GERRIT VAN DER RIJT, FRANS CLEOPHAS, PAULA VERMEULEN, TOON VOORHAM & JO SCHUURMAN

Ervaren problemen en informatiebehoeften bij ouderen in Rotterdam

Het theoretisch referentiekader omtrent de totstandkoming van de vraag naar voorlichting, ontworpen door Bosman e.a. (1989) suggereert dat ervaring van niet routinematig oplosbare problemen op een bepaald terrein leidt tot een interesse en zoeken naar informatie op dat terrein. In dit artikel gaan we na inhoeverre deze veronderstelling empirisch ondersteund wordt bij ouderen in Rotterdam. Bij een random steekproef uit deze populatie (N=319) is daartoe onderzocht, of en in hoeverre ervaren problemen op diverse terreinen (zoals, veiligheid, financiën, gezondheid en vrije tijdsbesteding) leidden tot interesse in informatie op die terreinen. Bevindingen ondersteunen in het algemeen de genoemde veronderstelling.

Inleiding

De theorievorming in de communicatiewetenschap heeft de afgelopen decennia een paradigmawisseling doorgemaakt. Men is van een model waarin zender en media meer centraal staan overgegaan naar een model waarin de ontvanger als betekenisverlenende actor meer centraal staat. Dit betekende niet alleen een wisseling van aandachtsveld, maar vooral ook een wijziging in theoretisch perspectief in de richting van een handelingstheoretische benadering (Renckstorf en Wester, 1989). Aan het mediumgecentreerde effectenmodel lagen enkele dubieuze veronderstellingen ten grondslag, zoals de veronderstellingen dat de media (nagenoeg) iedereen in de samenleving effectief kunnen bereiken, dat ontvangers bereid zijn mediaboodschappen vrij kritiekloos op te nemen, dat mediaboodschappen dus directe en voldoende aanleiding voor feitelijk gedrag van de ontvanger vormen en dat ontvangers zich derhalve gedragen volgens de bedoelingen van de zenders (Renckstorf, 1977). Kortom, de ontvanger wordt als een vrij passief kritiekloos consument van mediaboodschappen gezien. Het traditionele denkmodel van de almachtige media werd echter steeds meer door empirisch onderzoek tegengesproken.

Klapper brengt in 1960 al de beperktheid van dit model aan het licht, wanneer hij stelt dat media op zich zelden een noodzakelijke en voldoende voorwaarde zijn voor het optreden van publiekseffecten. Vele onderzoeken toonden aan dat de conceptie van de ontvanger als een tamelijk passief, automatisch reagerend individu geen recht deed aan de werkelijke rol van de ontvanger in het communicatieproces. De ontvanger moet daarentegen opgevat worden als een actief, bewust, doelgericht en zinvol handelend persoon in een sociale setting, die ten nutte van zichzelf en zijn omgeving gebruik maakt van mediaproducten naargelang zijn wensen en behoeften. Dit ontvangergecentreerde denkmodel heeft aanleiding gegeven tot een groot aantal alternatieve benaderingen, waarvan de 'uses and gratifications'

benadering (Katz, Blumler en Gurevich, 1974) het prototype was. Hierbij werd verondersteld, dat de ontvangers gebruik (uses) maken van de media ter bevrediging (gratifications) van de eigen behoeften (needs). Concepten als informatiebehoefte en informatiezoekgedrag waren binnen de mediumgecentreerde modellen van geen betekenis. Zij staan echter centraal in de nieuwe onderzoeksbenaderingen zoals de 'sense-making approach', waarbinnen informatiezoekgedrag opgevat wordt als poging van het individu de kloof tussen zijn kennis van de realiteit en de problematische ervaringen met de realiteit te overbruggen (Dervin, 1989).
Bosman e.a. (1989), die zich mede door de sense-making approach lieten inspireren, betogen dat een van de methoden, die mensen hanteren om problemen, discrepanties tussen kennis en realiteit, die niet routinematig opgelost kunnen worden, te lijf te gaan en op te lossen, is op zoek te gaan naar informatie. Dit is volgens de auteurs het kader waarbinnen de vraag naar voorlichting gegenereerd wordt: 'Een vraag naar voorlichting ontstaat in het algemeen naar aanleiding van een individuele vraag, die voorafgegaan wordt door een individueel subjectief geconstateerd probleem' (Bosman e.a.1989, p.141). Zij zien de ervaring van niet routinematig oplosbare en dus problematische problemen als voornaamste (en enige) directe determinant van de vraag naar voorlichting. Hoewel betwijfelbaar is of genoemde factor wel de enige is, moet zij zeker als een belangrijke determinant van het informatiezoekgedrag beschouwd worden. Meerdere theorieën hebben een vergelijkbaar uitgangspunt, zoals de dissonantietheorie van Festinger (1957) en de sense-making approach van Dervin (1989).
Behalve ervaren problematische problemen kunnen ook factoren als nieuwsgierigheid, interesse in een bepaald kennisterrein, professionele noodzaak om op het vakgebied geïnformeerd te blijven, als determinanten aangemerkt worden voor een zij het meer routinematig gekenmerkt informatiezoekgedrag (zie Van der Rijt 1990). Ook wordt het proces van informatiezoekgedrag zo als een te individualistisch proces opgevat. Informatiezoekgedrag wordt niet alleen door persoonlijk ervaren problematische problemen in gang gezet maar ook door binnen groepen ervaren problematische problemen, waarvoor een of meer van de leden uit eigen beweging op zoek gaan naar informatie (b.v een huisvrouw in geval van ziekten van kinderen) of opdracht krijgen naar informatie op zoek te gaan (b.v een regeringscommissie, die de haalbaarheid van een wetsvoorstel moet onderzoeken). Individualistische theorieën schieten ter verklaring van dat soort verschijnselen per definitie tekort.
In dit artikel houden we ons bezig met de vraag in hoeverre individueel ervaren problematische problemen bij ouderen leiden tot een vraag naar voorlichting en welke factoren hier mogelijk een interveniërende rol spelen. Het beantwoorden van deze vraag betekent een toetsing van de centrale veronderstelling van het door Bosman e.a. (1989) ontwikkeld referentiekader. De hier geschetste vraag is ook maatschappelijk relevant. Immers allerwegen

