijk' op de BSRI een sterke correlatie te vertonen, terwijl Bem (1974) mannelijkheid en vrouwelijkheid juist als twee onafhankelijke dimensies heeft willen weergeven. Een soortgelijk ver-



band werd overigens niet aangetoond op schaalniveau. Kortom, het betreft concepten die gerealiseerd, maar niet identiek zijn aan elkaar.

Bij gebruik van het nieuwe instrument voor het meten van genderidentiteit bleek bij de test-hertestmeting sprake te zijn van significante en tevens sterke correlaties tussen de twee verschillende afnamen. Tevens was er sprake van een significante correlatie tussen de PRGI en het reeds bestaande instrument de BSRI (op schaalniveau).

Een kanttekening bij dit onderzoek is het beperkt aantal rokende deelnemers in vergelijking tot de gehele onderzoeksgroep. Omdat het aantal drinkers veel hoger ligt, is het makkelijker een verband aan te tonen tussen drinkgedrag en genderidentiteit. Daarom zou een groter aantal rokers of een grotere steekproef, met daarbij de kans op meer rokers, gewenst zijn als bijdrage aan meer representatieve conclusies omtrent rookgedrag en gender.

Een sterke kant van dit onderzoek was de introductie van een nieuw meetinstrument, hetgeen een originele en vernieuwende draai gaf aan de onderzoeksprocedure, en tevens leidde tot interessante bevindingen. De opzet van de PRGI was vernieuwend vanwege het visueel concept en de definitie van de eigen

mannelijkheid en vrouwelijkheid. Respondenten konden immers los van de reeds vaststaande adjectieven die gegeven werden bij BSRI, hun inbreng geven bij hun toekenningen aan 'mannelijkheid' en 'vrouwelijkheid'.

De conclusie van dit onderzoek luidt dat genderidentiteit *geen* voorspeller was van rookgedrag, maar *wel* van drinkgedrag. Mannelijkheid bleek voorspellend voor de frequentie van alcoholgebruik en de alcoholconsumptie op een doorsnee dag, en vrouwelijkheid voor de alcoholconsumptie op een doorsnee dag en de frequentie van het drinken van zes of meer glazen per gelegenheid. Daarnaast bleek de PRGI een intern consistent meetinstrument te zijn. De correlaties tussen de PRGI en de BSRI duiden op een redelijke validiteit. Deze meetinstrumenten meten geen equivalente concepten. Een mogelijke verklaring hiervoor is het feit dat de BSRI louter eigenschappen meet en bij de PRGI, door middel van de open vragen, tevens gedragingen en interesses in kaart gebracht worden.

Er bleek slechts een matig verband te bestaan tussen sociale wenselijkheid en vrouwelijkheid. Kennelijk waren de respondenten geneigd hoger op vrouwelijkheid te scoren omdat dit als meer sociaal wenselijk gezien werd. Hierdoor was er mogelijk sprake van een, overigens beperkte, onderrapportage van mannelijkheid. Omdat de interne consistentie van de lijst waarmee sociale wenselijkheid gemeten werd echter vrij laag was, is dit aspect in dit onderzoek niet meegenomen in de verdere analyses.

Nadat in dit onderzoek het verband tussen bepaalde aspecten van alcoholgebruik en genderidentiteit is vastgesteld, zou men kunnen overwegen bij de preventie en behandeling op het gebied van overmatig drinkgedrag een meer gendergerichte benadering te gaan hanteren. In het bijzonder mannelijkheid bleek positief met drinkgedrag samen te hangen, een gegeven waarmee men bij toekomstige behandelplannen en preventiemaatregelen rekening zou kunnen gaan houden. Zoals in reeds

bestaande behandelingen de aanpassingen of veranderingen van cognities van een persoon kunnen bijdragen aan succes, zou de invloed van iemands genderidentiteit op bepaalde cognities hierbij betrokken kunnen worden.

