DE MEDISCHE BERICHTGEVING IN ENKELE NEDERLANDSTALIGE BELGISCHE WEEKBLADEN

EEN INHOUDSANALYSE

door

Maurits VAN VAERENBERGH
Professor aan de Rijksuniversiteit te Gent

SUMMARY – *The medical information in some Flemish weekly papers* – This article is the result of a workshop directed by the author and Dr. F. SOETE. It was the intention to try out a new form of quantitative and qualitative content analysis of the medical information in the weekly papers. This content analysis forms part of a large research unit about the medical knowledge and health instruction (G.V.O.). Therefore, in the first part of the article, the author placed this content analysis in its larger context. In the second part we find some explanation about the methodological aspects. Finally the results of the analysis are discussed.

INLEIDING

Door een werkgroep bestaande uit studenten van de 2e licentie Sociologie van de R.U.G. * werd, onder de leiding van Prof. Dr. M. VAN VAERENBERGH en Dr. F. SOETE, een inhoudsanalyse gemaakt van de medische berichtgeving van enkele Belgische Nederlandstalige weekbladen.

Deze inhoudsanalyse kadert in het geheel van onderzoekingen in verband met de medische kennis en de gezondheidsvoorlichting en -opvoeding (G.V.O.). Deze analyse, die slechts een exploratief karakter heeft en als een ,,praktische oefening" moet worden aangezien in het kader van de leergang ,,Sociologie van de communicatie", laat toe enkele resultaten naar voren te brengen. Deze kunnen van belang zijn wat probleemstelling, hypothesevorming en methodologie betreft bij verder systematisch onderzoek.

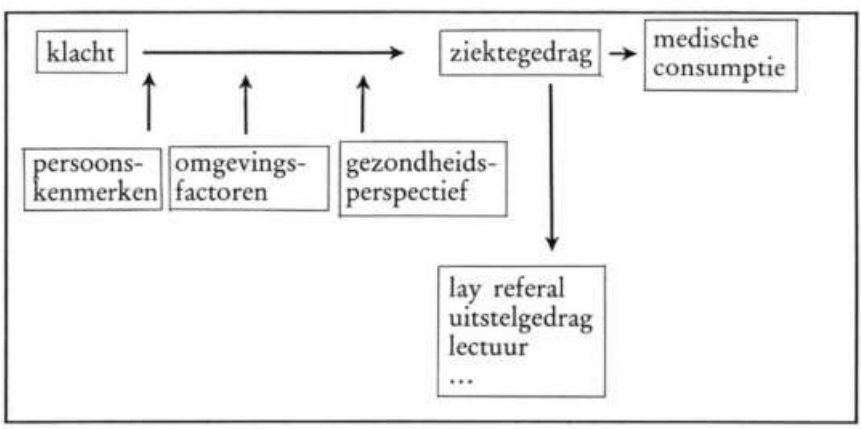
* De studenten waren : K. DE RIDDERE, L. DESCHAMPS, G. DE SUTTER, G. GEERAERTS, P. PAS, V. VANAERSCHOT, L. WILLEMSEN. De studie geschiedde tijdens het academiejaar 1976-1977.

Het hierna volgend beknopt rapport omvat 3 delen. In een eerste deel wordt het onderzoek gesitueerd in het kader van de G.V.O. en wordt het gebruik van de inhoudsanalyse verantwoord. In een tweede deel wordt een korte methodologische toelichting gegeven: keuze weekbladen, opstellen van de steekproef, de analyse-eenheid, topics, enz... In een derde deel worden enkele onderzoeksresultaten besproken.

I. SITUERING VAN HET ONDERZOEK IN HET KADER VAN DE G.V.O.

Aan de inbreng van de gedragswetenschappen in de studie van de gezondheidszorg wordt de laatste jaren meer belang gehecht. Men is meer en meer gaan inzien dat het medisch-technisch model ,,klacht — onderzoek — diagnose — therapie" door tal van ,,niet-medische" factoren wordt beïnvloed. De medische sociologie leert ons dat de medische consumptie voorafgegaan wordt door of gepaard gaat met een bepaald ,,ziektegedrag", omschreven als ,,the ways in which symptoms are perceived, evaluated and acted upon by a person who recognizes some pain, discomfort or other signs of organic malfunctioning" [1].