wordt erkend dat een adequaat voorlichtingsbeleid voor ouderen ontwikkeld zou moeten worden (Driest, 1986, Van Linschoten & Van den Heuvel 1989, Beliën en Kanters 1990). Niet alleen vormen ouderen (65+) het in relatief en absoluut opzicht sterkst groeiende bevolkingsdeel, ook neemt het aandeel van personen van hoge leeftijd (80+) in deze groep toe. Tevens is het een groep met relatief gezien veel specifieke maatschapppelijke en gezondheidsproblemen. Het idee dat preventie of gezondheidsbevordering via voorlichting voor ouderen niet veel zin meer heeft, daar deze groep sowieso toch het levenseinde nadert, is volstrekt onterecht. Niet alleen kan goede voorlichting via gezond gedrag in die levensfase leiden tot een langer leven maar ook tot een prettiger leven. Eveneens kan goede informatie bijdragen tot oplossing van bepaalde problemen (zoals eenzaamheid) maar ook tot het dragelijker maken van ouderdomsongemakken en tot het verzachten van eventueel onvermijdbaar lijden. In dit kader is het relevant na te gaan met welke soorten problematische problemen ouderen kampen en in hoeverre hieruit informatiebehoeften voortvloeien.

Probleemstelling en onderzoekshypothesen

De vraagstelling die we in dit artikel zullen trachten te beantwoorden luidt: *Wat zijn de determinanten van de behoeften aan (gezondheids)informatie van ouderen?*

Op basis van het door Bosman e.a. ontwikkelde theoretisch referentiekader en enkele bevindingen uit eerder onderzoek kunnen we met betrekking tot deze vraag de volgende hypothesen formuleren:
I. Naarmate men meer problemen op een bepaald terrein ervaart zal de vraag naar informatie op dat terrein groter zijn. De verwachting is bovendien dat het vooral het ervaren van problematische problemen zal zijn dat bepalend is voor de vraag naar voorlichting op dat terrein en dus dat de samenhang hiermee het sterkste zal zijn.
II. Vrouwen zullen meer geinteresseerd zijn in gezondheids- en veiligheidsinformatie, terwijl mannen meer geinteresseerd zullen zijn in economische informatie (gezien hun traditionele economische rol). SES en leeftijd zullen nauwelijks met interesse in informatie over gezondheid en veiligheid samenhangen. SES zal waarschijnlijk negatief samenhangen met interesse in economische informatie, omdat problematische problemen op dat gebied zich eerder bij de lagere SES-groepen zullen voordoen.
III. Van de gezondheidsoriëntaties zal vooral schadevermijding (een preventieve oriëntatie) positief samenhangen met interesse in informatie op het terrein van gezondheid en veiligheid.
IV. Ook de subjectief ervaren gezondheid (de mate waarin men zich gezond voelt) zal een belangrijke factor zijn, die de interesse in met name informatie over ziekten bepaalt, omdat verondersteld kan worden dat iemand die zich minder gezond voelt waarschijnlijk problematische problemen op dit gebied ervaart.

Toelichting bij hypothese II en III
Uit eerder ondezoek (Van der Rijt 1990), weliswaar bij een andere (gemiddeld jongere) populatie, bleek dat het vooral vrouwen zijn die interesse tonen in gezondheidsinformatie en dat tegen de verwachting in leeftijd en sociaal economische status niet gerelateerd waren aan interesse in gezondheidsinformatie. Ook bleek in hetzelfde onderzoek dat van vier onderscheiden gezondheidsoriëntaties (schadevermijding, onbezorgdheid, fatalisme en interne controle) alleen de mate waarin men geneigd is schade voor zijn gezondheid te vermijden als determinant van interesse in gezondheidsinformatie aangemerkt kon worden.