Voor verder onderzoek zou allereerst een onderzoeksgroep samengesteld kunnen worden waarin het aandeel van de rokende respondenten hoger ligt dan in het hier gepresenteerde onderzoek. Daarnaast zouden de open vragen van de PRGI meegenomen kunnen worden in de analyses, hetgeen in dit onderzoek helaas niet meer mogelijk was. Zo zouden bijvoorbeeld verbanden tussen de adjectieven die men in de open vraag vermeld heeft, en aspecten van risicogedrag interessante uitkomsten kunnen bieden, waarbij de vernieuwde en subjectieve benadering van de PRGI nog uitgediept wordt.

Ook zou het interessant zijn om in vervolgonderzoek aspecten van gezondheidsgelateerd risicogedrag, zoals bijvoorbeeld drugsgebruik, mee te nemen.

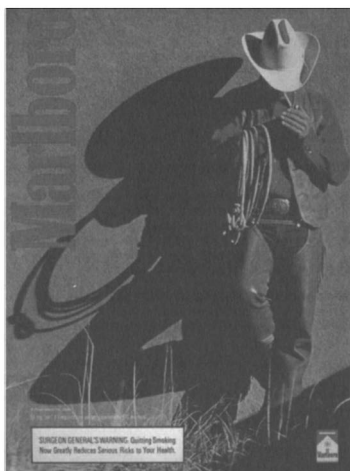
Omdat genderidentiteit een rol kan spelen in één van de motivaties die ten grondslag liggen aan risicovolle gedragsuitingen op het gebied van eigen gezondheid, kan de zorg, zowel behandeling als preventie, meer toegespitst worden op de diversiteit in genderidentiteit. Zo zou bijvoorbeeld een genderonderzoek voorafgaand aan een behandeling van alcoholgerelateerde problematiek, inzicht kun-

nen verschaffen in een individueel gericht behandelplan. Op deze manier bestaat de mogelijkheid tot een meer gespecialiseerde benadering, die wellicht bijdraagt aan de effectiviteit van zorg op het gebied van gezondheidsgerelateerd risicogedrag.

Tot slot willen wij Barbara van Balen bedanken voor haar redactionele suggesties.

Noten

1. De PRISM is een instrument waarmee op een eenvoudige manier de belasting van het lijden als gevolg van een ziekte gemeten kan worden. Hierbij dienen respondenten op een metalen bord op A4-formaat dat hun huidige persoonlijke levenssituatie weergeeft, de ziekte waarmee zij te maken hebben te plaatsen ten opzichte van hun 'zelf'. Het 'zelf' wordt in de vorm van een schijf weergegeven en bevindt zich reeds als een magnetische strip op de metalen plaat. De ziekte wordt eveneens weergegeven door een schijf en kan door de proefpersoon zelf geplaatst worden ten opzichte van het 'zelf'. Zo kan iemand op een visuele manier aangeven in welke mate de ziekte voor de betreffende persoon op het moment belangrijk is in zijn of haar leven. De mate van lijden wordt dan gemeten aan de hand van de 'Self-Illness Separation' (SIS), oftewel de afstand in centimeters tussen het centrum van de schijf van de ziekte en het centrum van het 'zelf'. De betrouwbaarheid van de PRISM is goed met onder andere een test-hertest betrouwbaarheid $r = .95$ waarbij $p < .001$.
2. Onder de mannen was het gemiddelde van SGS mannelijkheid 2,38cm (SD = 1.71) en het gemiddelde van SGS vrouwelijkheid 5,49cm (SD = 3.18). Onder de vrouwen was de gemiddelde score op SGS mannelijkheid 5,07cm (SD = 2.55) en op SGS vrouwelijkheid 2,09cm (SD = 1.51) (Tabel 3).
3. Itemniveau heeft betrekking op de adjectieven 'mannelijkheid' en 'vrouwelijkheid'



waarbij men aangeeft in hoeverre de betreffende eigenschap op hem of haar van toepassing is. Schaalniveau heeft betrekking op de verzamelingen adjectieven die gecategoriseerd worden in de schaal 'mannelijkheid', in de schaal 'vrouwelijkheid' of in de schaal 'neutraal'.

