

Spiritus Sanctus in corpore sano (de Heilige Geest in een gezond lichaam)

Het effect van een op christelijke religieuze overtuiging gebaseerde voorlichting op gedragsintentie betreffende gezonde voeding



© Jorge Torrones

Dustin J. de Leeuw

Spiritus Sanctus in corpore sano

(de Heilige Geest in een gezond lichaam)

Het effect van een op christelijke religieuze overtuiging gebaseerde voorlichting op gedragsintentie betreffende gezonde voeding

Student: D.J. de Leeuw

Studentnummer: 995190169

Plaats: Amsterdam

Datum: juni 2024

Hogeschool: Hogeschool NTI

Opleiding: Voeding en Diëtetiek

Begeleider: Rianne Hakfoort

In opdracht van: Neelemaat Wetenschappelijk Onderzoek en Advies

Voorwoord

Tijdens de vele gesprekken die ik heb gevoerd tijdens mijn onderzoek, kreeg ik regelmatig de vraag of ik zelf religieus ben, of zelfs de vraag naar welke kerk ik ga. Dit verbaasde me: ik vermoed dat als ik mijn scriptie over de diëtbehandeling bij diabetes of kanker had geschreven, mij niet gevraagd was aan welke vorm van die ziekte ik lijd. Ook al kan ik niet meegaan in de premisse dat de inhoud van de Bijbel enige relatie heeft met de realiteit, het boek geeft aanleiding tot interessante discussies en ik heb genoten van de boeiende gesprekken die ik in de context van deze scriptie heb gevoerd met zowel christelijke als atheïstische mensen.

Het schrijven van deze scriptie was een project waar ik met enorm veel plezier aan gewerkt heb. Dankzij de scriptie heb ik bijzondere mensen ontmoet en boeiende gesprekken gevoerd. Mijn dank gaat uit naar Floor Neelemaat voor de gelegenheid om mijn scriptie bij haar bedrijf te schrijven en voor de altijd scherpe en constructieve feedback. Dank ook aan Rianne Hakfoort en Nina Komrij voor de begeleiding tijdens het schrijven. Deze scriptie was niet mogelijk geweest zonder de interviews en gesprekken die ik heb mogen voeren met verschillende experts: de religieuze leiders, filosofen en zorgprofessionals. Ook wil ik nogmaals alle mensen die de tijd en moeite hebben genomen voor het invullen van mijn vragenlijst hartelijk bedanken.

Mijn grootste dank gaat uit naar Rudolf Steinberger. Rudolf, zonder jou was ik nooit begonnen aan deze opleiding, zonder jou had ik het misschien niet tot het einde toe volgehouden, en zonder jouw steun had ik de stage nooit kunnen afronden. Dankjewel voor ons mooie contact en de begeleiding in de afgelopen jaren en jouw inspiratie om met passie in de zorg te werken.

In deze scriptie heb ik meerdere van mijn interesses kunnen combineren: voeding, gezondheid, filosofie, theologie en statistiek. Ik vond het een mooie uitdaging om deze onderwerpen allemaal te combineren en ben blij dat ik samen met Floor een manier heb gevonden om dit te doen in een context die relevant is voor haar bedrijf en mogelijk een bijdrage kan leveren aan de maatschappij, de wetenschap en de gezondheidszorg.

Deze scriptie is geschreven ter afronding van de HBO-opleiding Voeding en Diëtiek en ter verkrijging van de graad BSc. De primaire doelgroep van de scriptie bestaat uit diëtisten en gezondheidswetenschappers die werkzaam zijn op het terrein van voorlichting en preventie. Daarnaast kan de scriptie een inspiratie zijn voor religieuze leiders om voeding en gezondheid een prominentere plek te geven in hun communicatie naar de achterban. Ten slotte hoop ik dat deze scriptie religieuze mensen in Nederland kan inspireren om een gezondere leefstijl na te streven.