Methode en steekproef

Bovenstaande vraag werd geformuleerd in het omvangrijkere kader van een onderzoek naar de zinvolheid en de haalbaarheid van een voorlichtingsprogramma op de lokale tv in Rotterdam speciaal voor ouderen. Zo werd getracht inzicht te krijgen in de wensen van ouderen met betrekking tot de invulling van zo'n programma. Om dit te achterhalen zijn bij een representatieve steekproef van 600 ouderen van 55 tot 76 jaar, at random uit het bevolkingsregister van Rotterdam getrokken, onder meer vragen rond informatiebehoeften en de determinerende factoren ervan gesteld. Van de 600 benaderde ouderen vulde uiteindelijk 428 personen (response 71%) de door enqueteurs persoonlijk afgegeven schriftelijke vragenlijsten in. Voor deze methode is gekozen vanwege de te verwachten hogere response dan met een loutere postenquête. Van deze vragenlijsten bleken overigens maar 319 (53% van de 600 benaderden) volledig ingevuld te zijn. Voor deze analyse hebben we slechts van de data van deze 319 respondenten gebruik gemaakt. Onder meer zijn hierbij de volgende variabelen en concepten gemeten:
1. Interesse in informatie over specifiek met ouder worden samenhangende problemen.
2. Ervaring van specifiek met ouder worden samenhangende sociale, financiële en fysieke problemen.
3. Gezondheidsoriëntaties: preventieve oriëntatie (=schadevermijding), onbezorgdheid, fatalisme en interne contrôle (locus of control)
4. Subjectief ervaren gezondheidstoestand.
5. Sociaal-structurele variabelen: geslacht, leeftijd, burgelijke staat en SES.
Met betrekking tot de eerste vier concepten en SES zullen we hieronder de operationalisatie en de schaalconstructies voorzover van toepassing toelichten. Eerst zal echter de volgorde van de vragenlijst in de vragenlijst toegelicht worden. Deze volgorde is namelijk van belang in zoverre deze volgorde alternatieve interpretaties van de causale ordening toelaten. Met name als men mensen eerst vraagt naar de problemen, die zij ervaren en vervolgens naar de informatie, waarin zij geinteresseerd zijn kan het loutere antwoord op de eerste vraag het antwoord op de tweede vraag medebepalen. Om deze in-

vloed van de vraagvolgorde te vermijden is de vraag naar de informatie-interesse aan het begin (vraag 3) geplaatst en de vraag naar problemen aan het einde van de vragenlijst (vraag 46). Dat een vraag naar interesse in informatie van invloed zou zijn op de beantwoording van de vraag omtrent problemen werd door ons onwaarschijnlijk geacht. Ook de vraag naar de gezondheidsoriëntaties en die naar de subjectief ervaren gezondheidstoestand zijn na de vraag naar informatie-interesse geplaatst (resp. vraag 44 en 43 in de vragenlijst)

Operationalisatie en schaalconstructie

Interesse in informatie

Interesse in informatie werd vastgesteld door aan de respondenten te vragen om aan te geven van welke (van de voorgegeven) onderwerpen men goed op de hoogte wilde zijn. De onderwerpen en antwoordfrequenties zijn in tabel 1 weergegeven. Hoewel er onderwerpen bij zijn die niet specifiek voor ouderen relevant zijn, zijn ze in een kontekst van ouderenproblemen gepresenteerd, waardoor ze toch een ouderenspecifiek karakter kregen.

Tabel 1. Percentages ouderen, die interesse in informatie over verschillende voor ouderen relevante onderwerpen vertonen.

1. Voorzieningen voor zelfstandig wonende ouderen	52%
2. Gezonde voeding en diëten	43%
3. Lichamelijke verschijnselen van het ouder worden	38%
4. Sociale uitkeringen en vergoedingen	35%
5. Huisvesting	31%
6. Vakantiemogelijkheden	31%
7. Angst voor criminaliteit	30%
8. Lichaamsbeweging	29%
9. Veiligheid in en om het huis	28%
10. Geestelijke verschijnselen van het ouder worden	26%
11. Vrijetijdsbesteding en hobbybeoefening	25%
12. Patiëntenrechten	23%
13. Medicijngebruik	21%
14. Veiligheid in het verkeer	20%
15. Inkomen en rondkomen	20%
16. Hulp- en klussendiensten	16%
17. Juridische regelingen	16%
18. Voorzieningen voor gehandicapten	15%
19. Opname in verplegings- of verzorgingstehuis	15%
20. Sociale contacten en eenzaamheid	14%
21. Ziekten	11%
22. Ziekenhuisopname	11%
23. Cursussen en onderwijs	8%
24. Sexualiteit	5%
25. Handicaps	4%
26. Arbeid	4%
27. Problematisch drankgebruik	2%

N.B. De oorspronkelijke antwoordcategorieën waren dichotoom (wil wel/niet op de hoogte zijn van het betreffende onderwerp)