Het ziektegedrag, normaal gevolg van een klacht, aanleiding gevend tot medische (over en/of onder) consumptie, wordt door tal van factoren beïnvloed en manifesteert zich op diverse wijzen. Drie groepen van factoren treden vooral op de voorgrond, nl. de persoonskenmerken (beroep, leeftijd, scholing, enz...), de omgevings-



factoren (b.v. urbanisatiegraad, medische infrastructuur) en het ,,gezondheidsperspectief". In het kader van dit onderzoek gaat de aandacht vooral uit naar het gezondheidsperspectief. Hieronder verstaat men ,,het bij personen, groepen of gemeenschappen aanwezige geheel van kennis, meningen en attitudes, met betrekking tot ziekte en gezondheid" [2].

Gezondheidsperspectief behelst vooral:

— de perceptie van de ernst van symptomen; de perceptie van symptomen en van ziektesituatie;
— de kennis en informatie met betrekking tot symptomen en medische diensten;
— de plaats van de gezondheid in de waardenhiërarchie;
— de verwachtingen ten aanzien van de arts en de medische instituties;
— de afbakening van de begrippen ,,gezond" en ,,ziek" en de rationalisatie van de behoefte aan medische zorgen;
— de gezondheidsoriëntatie (wetenschappelijk, niet-wetenschappelijk);
— de acceptatie van de medisch-wetenschappelijke verworvenheden.

Om tal van redenen, waaronder kostenbeheersing niet de minst belangrijke, onderzocht men sedert enige tijd de wijze waarop men efficiënt vat kan krijgen op het hiervoor geschetste proces: ,,klacht - ziektegedrag - medische consumptie". Naast inwerking door de omgevingsfactoren, lijkt vooral een beïnvloeding via de factoren en elementen die deel uitmaken van het gezondheidsperspectief hiervoor vooral in aanmerking te komen. Deze beïnvloeding wil men realiseren door middel van de ,,gezondheidsvoorlichting en -opvoeding" (G.V.O.). Met G.V.O. wordt dan bedoeld: het geheel van initiatieven die ertoe bijdragen de mensen als individu of als groep in staat te stellen hun eigen verantwoordelijkheid op te nemen voor individuele en gemeenschappelijke gezondheidsproblemen. Dit omvat meer dan het verspreiden van kennis over geneeskundige en hygiënische onderwerpen. Het juiste gebruik van medico-sanitaire voorzieningen, het stimuleren van participatie aan preventieve maatregelen en onderzoekingen, het stimuleren van maatregelen voor het behoud van de gezondheid, maken hiervan ook deel uit.

De redenen waarom men vooral wil inwerken via de G.V.O. zijn drieërlei:

— De gezondheidszorg is een enorm uitgebreide en complexe dienstensector geworden, die voor de cliënt, zowel inhoudelijk als vormelijk, onontwarbaar is. De cliënten kennen noch het pakket van de medisch-wetenschappelijke verworvenheden, noch het geheel van de preventieve en therapeutische mogelijkheden (medisch aanbod). Zij hebben tevens onvoldoende kennis van de organisatie, de bereikbaarheid, de toegankelijkheid, de financiële mogelijkheid tot gebruik van de verschillende instituties. Zonder een degelijke voorlichting over het bestaan van mogelijkheden en over de ,,weg" naar bepaalde voorzieningen, kan de cliënt het systeem van de gezondheidszorg, zoals dit nu bestaat, nauwelijks of zeker niet efficiënt gebruiken.
— De klassieke analyses van de verschuivingen die zich de laatste decennia in het mortaliteits- en morbiditeitsprofiel hebben voorgedaan, wijzen zeer dikwijls op het aandeel van de zogenaamde ,,self-induced" ziekten, veroorzaakt door o.a. roken, slechte eetgewoonten, sedentair leven, enz... Uit de bestaande G.V.O.-studies en -projecten blijkt dat de vaststelling van deze verschuivingen de grootste stimulans is geweest die in de medische wereld, en ook daarbuiten, de interesse voor de G.V.O. heeft opgewekt. Men is tot het inzicht gekomen dat de technisch-wetenschappelijke geneeskunde nog nauwelijks haar invloed kan doen gelden op de incidentie van die nieuwe kwalen en men grijpt, als het ware uit een gevoel van machteloosheid, naar de G.V.O. als reddingsboei.
— De derde reden waarom G.V.O. als een belangrijk element in de gezondheidszorg wordt beschouwd, ligt, voor sommige auteurs althans, in de onvolledigheid van het begrip ,,gezondheid". Zij stellen dat de door de Wereldgezondheidsorganisatie (W.G.O.) geformuleerde definitie — door sommigen als te ruim of onvoldoende operationeel gedefinieerd — nl. ,,gezondheid is niet alleen de afwezigheid van ziekte of gebrek, maar een zich compleet fysisch, psychisch en sociaal welbevinden", te statisch is en te weinig aanzet tot ,,zelfbeschikking". Deze definitie pleit wel voor een integrale gezondheidszorg, doch beklemtoont te weinig het belang van het dynamische element, gelegen in de persoonlijke inzet en in de verantwoordelijkheid van de cliënt om de recente problemen waarmede hij wordt geconfronteerd, aan te pakken. Via G.V.O. wil men de cliënt daarbij in zekere mate helpen.