Lijst van gebruikte afkortingen

BMI	Body Mass Index
CRS	Centrality of Religiosity Scale
FBI	Faith-Based Intervention
RGV	Richtlijnen goede voeding 2015
TPB	Theory of Planned Behavior

Samenvatting

Aanleiding

Deze scriptie is geschreven in opdracht van Neelemaat Wetenschappelijk Onderzoek en Advies, de eenmanszaak van dr. ir. Floor Neelemaat. Zij heeft als doel kennis omtrent voeding en gezondheid te vergroten en hierover advies uit te brengen aan verschillende opdrachtgevers. Mogelijke uitbreiding van de dienstverlening van dit bedrijf zijn wetenschappelijk onderbouwde trainingen voor diëtisten en andere gezondheidswerkers, bijvoorbeeld een training die erop gericht is gezondheidswerkers evidence-based tools te geven die hen helpen om cliënten te motiveren zich een gezonder voedingspatroon eigen te maken. Een mogelijke specifieke doelgroep cliënten wordt gevormd door Nederlandse christenen: met ruim 30% van de volwassen Nederlanders oftewel ongeveer 5 miljoen mensen vormen zij de grootste religieuze groepering in Nederland.

In andere landen, waaronder de Verenigde Staten, worden in samenwerking met kerkelijke instanties op geloofsovertuiging gebaseerde interventies (Faith-Based Interventions, FBI's) uitgevoerd met als doel cliënten gezondere voedingskeuzes te laten maken. Juist bij gelovige mensen bestaat de noodzaak om hen te motiveren gezondere keuzes te maken betreffende voeding, er is namelijk een significant verband tussen de mate van godsdienstigheid (religiositeit) en een hoger lichaamsgewicht. Op dit moment is er een hiaat in de kennis omtrent de effectiviteit van de inzet van FBI's in Nederland. Om goed onderbouwd advies te kunnen geven aan potentiële toekomstige cliënten, wil Neelemaat Wetenschappelijk Onderzoek en Advies middels een literatuurstudie en praktijkonderzoek inzicht krijgen in de verwachte effectiviteit van een FBI in Nederland die als doel heeft om volwassen christenen te motiveren om gezondere keuzes te maken op het gebied van voeding.

Doel

Het doel van deze scriptie is om te onderzoeken of onder volwassen Nederlanders die zichzelf als christen identificeren een op christelijke normen en waarden gebaseerde voorlichting (FBI) in vergelijking met een op seculiere ethiek of op medische argumenten gebaseerde voorlichting kan leiden tot een grotere toename van de intentie tot het veranderen van gedrag op het gebied van gezonde voeding. Deze scriptie onderzoekt welke elementen van een FBI in Nederland noodzakelijk zijn voor de effectiviteit ervan, zodat de opdrachtgever kan bepalen of een dergelijke interventie voor haar bedrijf een haalbare en commercieel interessante uitbreiding van de dienstverlening kan zijn.

Literatuuronderzoek

Uit het literatuuronderzoek is gebleken dat het meest genoemde christelijk religieuze argument een citaat van Paulus is: je lichaam is een tempel van de Heilige Geest (1 Korintiërs 6: 19). Je eert de god van de Bijbel dus als je goed voor je lichaam zorgt door gezond te eten. De seculier ethische voorlichtingsboodschap is gebaseerd op het argument dat je met gezonde voeding niet alleen je eigen geluk vergroot, maar ook het geluk van de mensen om je heen. Immers, dankzij gezonde voeding verklein je de kans om ziek te worden. Ziekte kan leiden tot zorgen bij je vrienden en familie en waardoor je minder goed voor hen kunt zorgen als zij het nodig hebben. De op medische argumenten gebaseerde boodschap is helder: gezond eetgedrag leidt er op korte termijn toe dat je je fitter, energiever en beter voelt. Bovendien is gezond eten een investering in je toekomst: je verkleint hiermee het risico op ernstige ziekten zoals een hartaanval, beroerte, suikerziekte of dementie.