Bovenstaande onderwerpen zijn aan een factoranalyse onderworpen om na te gaan of en zo ja welke onderwerpen clusters vormen. Van deze analyse werden de onderwerpen die door minder dan 10% van de respondenten genoemd werden uitgesloten evenals enkele onderwerpen met een lage communaliteit. Deze factoranalyse leverde na oblique rotatie een zestal goed interpreteerbare clusters onderwerpen op, die specifieke terreinen van informatieinteresse voorstellen. Op basis hiervan zijn voor alle zes clusters de factorscores berekend. De resulterende zes factoren zijn hier verder als afhankelijke variabelen in de analyse opgenomen. Hierbij is ook nog een enkelvoudig item, dat geen duidelijk cluster met andere items vormde opgenomen.
De zes schalen en het afzonderlijke item zijn:
1. Interesse in informatie over veiligheid (IIV). Deze schaal betreft de onderwerpen (in volgorde van de hoogte van de factorlading, die tussen haakjes aangegeven is): 9 (.72), 7 (.50), 14 (.46), 5 (.44), 1 (.43). De betrouwbaarheid van deze schaal (α) bedraagt .63.
2. Interesse in informatie over de lichamelijke en geestelijke verschijnselen van het ouder worden (IIO). Het betreft de onderwerpen: 10 (.77) en 3 (.75); α=.74.
3. Interesse in economische informatie (IIE), samengesteld uit de onderwerpen: 15 (.79) en 4 (.44); α=.49.
4. Interesse in informatie over (vrije) tijdsbesteding (IIT).Het betreft de onderwerpen 8 (.61) en 11 (.49); α=.46.
5. Interesse in informatie over patiëntenrechten en juridische regelingen (IIR). Het betreft de onderwerpen 12 (.68) en 17 (.59); α=.56.
6. Interesse in informatie over ziekten en medicijngebruik (IIZ). De onderwerpen zijn hier: 13 (.49) en 21 (.45). Ook laadt hierop enigszins 2 (.34). α=.51.
7. Interesse in informatie over sociale contacten en eenzaamheid (IIS). Dit item is als los item in de analyse opgenomen.

De schaal SES is een additieve schaal van opleidingsniveau en inkomen.

Gezondheidsoriëntaties
Uit een factoranalyse over deels identieke deels gelijksoortige items als die in het vroegere onderzoek (Van der Rijt 1990) werden na oblique rotatie vier met die uit dat onderzoek vergelijkbare factoren gevonden: fatalisme (FA), preventieve oriëntatie (schadevermijding) (PO), interne controle (IC) en onbezorgdheid (OB).
De hoogst (>.45) ladende items op de factor fatalisme waren: 'als ik gezond blijf is dat pure mazzel'(.79), 'Een goede gezondheid is een kwestie van alles mee hebben' (.76), 'of je gezond bent of niet wordt vooral bepaald door toevalllige omstandigheden'(.73), 'als je ziek wordt heeft het lot het zo beslist' (.69), 'ziek worden is meestal een kwestie van pech hebben' (.65), 'als je

ziek wordt kun je daar zelf meestal niets aan doen' (.59). Op de factor 'preventieve oriëntatie' laadden de volgende items hoger dan .45: 'ik vermijd zoveel mogelijk alles wat mijn gezondheid kan schaden' (.79), 'adviezen om zo gezond mogelijk te leven volg ik altijd op' (.77), 'ik besteed veel aandacht aan mijn gezondheid' (.75), 'ik heb er veel voor over om een goede conditie te bezitten' (.70) en 'regelmatig contact met mijn dokter is voor mij de beste manier om ziekten te voorkomen' (.52). De hoogst (>.45) ladende uitspraken op 'interne controle' waren: 'als ik me ziek voel weet ik dat het is omdat ik niet voorzichtig genoeg ben geweest' (.79), 'als er iets mis gaat met mijn eigen gezondheid dan is dat mijn eigen schuld' (.75), 'als ik maar goed voor mijzelf blijf zorgen, kan ik de meeste ziekten voorkomen' (.48). Tenslotte, bij de dimensie 'onbezorgdheid'' laadden de items 'ik ben niet bang om ziek te worden'(.68) en om mijn gezondheid maak ik me weinig zorgen' (.62) hoger dan .45.
De betrouwbaarheid van de eerste drie resulterende schalen is vrij hoog: de α bedraagt resp.: .83 (FA), .81 (PO), .78 (IC). De betrouwbaarheid van de laatste bedraagt slechts .56 (OB). Dit is voornamelijk te verklaren doordat deze schaal slechts op twee items gebaseerd is.

Ervaring van problemen
Aan de ouderen werd gevraagd aan te geven in hoeverre zij te maken hadden met een aantal problemen, waar ouderen vaak mee te maken hebben. Er werd hen een aantal statements voorgelegd, waarop ze met behulp van vijf antwoordcategorieën (van zeer eens t/m zeer oneens) konden antwoorden. Een factoranalyse over de uitspraken, die op de problemen betrekking hadden leverde na oblique rotatie vier clusters van probleemgebieden op:
a.Geestelijke en lichamelijke problemen van het ouder worden (OP) met als hoogstladende uitspraken:'ik wordt vergeetachtig' (.77), 'ik wordt snel moe'.75, 'ik krijg last van ouderdomskwalen' (.74),'ik ga slechter zien' (.69),'ik word moeilijker ter been'(.68) en 'ik ga slechter horen' (.63). α = .86.
b.Financiele problemen (FP) met als hoogstladende items:
'ik moet op vele zaken bezuinigen'(.90), 'ik heb financiële zorgen'(.82), 'ik kan met mijn inkomen eigenlijk niet rondkomen'(.82) en 'ik kan me geen extra uitgaven veroorloven'(.81). α = .90.
c.Tijdsbestedingsproblemen (TP): 'ik zou in mijn vrije tijd wel van alles willen doen maar ik weet niet wat en hoe' (.81),'ik weet me met mijn tijd geen raad'(.76),'ik verveel me vaak' (.75),'ik heb weinig hobby,s' (.73). α = .83.
d.Gevoelens van onveiligheid (GO):'ik voel me weerloos' (.84),'ik voel me thuis niet veilig'(.75), 'ik durf de straat niet goed meer op'(.69) en 'ik voel me niet veilig in het verkeer' (.57). α = .80.
De betrouwbaarheid van de resulterende schalen is zonder meer hoog te noemen.