Er werden reeds tal van pogingen ondernomen om, via G.V.O., bestaande ,,ongezonde" levensgewoonten te wijzigen. Het ware zeer belangrijk te kunnen beschikken over empirisch-wetenschappelijke gegevens in verband met het in de realiteit geressorteerde effect van de G.V.O. activiteiten op het gezondheidsperspectief en daardoor ook op het ziektegedrag en de medische consumptie. Dergelijke onderzoekingen vragen evenwel zeer veel tijd en bieden tal van methodologische moeilijkheden.

A priori kan wel worden verondersteld dat dit effect in een belangrijke mate zal afhangen van o.m.:

— het reeds bij de bevolking bestaande geheel van kennis, opvattingen, houdingen, gedragingen, enz... in verband met ziekte, gezondheid en gezondheidszorg;
— de inhoud en de vorm van de via G.V.O. aangeboden medische berichtgeving;
— de door de bevolking aangeboorde bronnen van medische kennis, of het geheel van communicatie en informatie dat de bevolking bereikt en door haar begrepen wordt.

Teneinde enig resultaat te kunnen in het vooruitzicht stellen en de G.V.O.-activiteiten zo oordeelkundig mogelijk te kunnen plannen, zowel inhoudelijk als vormelijk, is het belangrijk onderzoek te verrichten op het gebied van: de aanwezige medische kennis bij de bevolking, de bronnen van de medische kennis en de inhoud van de medische berichtgeving.

Pogingen om, via G.V.O., daarbij gebruikmakend van diverse communicatiemedia, de medische kennis bij de cliënten te vermeerderen, hun houdingen te veranderen en hun bestaande ,,ongezonde" levensgewoonten te wijzigen, waren niet altijd succesvol. Dit is volgens Cassee [3] voor een groot deel te wijten aan het feit dat men bij de G.V.O.-activiteiten nogal eens de neiging heeft te handelen alsof er niet reeds een geheel van gedragingen, opvattingen, normen en waarden t.o.v. ziekte en gezondheid bij de cliënten bestond. Met Polgar [4] spreekt hij van ,,the fallacy of the empty vessel". De maatregelen lopen kans te falen, omdat datgene wat bij de mensen leeft, het aanvaarden van een nieuwe gedragslijn belemmert of zelfs verhinderen kan. Bij onderzoek naar ziektegedrag en medische consumptie, doch tevens bij de planning van G.V.O.-activiteiten, is het daarom goed eerst in te gaan op de vraag naar de bij de bevolking bestaande medische kennis, opvattingen en houdingen t.o.v. ziekte,

gezondheid en gezondheidszorg. Er bestaat bij de bevolking een pakket van medische kennis, ,,juiste", zowel als ,,verkeerde". Dit zou grondig moeten geïnventariseerd worden, vooraleer men in het kader van de G.V.O. tot grootscheepse voorlichtings- en opvoedingscampagnes kan overgaan.