Op basis van literatuuronderzoek naar kenmerken van een effectieve voorlichtingsboodschap met als doel gedragsintentie betreffende het maken van gezondere keuzes op het gebied van voeding beïnvloeden, werden enkele kernpunten geformuleerd. Patiëntgeoriënteerde zorg houdt rekening met wie de patiënt is, wat hun culturele achtergrond is en wat hun spirituele of religieuze overtuiging is. Religieuze overtuigingen en een religieuze levensstijl kunnen gezondheidswinst opleveren doordat zij mensen helpen om schadelijke levensstijlen te veranderen. Bij een succesvolle FBI zijn de leden van de lokale kerk betrokken bij alle aspecten van de interventie, de gezondheidsboodschap van de interventie bevat spirituele elementen en past binnen de cultuur van de gemeenschap. De belangrijkste voorspellers voor een succesvolle gedragsverandering zijn de religieuze factoren die de kerken bijdragen: pastoraal leiderschap, gerichte voorlichting en trainingen gegeven door mensen van de kerkgemeenschap.

Methode

De literatuurstudie is in 3 fases uitgevoerd. Er is naar christelijk religieuze argumenten gezocht in de Bijbel en via Google. De literatuur op het gebied van ethiek is op basis van een interview met een filosofiestudent en vervolgens de sneeuwbalmethode uitgevoerd. Voor de medische argumenten is gebruikt gemaakt van een gerichte zoekopdracht in Google Scholar. Ten slotte is via Google Scholar informatie verzameld over de kenmerken van een succesvolle FBI.

Na het uitvoeren van de literatuurstudie zijn de gevonden argumenten verder uitgediept in interviews met experts: drie christelijk religieuze leiders, een hoogleraar ethiek en een huisarts. Aanvullend zijn via e-mail enkele vragen gesteld aan een psychiater en een diëtist. Vervolgens zijn de argumenten vertaald naar motiverende voorlichtingsboodschappen, welke in een vooronderzoek ($n = 11$) zijn onderzocht op onderscheidenheid en geloofwaardigheid. Op basis van de inzichten uit het vooronderzoek zijn de voorlichtingsboodschappen bijgeschaafd en gebruikt als stimuli in een experiment in de vorm van een online vragenlijst ($n = 102$), waarbij elke respondent willekeurig een van de drie voorlichtingsboodschappen te zien kreeg.

Resultaten praktijkonderzoek

In het experiment ($n = 102$) bleek dat na controle voor gender, leeftijd, opleidingsniveau, BMI, attitude betreffende gezonde voeding en subjectieve beoordeling van de mate van gezondheid van het huidige eetgedrag, er geen significant hogere mate van gedragsintentie is gemeten na het tonen van de geformuleerde voorlichtingsboodschap op basis van christelijke religie in vergelijking met beide andere voorlichtingsboodschappen ($F(2,92) = 0.853, p = .429$). De mate van religiositeit bleek in dit experiment geen directe invloed te hebben op de voorgenomen gedragsintentie ($b = -0.093, p = .416$), noch op de mate waarin de verschillende voorlichtingsboodschappen invloed hebben op de gedragsintentie ($F(2,90) = 0.482, p = .619$). Het effect van de in dit onderzoek gebruikte op christelijke religieuze overtuiging gebaseerde voorlichtingsboodschap op de gedragsintentie betreffende gezonde voeding is dus niet groter dan het effect van de boodschappen gebaseerd op seculier ethische of medische argumenten, ook niet bij respondenten voor wie religie een bovengemiddeld centrale rol in hun leven speelt.

Conclusies en aanbevelingen

Uit het uitgevoerde literatuuronderzoek is gebleken dat een op christelijke religieuze overtuiging gebaseerde gezondheidsvoorlichting in beperkte mate kan leiden tot gedragsverandering betreffende voedingsgewoonten. Overtuiging (waaronder geloofsovertuiging), attitude en subjectieve norm zijn determinanten van gedragsintentie, wat weer een voorspeller is voor daadwerkelijk voedingsgedrag. Een randvoorwaarde voor een succesvolle FBI is dat de kerk en de geloofsgemeenschap direct bij het ontwikkelen en uitvoeren van de interventie betrokken zijn en dat de boodschap past binnen de cultuur van de gemeenschap.