Onderzoeksresultaten

In tabel 2 zijn de bivariate correlaties tussen de afhankelijke en de onafhankelijke variabelen weergegeven.
De resultaten met betrekking tot ervaren problemen wijzen duidelijk uit, dat ervaren problemen op bepaalde terreinen tot interesse in informatie op die terreinen aanleiding geven. Hoewel de correlaties van problemen op een bepaald terrein met de informatiebehoefte op dat terrein het sterkste zijn, zijn er echter ook correlaties tussen ervaren problemen op een bepaald terrein en interesse in informatie op een ander terrein. Deels is dat verklaarbaar doordat er een vrij sterke samenhang is tussen de verschillende ervaren problemen, hetgeen impliceert dat personen die op het ene terrein problemen hebben ook vaak op andere terreinen problemen ervaren. In ieder geval wordt het veronderstelde onder hypothese I hier sterk ondersteund: personen die problemen ervaren op het terrein van financiën hebben vooral interesse in informatie over inkomen en rondkomen. Personen, die gevoelens van onveiligheid hebben willen graag geinformeerd worden over veiligheidsaspecten etc.
Geconcludeerd kan worden dat indicatoren voor ervaren problemen duidelijk sterker samenhangen met interesse in informatie op specifieke terreinen dan alle overige opgenomen onafhankelijke variabelen.

Tabel 2. Bivariate correlatiecoëfficiënten tussen informatie-interesses en onafhankelijke variabelen (N=319).

Afh.var:	IIV	IIO	IIE	IIT	IIP	IIZ	IIS
Onafh.var:							
Geslacht	.00	.08	-.03	-.16**	.07	.07	.02
Leeftijd	.07	.25**	-.11*	-.14*	.04	.06	.04
Burg.staat	.11	.02	-.10	.04	-.04	-.04	-.05
SES	-.16**	.03	-.22**	.00	-.08	-.04	-.13*
Subj.erv.gezondh.	-.10	-.15**	-.12*	.03	-.11	-.12*	-.11*
Fatalisme	.08	-.09	.11	-.07	-.03	.00	.03
Prev.oriëntatie	.18**	.01	.09	-.06	.04	.15**	.02
Interne Controle	.02	.08	-.04	.02	-.03	.03	.01
Onbezorgdheid	-.05	-.09	-.01	-.06	-.07	-.14*	.03
Probl.m.ouder word.	.16**	.22**	.14*	-.06	.14*	.18**	.19**
Financ.probl.	.16**	-.01	.34**	.07	.16**	.07	.16**
Tijdsbest.probl.	.19**	.03	.25**	-.02	.11*	.12*	.27**
Gevoel.van Onveil.	.36**	.10	.21**	.02	.20*	.21**	.23**

* p<.05 (tweezijdig)
** p<.01 (tweezijdig)
IIV: Interesse in info over veiligheid
IIO: " " geestel. en lich. problemen van het ouder worden
IIE: " " economische aangelegenheden
IIT: " " (vrije) tijdsbesteding
IIP: " " patiëntenrechten en juridische regelingen
IIZ: " " ziekten en medicijngebruik
IIS: " " sociale contacten en eenzaamheid

Als we de behoefte aan veiligheidsinformatie (IIV), aan informatie over de geestelijke en lichamelijke problemen van het ouder worden (IIO), aan informatie over patiëntenrechten (IIP) en aan informatie over ziekten (IIZ) als indicatoren voor de behoefte aan gezondheidsinformatie beschouwen, valt op dat geslacht geen significante relatie met de behoefte aan gezondheidsinformatie vertoont. Daarentegen blijkt leeftijd significant samen te hangen met IIO, hetgeen inhoudt dat met het stijgen van de leeftijd ook de behoefte aan informatie over de lichamelijke en geestelijke problemen van het ouder worden toeneemt. Met de overige indicatoren voor de behoefte aan gezondheidsinformatie vertoont leeftijd overigens geen significante samenhang. Wat SES betreft: hier is alleen een significante negatieve samenhang met IIV te constateren, Dus, hoe lager de sociaal-economische status hoe groter de behoefte aan informatie over veiligheid.