De bronnen waar een bevolking haar medische kennis kan opdoen zijn, theoretisch gezien, zeer talrijk, aldus o.a. de school, de familie, individuele gesprekken met dokters, verpleegsters, enz..., voordrachten, lezingen, wetenschappelijke literatuur, doch verder ook de verschillende massacommunicatiemedia als dag- en weekbladen, radio- en t.v.-uitzendingen, enz... Het is echter belangrijk, via concreet onderzoek, te kunnen uitmaken uit welke bronnen vooral, een bevolking praktisch haar medische kennis put en welke rol daarbij wordt gespeeld door de diverse massacommunicatiemedia. Er kan wel worden verondersteld dat ,,moderne" medische informatie vooral langs de kanalen van de massamedia wordt doorgegeven. Zo blijkt uit een studie van CLIQUET [5] dat de kennis m.b.t. de verschillende anticonceptionele middelen vooral afkomstig is van de zgn. ,,lay referal" (verwijzing door leken), doch dat het aandeel van de lectuur en van de massamedia vooral aanzienlijk wordt, wanneer men de meer recente anticonceptiemiddelen beschouwt. Daarom is het ook noodzakelijk de lees-, kijk- en luistergewoonten van de voor de G.V.O.-activiteiten in aanmerking komende populatie te kennen.

Men kan gerust stellen — al ontbreken feitelijke gegevens — dat de inhoud zelf van de medische berichtgeving, binnen of buiten G.V.O.-verband, een aanzienlijke betekenis heeft in de G.V.O., voor het vormen van het gezondheidsperspectief, voor het beïnvloeden van het ziektegedrag en ook van het gezondheidsgedrag. Juiste en voldoende medische voorlichting, overgedragen via diverse communicatiemedia, afgestemd op de bij de populatie reeds bestaande medische kennis en op het geheel van opvattingen, normen en waarden t.o.v. ziekte en gezondheid, heeft een redelijke kans uiteindelijk het ziekte- en gezondheidsgedrag van een bevolking te beïnvloeden. Het is voor het oordeelkundig opzetten van een G.V.O.-campagne nuttig te weten, wat op dit ogenblik, via de diverse massamedia als medische berichtgeving aan een bevolking wordt aangeboden: hoeveelheid, vorm, juistheid, enz... Daartoe is een kwantitatieve en kwalitatieve inhoudsanalyse noodzakelijk. Deze zou vanzelfsprekend alle media in het onderzoek moeten kunnen betrekken, wat een omvattende opdracht zou uitmaken.

Men kan evenwel aannemen dat een analyse van de medische berichtgeving in de geschreven pers ons reeds een eerste beeld kan geven. Dit kan o.a. geschieden in dag- en weekbladen. In deze studie zal de analyse geschieden, als een eerste aanloop, in enkele weekbladen.

II. METHODOLOGISCHE TOELICHTING

1. KEUZE VAN DE WEEKBLADEN

Er werden acht weekbladen opgenomen in het onderzoek. De selectie geschiedde op basis van vijf criteria. De bladen moesten: Nederlandstalig en in Vlaanderen verspreid worden; behoren tot de ,,populaire" groep van weekbladen die voor iedereen toegankelijk is (in kiosk te koop); een grote oplage hebben; algemeen informerend (dus geen vakbladen of gespecialiseerde informatie) zijn. Er werd ook rekening gehouden met een zo groot mogelijke diversiteit van strekkingen. Volgende weekbladen werden aldus uitgekozen: Libelle/Rosita, Kwik, Knack, Humo, Het Rijk der Vrouw, De Post, Ons Volk en het Zondagsblad.

2. STEEKPROEF

Alleen de jaargang 1975 werd bestudeerd. Uit deze jaargang werd een systematische steekproef genomen met een a-select begin. Per maand werd één aflevering van de weekbladen geanalyseerd. Al naargelang van het uitgetrokken cijfer (1 tot 4) werd per tijdschrift met de eerste, tweede, derde of vierde aflevering begonnen.

3. ANALYSE-EENHEID

Niet alle in de tijdschriften voorkomende teksten en oppervlakten werden in aanmerking genomen. Strips, reclame, feuilletons, louter administratieve inlichtingen (b.v. inhoudsopgave), horoscopen, losse bijvoegsels, evenals het titelblad (cover) werden niet onderzocht. Alleen de zgn. ,,redactionele oppervlakte", waarin normaal gezien de meeste informatie kan voorkomen, werd doorgelezen ter selectering van de voor de medische informatie relevante artikels. Een artikel werd als relevant weerhouden wanneer het een trefwoord bevatte dat in verband stond met één of meer van de hierna volgende onderscheiden onderwerpen of thema's

— voeding; menselijke biologie; tandverzorging; oorzaken van ziekten; kennis van ziektesymptomen; somatische, niet-medicamenteuze therapie; niet-medicamenteuze, psychotherapie; medicamenteuze therapie; EHBO; hygiëne; kinderverzorging; pre- en postnatale verzorging; sexuele opvoeding; ongevallenpreventie; psychosomatische en geestelijke gezondheidsproblemen; gezondheidsorganisatie; erfelijkheid en congenitale afwijkingen; milieuhygiëne; arbeidsgeneeskunde; alternatieve geneeskunde.