De in dit onderzoek gebruikte op christelijke religieuze overtuiging gebaseerde voorlichtingsboodschap is niet aantoonbaar effectiever gebleken dan een op seculier ethische of medische argumenten gebaseerde voorlichtingsboodschap voor het verhogen van de gedragsintentie betreffende gezonde voeding, ook niet bij bovengemiddeld religieuze mensen.

Meer onderzoek is dus nodig om te bepalen of een andere vorm van op geloofsovertuiging gebaseerde interventies effectief kan zijn in Nederland. De belangrijkste aanbeveling voor de opdrachtgever is om in vervolgonderzoek direct in contact te treden met de doelgroep zelf en om de lokale kerk, haar religieuze leider en de geloofsgemeenschap direct bij de ontwikkeling en uitvoering van de FBI te betrekken. Een concrete invulling is om zeer lokaal en kleinschalig te beginnen en een FBI op te zetten in één kerk. Met name diëtisten die zelf christelijk zijn en idealiter zelfs een actief lid zijn binnen hun kerk, spelen een mogelijke sleutelrol in dit proces.

Inhoud

Voorwoord	3
Lijst van gebruikte afkortingen	4
Samenvatting	5
1. Inleiding	9
1.1 Aanleiding.....	9
1.2 Doel.....	10
1.3 Centrale vraag.....	11
1.4 Deelvragen.....	11
1.5 Relevantie, verwachtingen en limitaties.....	11
2. Literatuuronderzoek	13
2.1 Christelijk religieuze argumenten om gezonde voedingsgewoonten na te streven.....	13
2.2 Seculier ethische argumenten om gezonde voedingsgewoonten na te streven.....	15
2.3 Medische argumenten om gezonde voedingsgewoonten na te streven.....	17
2.4 Kenmerken van succesvolle Faith-Based Interventions.....	20
3. Methoden van onderzoek	23
3.1 Literatuuronderzoek.....	23
3.1.1 Christelijk religieuze argumenten om gezonde voedingsgewoonten na te streven	23
3.1.2 Seculier ethische argumenten om gezonde voedingsgewoonten na te streven	23
3.1.3 Medische argumenten om gezonde voedingsgewoonten na te streven.....	24
3.1.4 Op geloofsovertuiging gebaseerde gezondheidsinterventies.....	24
3.2 Praktijkonderzoek.....	24
3.2.1 Interviews.....	24
3.2.2 Vooronderzoek.....	25
3.2.3 Experiment.....	28
3.2.3.1 Opzet en inhoud van de vragenlijst.....	28
3.2.3.2 Data-analyse.....	31
4. Onderzoeksresultaten	36
4.1 Inzichten op basis van interviews met religieuze leiders.....	36
4.2 Inzichten op basis van interviews met filosofen.....	37
4.3 Inzichten op basis van interviews met (para)medici.....	37
4.4 Resultaten van het experiment.....	38
5. Conclusies en aanbevelingen	42
5.1 Conclusies.....	42
5.2 Aanbevelingen.....	44
6. Discussie en reflectie	45

6.1 Discussie	45
6.2 Reflectie.....	48
Referenties	49
Appendix A: Bijbelcitaten (op volgorde van aanhalen).....	57
Appendix B: Interviewscripts	61
Interviewscript voor christelijk religieuze leiders	62
Interviewscript voor filosofen.....	63
Interviewscript voor (para)medici	64
Appendix C: Voorlichtingsboodschappen.....	65
Appendix D: Operationalisatie meetinstrumenten	66
Appendix E: Vragenlijst	69
Appendix F: Aanvullende statistische analyses	74
Appendix G: Plan van Aanpak	80
Lijst van gebruikte afkortingen	83
1. Aanleiding tot het onderzoek	84
2. Doel	85
3. Centrale vraag	86
4. Deelvragen	87
5. Verkennende literatuurstudie.....	87
6. Onderzoeksmethoden	94
7. Planning.....	96
Referenties	98
Appendix A: Vragenlijst.....	103

1. Inleiding

Deze scriptie is geschreven in opdracht van Neelemaat Wetenschappelijk Onderzoek en Advies, de eenmanszaak van dr. ir. Floor Neelemaat. Zij heeft als doel kennis omtrent voeding en gezondheid te vergroten en hierover advies uit te brengen aan verschillende opdrachtgevers. Dr. ir. Floor Neelemaat is de opdrachtgever en is degene die de uiteindelijke scriptie in ontvangst neemt. De begeleiding tijdens het schrijven werd grotendeels gedaan door Nina Komrij, MSc, gezondheidswetenschapper en promovenda aan het Instituut Psychologie aan de Universiteit Leiden.