Zoals verwacht hangt SES negatief samen met behoefte aan economische informatie: de lagere strata hebben meer behoefte aan informatie over inkomen en rondkomen dan de hogere. Ook hebben de lagere strata meer behoefte aan informatie over sociale contacten en eenzaamheid. Er blijkt geen significante samenhang tussen geslacht en behoefte aan economische informatie. Wel blijkt er een samenhang tussen geslacht en leeftijd enerzijds en interesse in informatie over vrijetijdbesteding anderzijds: mannen hebben meer interesse in die informatie en ook heeft men daarin meer interesse, naarmate men jonger is. Geconcludeerd kan worden dat de betrokken veronderstellingen zoals ze onder hypothese II geformuleerd zijn nagenoeg geen van alle ondersteund worden. Uitzondering is de samenhang tussen SES en behoefte aan economische informatie.
Wat betreft de gezondheidsoriëntaties valt op dat ze, zoals verondersteld, slechts in geringe mate met de indicatoren voor behoefte aan gezondheidsinformatie samenhangen. Fatalisme en interne controle hangen met geen enkele indicator significant samen. Een preventieve oriëntatie (PO) hangt significant positief samen met de behoefte aan veiligheidsinformatie (IIV) en behoefte aan informatie over ziekte (IIZ). Hiermee wordt hypothese III ondersteund. Tenslotte blijkt onbezorgdheid (OB) negatief samen te hangen met de behoefte aan informatie over ziekten. Hoe meer men zich zorgen maakt over zijn gezondheid hoe meer men die informatiebehoefte heeft.

Ook blijkt de subjectief ervaren gezondheid (hoe gezond men zich voelt) in de verwachte richting (negatief) met de indicatoren voor interesse in gezondheidsinformatie samen te hangen, maar over het algemeen zwak en slechts significant met de variabelen IIO en IIZ. Er is echter ook een zwakke significante negatieve samenhang met niet op gezondheidsinformatie betrekking hebbende indicatoren (IIE en IIS). Hypothese IV wordt dus, zij het in zwakke mate ondersteund.

Multiple regressie

Om na te gaan welke factoren een significante bijdrage aan de verklaarde variantie in de indicatoren voor informatieinteresse leveren terwijl de andere factoren gecontroleerd worden zijn stapsgewijze multiple regressieanalyses uitgevoerd, waarbij telkens een variabele betreffende de interesse in (specifieke) informatie als afhankelijke en alle overige factoren als onafhankelijke variabelen ingevoerd zijn. In tabel 3 zijn de analyseresultaten samengevat.

Tabel 3. Resultaten van de regressieanalyse betreffende interesses in de verschillende soorten informatie 1) (N=319)

Afhankelijke variabele:	r2	Onafhankelijke variabelen in de vergelijking	ß	T	p (sig.T)
Int.Info. Veiligheid	.14	Gevoel.v. onveiligh.	.34	6.42	.000
		Prev.Oriëntatie	.11	2.14	.033
Int.Info. Prob. Ouder worden	.11	Leeftijd	.22	4.08	.000
		Prob. Ouder worden	.19	3.49	.001
		Fatalisme	-.11	2.11	.035
Int.Econom. Info.	.14	Financ.Prob.	.29	5.21	.000
		Tijdsbest.Prob.	.15	2.77	.006
Int. Info. Tijdsbest.	.04	Geslacht	-.15	-2.71	.007
		Leeftijd	-.12	-2.13	.033
Int.Info. Patiënt.recht.	.04	Gevoel.v.onveiligh.	.20	3.59	.000
Int.Info. Ziekten	.06	Gevoel.v.onveiligh.	.20	3.67	.000
		Onbezorgdheid	-.12	-2.11	.035
Int.Info. Soc.contact.	.08	Tijdsbest.prob.	.21	3.38	.001
		Gevoel.v.onveiligh.	.13	2.10	.037

Uit tabel 3 blijkt, dat slechts enkele verklarende variabelen per afhankelijke variabele overblijven, die een significante portie van de variantie verklaren. De verklaarde variantie varieert van .14 tot .04 en is derhalve -zoals vaak in sociaal-wetenschappelijk (survey) onderzoek- erg laag. Afgezien van de beperkte verklarende kracht van de in het onderzoek opgenomen onafhankelijke variabelen, blijkt, dat met uitzondering van interesse in informatie over tijdsbesteding vooral ervaren problemen de belangrijkste (of nagenoeg belangrijkste: bij IIO) rol spelen: zo blijkt interesse in informatie over veiligheid vooral bepaald te worden door gevoelens van onveiligheid. Daarnaast levert ook een preventieve gezondheidsoriëntatie hier een significante bijdrage. Interesse in informatie over lichamelijke en geestelijke problemen van het ouder worden wordt behalve door leeftijd bepaald door ervaren problemen op dat terrein. Tenslotte blijkt ook een minder fatalistische gezond-