Uit de context diende evenwel te worden opgemaakt of het trefwoord relevant was voor het onderzoek naar de medische informatie. Zo was b.v. de vermelding dat autokerkhoven het landschap ontsieren en onnodige ruimte innemen niet voldoende om het artikel op te nemen, evenals de vermelding dat bij archeologische vondsten ook een skelet werd opgegraven.

Het aldus als relevant opgenomen artikel werd als „analyse-eenheid" gebruikt: een artikel is immers duidelijk definieerbaar, gemakkelijk te begrenzen en wordt ook als een zinvolle communicatie-eenheid of m.a.w. als een lectuureenheid door de lezers gekozen.

4. KWANTITATIEVE EN KWALITATIEVE ANALYSE

De aldus geselecteerde medisch relevante artikels (analyse-eenheid) werden op een kwalitatieve en kwantitatieve wijze geanalyseerd.

Kwantitatief werd o.a. nagegaan:

— de oppervlakte van de als relevant weerhouden artikels (in cm^2);
— het aantal en de oppervlakte (in cm^2) van de relevante medische berichten in deze artikels;
— de frequentie waarmede de verschillende thema's in de medische berichten voorkomen.

Als medisch relevant bericht werd aangezien: een grammaticale zin of geheel van zinnen, waarin één van de hiervoor genoemde thema's op een voor het onderzoek relevante manier voorkomt. De zin wordt als één zinvol geheel gezien en dus volledig in rekening genomen, ook al bevat hij enkele niet voor het onderzoek relevante elementen. Theoretisch kan het bericht volledig samenvallen met het artikel.

Op een eerder *kwalitatieve* wijze werd, per artikel, nagegaan: de berichtstoon, de graad van illustratie, de fase van hulpverlening

waarop het artikel in hoofdzaak betrekking heeft, alsmede de graad van bruikbaarheid. Tevens werd gepoogd zich een idee te vormen over de mate van juistheid van de verschillende berichten. Teneinde persoonlijke interpretatie, in de mate van het mogelijke, uit te sluiten, werd dubbel gecodeerd. Twee personen selecteerden en analyseerden, onafhankelijk van elkaar, de artikels. Na vergelijking werden de eventuele moeilijkheden opgelost in de groep.

III. RESULTATEN

1. ENKELE KWANTITATIEVE GEGEVENS

Rekening houdend met de in deel II vermelde criteria werden in totaal, in de acht weekbladen, 457 artikels voor verdere bestudering weerhouden en werden daarin in totaal 1306 berichten geanalyseerd. Deze artikels en berichten waren over de verschillende tijdschriften als volgt verdeeld:

Weekblad	Gemiddeld aantal blz.	Aantal artikels	Aantal berichten
Kwik	18 à 20	70	255 op 12 maanden
De Post	54 à 88	35	75 op 12 maanden
Libelle/Rosita	84 à 100	95	268 op 12 maanden
Ons Volk	100 à 130	29	68 op 9 maanden
Rijk der Vrouw	75 à 204	37	99 op 10 maanden
Knack	92 à 236	79	171 op 12 maanden
Zondagsblad	40 à 44	83	304 op 12 maanden
Humo	148 à 164	29	66 op 12 maanden
Totaal		457	1306

N.B. : Voor het tijdschrift „Ons Volk" ontbraken 3 nummers en voor het tijdschrift „Het Rijk der Vrouw" 2, zodat de gegevens voor die 2 tijdschriften onvolledig zijn.

Om technische redenen konden de genoteerde gegevens in verband met de oppervlakte van de geselecteerde artikels en van de medische berichten in deze artikels, niet worden verwerkt. Daardoor is het niet mogelijk een juist beeld te geven van de verhouding tussen de redactionele oppervlakte en de oppervlakte die wordt ingenomen door de medische berichtgeving in de verschillende weekbladen.