Momenteel geeft de opdrachtgever onder andere wetenschappelijk advies aan de redactie van de Dieetbehandelingsrichtlijnen van 20/10 Uitgevers. Mogelijke uitbreiding van de dienstverlening van dit bedrijf zijn wetenschappelijk onderbouwde trainingen voor diëtisten en andere gezondheidswerkers, bijvoorbeeld een training die erop gericht is gezondheidswerkers evidence-based tools te geven die hen helpen om cliënten te motiveren zich een gezonder voedingspatroon eigen te maken. Een mogelijke specifieke doelgroep cliënten wordt gevormd door Nederlandse christenen. In dit hoofdstuk worden de aanleiding, het doel van het onderzoek en de onderzoeksvragen verder uiteengezet.

1.1 Aanleiding

Een ongezond eetpatroon is een risicofactor voor niet-overdraagbare ziektes (Gezondheidsraad, 2015). Daarnaast kan een ongezond eetpatroon leiden tot ongewenste gewichtstoename die resulteert in overgewicht of obesitas, wat een andere risicofactor is voor niet-overdraagbare ziektes (Purnell, 2023). Overgewicht wordt gedefinieerd als een Body Mass index (BMI) van 25 kg/m² of hoger, terwijl obesitas wordt gedefinieerd als een BMI van 30 kg/m² of hoger (CBS, 2022). De prevalentie van overgewicht en obesitas is wereldwijd sterk toegenomen, wat leidt tot een verhoogd risico op morbiditeit en mortaliteit en een afgenomen kwaliteit van leven (Suhaimi et al., 2022). In Nederland heeft 53% van de mannen en 47% van de vrouwen overgewicht, terwijl 12% van de mannen en 17% van de vrouwen obesitas heeft (CBS, 2022). Tevens is er sprake van een epidemie van niet-overdraagbare ziektes zoals hart- en vaatziekten en diabetes mellitus type 2, onder andere ten gevolge van ongezonde leefstijl en ongezonde voeding. Daarom is het relevant om interventies te ontwikkelen voor het stimuleren van een gezonde leefstijl. De diëtist kan mensen ondersteunen in het verbeteren van hun leefstijl door preventief beleid, voorlichting en coaching (NVD, 2022). Volgens de Theory of Planned Behavior (TPB) kan voorlichting leiden tot een verandering van gedragsintentie en is gedragsintentie een voorspeller voor daadwerkelijk gedrag (Ajzen, 1985; Ajzen, 2020).

In verschillende internationale onderzoeken is een significant verband tussen de mate van religiositeit (de mate waarin religie een rol speelt in iemands leven, oftewel hoe godsdienstig deze persoon is) en een hoger lichaamsgewicht gevonden, waarbij een toenemende mate van beoefening van religie of bezoeken van religieuze bijeenkomsten is geassocieerd met een hogere Body Mass Index (BMI); de uitzondering hierop vormen de leden van het Kerkgenootschap der Zevende-dags Adventisten, die juist een significant lagere BMI hebben dan niet-gelovigen en aanhangers van andere religies (Yeary et al., 2017). In Nederland vormen zij met 6.000 gedoopte leden slechts een zeer klein gedeelte van de protestantse gelovigen (Kerkgenootschap der Zevende-dags Adventisten, z.d.). Dit impliceert dat juist onder de gelovige Nederlanders veel winst te behalen valt wat betreft gezondheid. Echter, er is geen informatie bekend over hoe het verband tussen religiositeit en lichaamsgewicht in Nederland is, aangezien gegevens over religie en gezondheid (en dus lichaamsgewicht) door het CBS apart worden geregistreerd er tussen deze verschillende databases geen link te leggen is (Team Infoservice CBS, persoonlijke communicatie, 14 juli 2023). Het is dus niet bekend of de studies die in andere landen zijn uitgevoerd zich laten vertalen naar de situatie in Nederland.