4. De betrouwbaarheid van de PRGI, verkregen via een test-hertestmeting, bedroeg voor mannelijkheid: $r = .83$, $p < 0.01$ en voor vrouwelijkheid: $r = .88$, $p < 0.01$. Dit wijst erop dat de PRGI een betrouwbaar meetinstrument is. Er werden significante correlaties gevonden tussen de PRGI en de BSRI. Hoge niveaus van zowel mannelijkheid als vrouwelijkheid, gemeten middels de PRGI konden geassocieerd worden met hoge niveaus van zowel mannelijkheid als vrouwelijkheid, gemeten met de BSRI en vice versa (mannelijkheid: $r = -.37$, $p < 0.01$; vrouwelijkheid: $r = -.30$, $p < 0.01$). Dit laat zien dat de PRGI een redelijk goede convergente validiteit vertoont.

Literatuur

- Babor, T.F. (1989). *Audit: the alcohol use disorders identification test: guidelines for use in primary health care*. Geneva: World Health Organization.
- Bakan, D. (1966). *The duality of human existence*. Chicago: Rand McNally.
- Bekker, M. (1993). Vrouwelijkheid in het bijzonder. Van sekse naar een meer gedifferentieerde opvatting van genderidentiteit. *Tijdschrift voor Vrouwenstudies*, 14, 311-318.
- Bekker, M. (2003). Investigating gender within health research is more than sex disaggregation of data: a multi-facet gender and health model. *Psychology, Health and Medicine*, 8, 231-243.
- Bekker, M.H.J., Breuls, M. & Teunisse, S. (in voorbereiding). The pictorial representation of gender identity (PRGI).
- Bem, S.L. (1974). The measurement of psychological androgyny. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2, 155-162.
- Bem, S.L. & Martyna, W. (1976). Sex typing and androgyny: Further explorations of the expressive domain. *Journal of Personality and Social Psychology*, 34, 1016-1023.
- Block, J. & Shedler, J. (1990). Adolescent drug use and psychological health: a longitudinal inquiry. *American Psychologist*, 45, 612-630.
- Bogt, T. Ter, Dorsselaer, S. van & Vollebergh, W. (2003). *Psychische gezondheid, risicogedrag en welbevinden van Nederlandse scholieren*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Botvin, G.J., Diaz, T., Doyle, M.M., Epstein, J.A. & Griffin, K.W. (1999). A six-year follow-up study of determinants of heavy cigarette smoking of high-school seniors. *Journal of Behavioral Medicine*, 22, 271-284.
- Büchi, S., et al (2002). Preliminary validation of PRISM (Pictorial Representation of Illness and Self Measure) – a brief method to assess suffering. *Psychotherapy and Psychosomatics: Official Organ of the International Federation for Medical Psychotherapy*, 71, 333-341.
- Byrnes, J.P., Miller, D.C. & Schafer, W.D. (1999). Gender differences in risk taking: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 125, 367-383.
- Chesney, M.A. & Nealey, J.B. (1996). In P.M. Kato & T. Mann (Eds.), *Handbook of diversity issues in health psychology* (199-218). New York, US: Plenum Press.
- Crowne, D.P. & Marlowe, D. (1964). *The approval motive: Studies in evaluative dependence*. New York: Wiley.
- Curlee, J. (1967). Alcoholic women: some consideration for further research. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 31, 154-163.
- Elliot, G.R., Hamburg, D.A. & Parron, D.L. (1982). *Health and behavior: Frontiers of research in the biobehavioral sciences*. Washington, US: National Academy Press.
- Ellis, J.B. & Holt, C.L. (1998). Assessing the current validity of the Bem Sex-Role Inventory. *Sex-Roles*, 39, 929-941.
- Fineau, S.A., Stanhope, J.M. & Prior, I.A.M. (1982). Kava, alcohol and tobacco con-