De in de 457 artikels gevonden 1306 getelde medische berichten,

hebben vooral betrekking op volgende twee thema's: ,,oorzaken van ziekte" en ,,menselijke biologie". Ze maken elk afzonderlijk meer dan 10 % uit van het totale pakket van medische informatie. Enkele andere relatief belangrijke thema's zijn verder: somatische niet-medicamenteuze therapie, kennis van ziektesymptomen, voeding, gezondheidsorganisatie. Drie thema's komen zeer weinig aan bod, nl.: tandverzorging (1 %), EHBO (0,69 %) en arbeidsgeneeskunde (0,54 %). De thema's komen in de verschillende tijdschriften in ongeveer dezelfde verhouding voor. Wel kan worden gesteld dat het tijdschrift Knack, relatief meer dan de andere tijdschriften, over ,,gezondheidsorganisatie" handelt, en dat het tijdschrift Humo, relatief meer de ,,psycho-somatische" en ,,geestelijke gezondheidsproblemen" behandelt.

De verschillende artikels kunnen worden gerangschikt bij een van de volgende rubrieken: lezersbrieven, reportages, losse nieuwsjes, medische rubrieken, doktersrubrieken, enz... Men kan dit het formeel aspect van het artikel noemen. De medische berichtgeving komt vooral voor onder de rubrieken: ,,lezersbrieven" (21,6 %), ,,reportages i.v.m. sociale, economische, politieke en culturele aangelegenheden" (samen 23,8 %) en ,,losse nieuwsjes" (14,5 %). Er zijn verder ook nog de ,,medische reportages" (12 %) en andere vaste rubrieken (12,5 %), als b.v. ,,korte verhalen", de medische rubrieken door medewerkers (geen artsen) waarin medische informatie wordt gegeven. De speciale ,,doktersrubriek" neemt slechts 7,1 % van de medische informatie voor zijn rekening. De menu- of receptenrubriek, evenals de T.V.- en radiorubriek, omvat zeer weinig medische informatie (2 % en 1,8 %).

De belangrijkste drie thema's onder de rubriek ,,lezersbrieven" zijn: alternatieve geneeskunde, niet-medicamenteuze psychotherapie en gezondheidsorganisatie. Komen daarin niet of zeer weinig aan bod: arbeidsgeneeskunde, ongevallenpreventie en EHBO.

De ,,doktersrubriek" behandelt vooral: tandverzorging, EHBO en kennis van ziektesymptomen. Komen zeer weinig of niet aan bod: arbeidsgeneeskunde, gezondheidsorganisatie en niet-medicamenteuze psychotherapie.

In de ,,sociale, culturele, politieke en economische reportages" komen volgende drie thema's vooral aan bod: arbeidsgeneeskunde, milieuhygiëne en psychosomatische en geestelijke gezondheidsproblemen. Komen zeer weinig voor: tandverzorging, hygiëne en EHBO.

In de ,,losse nieuwsjes" gaat het vooral over: EHBO, hygiëne en ongevallenpreventie. Komen weinig of niet aan bod: arbeidsgeneeskunde, medicamenteuze therapie en psychosomatische en geestelijke gezondheidsproblemen.

In de ,,medische reportages" komen vooral volgende thema's voor: erfelijkheid, arbeidsgeneeskunde en kinderverzorging. Komen weinig of niet in aanmerking: alternatieve geneeskunde, ongevallenpreventie en tandverzorging.

N.B. Er dient op gewezen dat de thema's tandverzorging, EHBO en arbeidsgeneeskunde zeer weinig voorkomen.

2. ENKELE KWALITATIEVE GEGEVENS

a. Directe bruikbaarheid

In deze studie wordt een artikel als ,,direct bruikbaar" gekwalificeerd wanneer in dit artikel praktische wenken, tips, adressen en dergelijke worden gegeven, of wanneer de lezer in dit artikel op een directe wijze tot het aannemen van een bepaalde houding en/of tot een correctieve of preventieve actie wordt aangespoord. Het feit of de berichtgeving exact of niet exact is wordt hier niet in beschouwing genomen. Het kenmerk ,,bruikbaarheid" kan vanzelfsprekend niet los gezien worden van het aspect ,,juistheid" van de berichtgeving.