heidsoriëntatie met deze interesse samen te hangen. Interesse in informatie over financiële aangelegenheden blijkt vooral bepaald te worden door de ervaring van financiële problemen maar daarnaast ook door het ervaren van problemen met vrijetijdsbesteding. Waarschijnlijk spelen bij de tijdsbesteding financiële aangelegenheden een belangrijke rol in die zin, dat financiën de mogelijkheden scheppen zijn tijd door te brengen zoals men wenst. In dit verband is het opmerkelijk dat interesse in informatie over vrijetijdsbesteding blijkbaar niet door problemen op dit terrein bepaald wordt, maar afhankelijk is van geslacht en leeftijd. Mannen hebben meer interesse en naarmate men jonger is heeft men hierin ook meer interesse. Dit zagen we bij de bivariate correlaties overigens ook al. Dus als men problemen ervaart op het gebied van tijdsbesteding leidt dit wel tot interesse in informatie over inkomen en rondkomen, maar niet tot interesse in informatie over vrijetijdsbesteding.
De enige van de onderzochte factoren die van belang lijkt voor interesse in informatie over patiëntenrechten is het ervaren van gevoelens van onveiligheid. De laatste factor is trouwens ook medeverantwoordelijk voor interesse in informatie over ziekten. Daarnaast leidt ook een grotere bezorgdheid voor de gezondheid tot een grotere interesse op dit terrein. Tenslotte blijkt interesse in informatie over sociale contacten en eenzaamheid enerzijds mede bepaald te worden door het ervaren van tijdsbestedingsproblemen en anderzijds door de ervaring van gevoelens van onveiligheid. De hier gesignaleerde probleemgebieden kunnen als aan eenzaamheidsproblemen gerelateerde probleemgebieden gezien worden in die zin dat eenzaamheid en gebrek aan sociale contacten waarschijnlijk ervaringen van tijdsbestedingsproblemen in de hand werken en dat een gebrek aan sociale contacten gevoelens van onveiligheid versterkt.

Conclusie

In dit onderzoek is gebleken dat over het algemeen ervaren problemen op een bepaald gebied de interesse in informatie over dat gebied aanwakkeren. Dit houdt in dat de resultaten een duidelijke ondersteuning vormen voor het door Bosman e.a. (1989) ontwikkelde referentiekader met betrekking tot de totstandkoming van de vraag naar voorlichting.
Sociaal structurele variabelen blijken op een uitzondering na van geringe directe betekenis. Opvallend is dat de relatie van de indicatoren voor interesse in gezondheidsinformatie met geslacht in dit onderzoek in het geheel niet meer waarneembaar is. De over het algemeen negatieve relatie met SES, die bij de bivariate relaties gevonden werd, blijkt bij de regressieanalyse niet meer aanwezig. Zeer waarschijnlijk leidt een lage SES tot grotere problemen op het terrein van financiën en ook op dat van gezondheid en deze problemen weer tot grotere interesse. De ervaren problemen zijn dan interveniërende variabelen bij de tot standkoming van de vraag naar voorlichting. Zij zijn zelf weer afhankelijk van de financieel-economische omstandigheden

waarin de oudere verkeert. Het is echter niet zo dat ervaren problemen op een bepaald terrein uitsluitend interesse in informatie op dat terrein met zich brengen. Zo blijkt b.v. het ervaren van gevoelens van onveiligheid niet alleen van belang voor interesse in informatie over veiligheid, maar ook voor interesse in informatie over ziekte en medicijngebruik, interesse in informatie over patiëntenrechten en over sociale contacten en eenzaamheid. Het komt zelfs voor dat het ervaren van problemen op een bepaald terrein leidt tot interesse in informatie op andere terreinen, zoals in geval van tijsbestedingsproblemen. Zij leiden tot interesse in informatie over financiële aangelegenheden en over sociale contacten, maar niet tot interesse in informatie over tijdsbesteding.

Discussie

We constateren een duidelijke discrepantie tussen de bevindingen uit eerder onderzoek (Van der Rijt 1990) en dit onderzoek. Bleek bij het eerste onderzoek dat vooral geslacht een belangrijke factor was ter verklaring van de interesse in gezondheidsinformatie, hier speelt geslacht geen rol van betekenis. Een eerste mogelijke verklaring hiervoor is, dat in het eerdere onderzoek interesse in gezondheidsinformatie is vastgesteld door te vragen naar interesse in die informatie in het algemeen, terwijl in het laatste onderzoek gevraagd is naar interesse in specifieke voor de betreffende groep (ouderen) relevante en op de eigen problemen toegespitste informatie. Interesse in op specifieke problemen toegespitste informatie wordt waarschijnlijk in sterkere mate bepaald door ervaren problemen. Dit houdt in dat hiervoor het proces van informatieverwerving zoals dat in de inleiding geschilderd is (een ervaren probleem leidt tot een individuele vraag naar voorlichting) als theoretisch model gehanteerd kan worden, terwijl in geval van een algemene interesse in gezondheidsinformatie het model van routinematig zoekgedrag meer toepasselijk is. Beide soorten processen die tot een vraag naar voorlichting leiden hebben dan ook waarschijnlijk verschillende wortels en determinanten en zijn dan ook niet tot elkaar herleidbaar.
Een andere verklaring voor de gevonden discrepantie is dat het hier om een hele afwijkende populatie gaat (Rotterdamse ouderen) dan in het eerder onderzoek. Een handicap om veronderstellingen adequaat te toetsen is dat in het eerdere onderzoek probleemspecifieke interesses niet gemeten zijn terwijl in dit onderzoek interesse in informatie over gezondheid in het algemeen niet opgenomen is. Voor een adequate toets is opname van beide soorten variabelen in hetzelfde onderzoek noodzakelijk. Alleen dan kan nagagaan worden of beide soorten processen daadwerkelijk onderscheiden kunnen worden en beide soorten processen onderscheiden determinanten hebben.
Vastgesteld kon worden dat tegen de aanvankelijke veronderstelling (Van der Rijt 1990) in de sociaal-economische status in geen van de onderzoeken een