- sumption among Tongans with urbanization. *Social Science and Medicine*, 16, 35-41.
- Garfinkel, P.E. & Garner, D.M. (1982). *Anorexia nervosa: A multidimensional perspective*. New York: Brunner / Mazel.
- Gomberg, E.S.L. (1982). Historical and political perspective: women and drug use. *Journal of Social Issues*, 38, 9-13.
- Grunberg, N.E. (1986). Nicotine as a psychoactive drug: appetite regulation. *Psychopharmacol Bull*, 22, 875-881.
- Grunberg, N.E., Wewers, M.E. & Winders, S.E. (1991). Gender Differences in Tobacco Use. *Health Psychology*, 10, 143-153.
- Horvath, P. & Zuckerman, M. (1993). Sensation seeking, risk appraisal and risky behavior. *Personality and Individual Differences* 14, 41-52.
- Hurrelmann, K. & Maggs, J.L. (1998). Do substance use and delinquency have differential associations with adolescents' peer relations? *International Journal of Behavioural Development: Official Journal of the International Society for the Study of Behavioural Development*, 22, 367-388.
- Kaminer, D. & Dixon, J. (1995). The reproduction of masculinity: A discourse analysis of men's drinking talk. *South African Journal of Psychology*, 25, 168-174.
- Kuhlman, M.D. & Zuckerman, M. (2000). Personality and risk-taking: common biosocial factors. *Journal of Personality*, 68, 999-1029.
- Lammers, S. M. M. (1991). Problem drinking women: Sex role conflict and gender identity. In Schippers, G.M., Lammers, S.M.M. & Schaap, C.P.D.R. (Eds), *Contributions to the psychology of addiction*, 15-31. Amsterdam: Swets & Zeitlinger.
- Lemle, R. & Mishkind, M.E. (1989). Alcohol and masculinity. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 6, 213-222.
- Lo, C.C. (1995). Gender differences in collegiate alcohol abuse. *Journal of Drug Issues*, 25, 817-836.
- Lott, B. (1994). Women's lives: *Themes and variations in gender learning*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole Publishing Company.
- Meeus, W. (1999). *Risicogedrag van adolescenten: negen contra-intuïtieve instellingen*. Assen: Van Gorcum.
- Oakley, A. (1985). *Sex, gender and society*. Aldershot: Gower.
- Taylor, S.E., et al (2000). Biobehavioral responses to stress in females: tend- and-befriend, not fight or flight. *Psychological Review*, 107, 411-429.
- Vries, H. de, Kremers, S, Mudde, A.N. & Willemsen, M.C. (2000). Meetinstrumenten voor roken en stoppen met roken. Den Haag: Stivoro.
- Vries, H. de, Lechner, L. & Mudde, A.N. (2002). Sekseverschillen in de determinanten voor gezondheidszorg: Roken, voeding, alcohol en zonnen. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 4, 237-246.
- Waldron, I. (1988). Gender and health-related behavior. In D. S. Gochman (Ed.), *Health Behavior: emerging research perspectives* (193-208). New York: Plenum Press.
- Waldron, I. (1991). Patterns and causes of gender differences in smoking. *Social Science and Medicine*, 32, 989-1005.
- Zuckerman, M. (1979). *Sensation seeking: beyond the optimal level of arousal*. Hillsdale: Erlbaum.
- Zuckerman, M. (1994). *Behavioral expressions and biosocial bases of sensation seeking*. Cambridge: Cambridge University Press.

Beeldmateriaal

Advertenties van Bacardi rum, Stolichnaya wodka en sigaretten van Chesterfield, Lucky Strike, Tadellos en Marlboro.