In ongeveer 57 % van de artikels komen geen directe praktische wenken, adressen, tips, aanmaningen e.d. voor. De directe bruikbaarheid moet hier dus gering bestempeld worden. Over de indirecte bruikbaarheid of het indirecte nut kan hier vanzelfsprekend geen oordeel worden gevormd. Direct bruikbare artikels worden vooral aangetroffen in verband met de thema's hygiëne: 78,6 %; voeding: 65,7 %; alternatieve geneeskunde: 65,3 %; ongevallenpreventie: 61,5 %.

Artikels met de geringste directe bruikbaarheid worden vooral aangetroffen in verband met: milieuhygiëne: 29,0 %; gezondheidsorganisatie: 34,3 %; psychomatische en geestelijke gezondheidsproblemen: 35,6 %; sexuele opvoeding: 38,5 %.

b. Berichtstoon

De toon waarin de medische berichtgeving wordt geschreven is in meer dan 50 % van de gevallen zakelijk-wetenschappelijk (51,8 %). Iets minder dan 1/4 van de artikels is verhalend

geschreven (22,1 %). De percentages voor de andere berichtstonen zijn respectievelijk: sensationeel 11,0 %; sentimenteel: 6,3 %; polemiserend: 5,6 %; critisch-wetenschappelijk: 3,2 %.
De thema's waarin de zakelijk-wetenschappelijk toon op de voorgrond treedt zijn: tandverzorging: 76,9 %; hygiëne en lichaamsverzorging: 72,9 %; milieuhygiëne: 67,7 %.
De thema's waarin de zakelijk-wetenschappelijke toon in een zeer geringe mate voorkomt zijn: psychomatische en geestelijke gezondheidsproblemen: 31,8 %; arbeidsgeneeskunde: 26,8 %; pre- en postnatale verzorging: 41,2 %.
De thema's die én sentimenteel én sensationeel worden geschreven hebben te maken met ,,niet-medicamenteuze psychotherapie" en ,,psychosomatische en geestelijke gezondheidsproblemen". Het polemiserend karakter van de artikels komt het meest naar voren in de thema's: arbeidsgeneeskunde (28,6 %) en gezondheidsorganisatie (13,5 %).

c. Fase van hulpverlening

Drie vierden van de artikels kan gesitueerd worden in één of meerdere van de fasen die gewoonlijk onderscheiden worden in de hulpverlening, nl.: de preventie, de zorg en de nazorg. Daarbij treedt vooral de zorg en in een enigszins geringere mate de preventie op de voorgrond. Het probleem van de nazorg komt zeer weinig aan bod; alleen in verband met de thema's: somatische niet-medicamenteuze therapie, pre- en postnatale zorg, gezondheidsorganisatie en alternatieve geneeskunde.
De thema's die het meest in de fase ,,zorg" kunnen gesitueerd worden zijn: niet-medicamenteuze psychotherapie (34,3 %), psychosomatische en geestelijke gezondheidszorg (30,8 %). De thema's ,,ongevallenpreventie" (3,9 %) en EHBO (11,1 %) komen hiervoor vanzelfsprekend minder in aanmerking. Preventieve berichtsinhouden komen daarentegen vooral voor in de thema's ,,ongevallenpreventie" (61,5 %) en ,,milieuhygiëne" (45,4 %).

d. Illustraties

Meer dan de helft van de artikels is vergezeld van een illustratie (61 %). Dit betekent evenwel niet dat al deze illustraties medisch relevant zijn, of met andere woorden, direct betrekking hebben op de geschreven tekst. Dit is slechts het geval voor ongeveer

10 % van de artikels. De thema's die vooral vergezeld zijn van medisch relevante illustraties zijn: EHBO (33,3 %), somatisch niet-medicamenteuze therapie (20,3 %) en kinderverzorging (20,7 %).
Het inlassen van medisch relevante illustraties komt daarentegen veel minder voor bij de thema's: sexuele opvoeding (3,9 %), milieuhygiëne (0 %) en alternatieve geneeskunde (3,9 %). De niet geïllustreerde thema's zijn vooral: alternatieve geneeskunde, voeding en arbeidsgeneeskunde.

e. Juistheid

Hoewel het oorspronkelijk in de bedoeling lag een oordeel uit te drukken over de graad van juistheid van de medische berichtgeving, is dit om diverse redenen praktisch onuitvoerbaar gebleken. Toch mag gerust worden gesteld, dat de meeste berichten dermate zijn opgesteld, dat er weinig of geen flagrante fouten of onjuistheden kunnen aangetoond worden. Tussen de verschillende tijdschriften onderling is er weinig verschil.