Hoewel volgens het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) zowel het kerkbezoek als de religieuze betrokkenheid steeds verder afneemt, identificeert 18.2% van de volwassen Nederlanders zich als katholiek, 13.2% als protestants en nog een klein percentage als anderszins christelijk (Schmeets & Houben, 2023). Dat betekent dat een interventie die specifiek gebaseerd is op christelijke normen en waarden en speciaal ontwikkeld is voor deze doelgroep, een potentieel bereik van ongeveer 4.6

miljoen mensen heeft. Net zoals er campagnes voor gezondheidsbevordering zijn specifiek gericht op mensen met een Turkse of Marokkaanse achtergrond, zouden er ook campagnes specifiek voor Nederlanders met een christelijke achtergrond ontwikkeld kunnen worden. De groep Nederlandse christenen is van oudsher erg heterogeen van aard, de verwachting is dan ook niet dat er één interventie ontwikkeld kan worden die voor de volledige doelgroep geschikt is.

In Nederland zijn veel door de lokale en landelijke overheid georganiseerde preventieprogramma's met als doel het bewaken en verbeteren van de volksgezondheid (RIVM, z.d.). In de Voortgangsrapportage Nationaal Preventieakkoord 2020 wordt gesteld dat van de 39 doelen die voor 2020 zijn gesteld, er slechts 13 (33%) zijn gehaald; van de 10 doelstellingen in het deelakkoord Overgewicht zijn er slechts 2 (20%) behaald (RIVM, 2021). In een review van 29 interventies gericht op het bevorderen van gezondere voedingsgewoonten, werd gevonden dat een interventie die op een specifiek gender gericht is, vaker effectief is dan interventies die niet op een specifieke gender gericht zijn (Sharkey et al., 2020). Dit roept de vraag op of een interventie specifiek gericht op een bepaalde geloofsgemeenschap effectiever zou kunnen zijn dan een interventie die niet op een specifieke doelgroep is gericht.

In andere landen, waaronder de Verenigde Staten, worden in samenwerking met kerkelijke instanties op geloofsovertuiging gebaseerde interventies (Faith-Based Interventions, FBI's) uitgevoerd met als doel cliënten gezondere voedingskeuzes te laten maken (Onyishi et al., 2021). Deze interventies hebben een positief effect op diverse uitkomstmaten zoals BMI, buikomvang en bloeddruk (Chew et al., 2018; Griffith & Jaeger, 2020; Sanusi et al., 2023). Isaac et al. (2016) werpen de vraag op of spiritualiteit een plaats verdient in de klinische praktijk, aangezien spiritualiteit voor veel cliënten een belangrijke rol in hun leven speelt en zo de zorg beter kan worden afgestemd op hun belevingswereld. Professor Renger Witkamp (2017) stelt in zijn artikel *Nutri-theologie: een internetspecialisatie met toekomst*: "We moeten de existentiële vragen van de consument proberen te begrijpen. Daarvoor zouden we, ik heb het vaker gezegd, te rade moeten gaan bij onze theologische collega's". De theologie biedt zowel een religieuze als een ethische fundering voor het beantwoorden van existentiële vragen.

Op dit moment is er een hiaat in de kennis omtrent de effectiviteit van de inzet van FBI's in Nederland. Om goed onderbouwd advies te kunnen geven aan potentiële toekomstige cliënten, wil de opdrachtgever middels een literatuurstudie en praktijkonderzoek inzicht krijgen in de verwachte effectiviteit wat betreft gedragsintentie van een FBI in Nederland die als doel heeft om volwassen christenen te motiveren om gezondere keuzes te maken op het gebied van voeding. Hierbij wordt het effect van een FBI vergeleken met het effect van voorlichting gebaseerd op medische respectievelijk seculier ethische argumenten, zoals in de volgende paragraaf nader wordt uitgewerkt.