belangrijke (directe) determinant bleek van interesse in gezondheidsinformatie. Voorzover deze een rol speelt is het waarschijnlijk dat dit komt doordat SES bepalend is voor het meer of minder ervaren van problematische problemen, die op hun beurt leiden tot informatiezoekgedrag.
De rol van gezondheidsorientaties bij het ontstaan van de vraag naar voorlichting is nog niet helder geworden. Vonden we aanvankelijk, dat een preventieve orientatie interesse in gezondheidsinformatie in het algemeen lijkt te bevorderen, terwijl de overige gezondheidsorientaties geen rol van betekenis spelen (Van der Rijt 1990), uit dit onderzoek blijkt dat verschillende gezondheidsorientaties met verschillende specifieke informatieinteresses samenhangen: terwijl een preventieve orientatie interesse in informatie over veiligheid lijkt te bevorderen, leidt bezorgdheid voor de gezondheid meer tot interesse in informatie over ziekte en medicijngebruik; fatalisme leidt tot wat minder interesse in informatie over de lichamelijke en geestelijke problemen van het ouder worden. Dit suggereert dat gezondheidsoriëntaties een verschillende rol spelen afhankelijk van het feit of het om algemene dan we specifieke informatieinteresses gaat. Ook dit zal in toekomstig onderzoek nader uitgezocht moeten worden.
Bovenstaande reultaten suggereren voorts dat het van belang is om bij doelgroepenonderzoek ten behoeven van voorlichtingscampagnes na te gaan of en zo ja welke specifieke probleemsituaties er zijn, tot welke specifieke vragen naar informatie deze aanleiding geven en hoe mensen op dat terrein geneigd zijn de informatie te vergaren. Dergelijk onderzoek kan behalve inzicht in hoe mensen het best bereikt kunnen worden ook inzicht bieden in de vraag hoe men zijn doelgroep het beste kan benaderen en aanspreken.

LITERATUUR

Beliën, M. & H.W. Kanters (1990). Gezondheidsbevordering bij ouderen: een vernieuwing voor GVO?, *Tijdschrift Gezondheidsbevordering*, 11, 3, 14-24.

Bosman, J., E. Hollander, P. Nelissen, K. Renckstorf, F. Wester & C. van Woerkum (1989). *Het omgaan met kennis en de vraag naar voorlichting. Een multidisciplinair theoretisch referentiekader voor empirisch onderzoek naar de vraag naar voorlichting*, Nijmegen: ITS.

Dervin, B. (1989). Audience as listener and learner, teacher and confidante: the sense-making approach, in: Rice, R.E. en Ch.K. Atkin (red.), *Public Communication campaigns*, second edition, Londen: Sage, 67-86.

Driest, P. (red.) (1986). *Voorlichting aan ouderen*, 's Gravenhage: VUGA.

Festinger, L.A. (1957). *A theory of cognitive dissonance*, Evanston, IL: Row Peterson.

Katz, E., J.G. Blumler & M. Gurevitch (1974). Utilization of mass communication by the individual, in: Blumler, J.G. & E.Katz (red.), *The uses of communications, current perspective on gratificationsresearch*, Londen, 1974, 19-32.

Klapper, J.T., (1960). *The effects of mass communication*, New York: The Free Press.

Linschoten, C.P. van & W.J.A. van den Heuvel (1989). GVO/Preventie voor ouderen. Aanknopingspunten voor beleid, Tijdschrift Gezondheidsbevordering, 10, 53-62.

Renckstorf, K. & F. Wester (1989). Het handelingstheoretische perspectief voor communicatiewetenschappelijk onderzoek en de interpretatievetieve onderzoeksbenadering, in: Renckstorf, K. & F. Olderaan (red.), *Communicatiewetenschappelijke bijdragen*, 1988-1989, Nijmegen: ITS, 45-66.

Renckstorf, K., (1977). *Neue Perspektiven in der Massenkommunikationsforschung. Beiträge zur Begründung eines alternativen Forschungansatzes*, Berlijn.

Rijt, G.A.J. van der (1990). Sociale ongelijkheid, oriëntaties op gezondheid en behoefte aan gezondheidsinformatie, *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg*, 68, 261-267.

Abstract. Gerrit van der Rijt, Frans Cleophas, Paula Vermeulen, Toon Voorham & Jo Schuurman. Problems and information needs of elderly people in Rotterdam, Massacommunicatie 1992/2, p. 103-116

The theoretical frame, developed by Bosman et al (1989) suggests that the experience of area-specific problems which cannot be solved in a routine manner leads to an interest in and a search for information in that particular domain. In this article we investigate whether this proposition can be empirically justified for elderly people in Rotterdam.

We investigated a random sample (N=319) of these elderly people to determine if and to what extent experienced problems in the different areas (safety, finance, health and leisure activities) did lead to an interest in information in those domains. In general, the findings support the proposition.