IV. BESPREKING

Alvorens een korte samenvatting van de ,,enkele" hier gevonden resultaten te geven, lijkt het aangewezen nogmaals te beklemtonen dat de werkgroep, de resultaten van dit beperkt onderzoek niet als representatief wil doen doorgaan en dat alleen gepoogd werd een bepaalde werkwijze van inhoudsanalyse van de medische informatie in de weekbladpers uit te proberen, met het oog op verder systematisch onderzoek. De hier uitgevoerde analyse moet niet alleen gezien worden als een eerste aanloop naar verder onderzoek van de weekbladen, doch ook van andere vormen van de geschreven pers. Ook de medische berichtgeving in de audiovisuele media dient vanzelfsprekend te worden geanalyseerd, wil men uiteindelijk tot een inzicht komen van wat via belangrijke massamedia als medische informatie wordt aangeboden.

Ingevolge de geringe omvang van het onderzoekmateriaal (1 jaar), het feit dat bepaalde tijdschriften niet volledig konden geanalyseerd worden, en tenslotte de ,,uitprobeerfase" waarin de onderzoekstechniek zelf zich nog bevindt, is het zeker niet aangewezen de verschillende geanalyseerde tijdschriften met elkaar te willen verge-

lijken, inzonderheid wat de kwalitatieve analyse-elementen betreft. Enkele voorlopige besluiten kunnen wel worden gegeven.

De medische berichtgeving is in de verschillende weekbladen vooral te vinden in de ,,lezersbrieven", de ,,reportages" (ook medische) en de ,,losse nieuwsjes". De speciale doktersrubrieken komen pas in verdere orde aan bod. De thema's die in alle bladen vooral worden behandeld zijn ,,oorzaken van ziekte" en ,,menselijke biologie". Zeer weinig komen ,,tandverzorging" en ,,EHBO" aan de orde. Deze laatste twee thema's, samen met de ,,kennis van de ziektesymptomen" worden vooral in de doktersrubriek behandeld. Verder worden bepaalde thema's bij voorkeur in bepaalde rubrieken besproken.

De diverse artikels bevatten slechts voor ongeveer 40 % van de gevallen direct bruikbare wenken of vermaningen. Voor de thema's als o.a. ,,hygiëne", ,,voeding" en ,,ongevallenpreventie" liggen de percentages hoger, wat als gunstig kan bestempeld worden.

De artikels zijn voor ongeveer de helft zakelijk-wetenschappelijk geschreven, voor 1/4 eerder verhalend. Zij hebben hoofdzakelijk betrekking op de fase van de ,,zorg" en de ,,preventie", terwijl de ,,nazorg" minder aan bod komt.

Slechts ongeveer 10 % van de artikels is vergezeld van relevante illustraties, al komen in 60 % van de gevallen illustraties voor. Voor zover de werkgroep zich een oordeel heeft kunnen vormen, kunnen de berichten als overwegend juist worden bestempeld.

BIBLIOGRAFISCHE VERWIJZINGEN

1. D. Mechanic and E.H. Volkart: ,,Stress, illness behavior and the sick role", *American Sociological Review*, 1961, XXVI, blz. 51-58.
2. L. Behets en L. Cappaert: *Socio-culturele determinanten van ziekte- en gezondheidsgedrag, een literatuuranalyse*, Leuven, K.U.L., 1973, blz. 29 en 30.
3. Zie ook E.T. Cassee: *Naar de dokter, enkele achtergronden van ziektegedrag en gezondheidszorg*, Meppel, Boom, 1973, blz. 11.
4. Zie daarover meer bij S. Polgar: ,,Health action in cross-cultural perspective", in H.E. Freeman, S. Levine en L.G. Reeder: *Handbook of medical sociology*, 1963, blz. 397-419.
5. R.L. Cliquet e.a.: *De nationale enquête gezinsontwikkeling*, CBGS, Technisch Rapport nr. 7, Brussel, 1975, blz. 224-231.