1.2 Doel

Het doel van deze scriptie is om te onderzoeken of onder volwassen Nederlanders die zichzelf als christen identificeren een op christelijke normen en waarden gebaseerde voorlichting (FBI) in vergelijking met een op seculiere ethiek of op medische argumenten gebaseerde voorlichting kan leiden tot een grotere toename van de intentie tot het veranderen van gedrag op het gebied van gezonde voeding. Deze scriptie onderzoekt welke elementen van een FBI in Nederland noodzakelijk zijn voor de effectiviteit ervan, zodat de opdrachtgever kan bepalen of een dergelijke interventie voor haar bedrijf een haalbare en commercieel interessante uitbreiding van de dienstverlening kan zijn.

1.3 Centrale vraag

In welke mate kan een op christelijke religieuze overtuiging gebaseerde voorlichtingsboodschap, in vergelijking met een op seculiere ethiek respectievelijk op medische argumenten gebaseerde voorlichtingsboodschap, leiden tot een toename van de intentie om gezondere keuzes te maken op het gebied van voeding onder volwassen christelijke Nederlanders en in hoeverre wordt dit effect gemodereerd door mate van religiositeit?

1.4 Deelvragen

1) Welke argumenten zijn er om gezonde voedingsgewoonten na te streven, gebaseerd op respectievelijk: christelijke religieuze overtuiging zoals blijkt uit Bijbelteksten en christelijke traditie; seculiere ethische argumenten van klassieke en hedendaagse filosofen; de medische wetenschap?

2) Wat is volgens de wetenschappelijke literatuur de relatie tussen gezondheidsvoorlichting, gedragsintentie en daadwerkelijk gedrag betreffende gezonde voeding en welke elementen zijn volgens de wetenschappelijke literatuur een noodzakelijk onderdeel van een succesvolle FBI?

3) In welke mate kan, in een onder Nederlandse christenen uitgevoerd experiment, een op christelijke religieuze overtuiging gebaseerde voorlichting, in vergelijking met een op seculiere ethiek of op medische argumenten gebaseerde voorlichting, leiden tot een hogere mate van gedragsintentie betreffende het maken van gezondere keuzes op het gebied van voeding?

4) Is het effect van een op christelijke religieuze overtuiging gebaseerde voorlichting op de mate van gedragsintentie betreffende het maken van gezondere keuzes op het gebied van voeding, in een onder Nederlandse christenen uitgevoerd experiment, sterker bij mensen voor wie religie een centralere rol in hun leven speelt?

1.5 Relevantie, verwachtingen en limitaties

Indien blijkt dat een christelijke boodschap gezondheidsbevorderend kan werken, heeft dit relevantie voor de opdrachtgever, voor diëtisten en andere gezondheidswerkers, voor religieuze leiders en voor de maatschappij. De opdrachtgever kan op de in dit onderzoek opgedane inzichten gebaseerde producten aanbieden, zoals: lezingen en workshops voor diëtisten en religieuze leiders, voorlichtingsmateriaal in de vorm van posters en brochures, en ondersteunende materialen voor de consument (zoals bijvoorbeeld een fruitschaal of koelkastmagneet met inspirerende tekst). Diëtisten en andere gezondheidswerkers kunnen, indien zij dat wensen, religieuze overtuigingen van hun cliënten betrekken in hun motiverende gespreksvoering. Religieuze leiders kunnen hun volgelingen inspireren tot een gezonder leven en zich zo niet alleen om hun zielenheil maar ook om hun fysieke gezondheid bekommeren. "Aangezien God herders oproept om de kudde te leiden, moeten pastors in woord en daad laten zien hoe het is om God in ons lichaam te verheerlijken" (Waters, 2019). Op maatschappelijk niveau is de relevantie evident: zelfs als maar een deel van de bevolking door deze voorlichting positieve aanpassingen in het voedingsgedrag of leefstijl maakt, leidt dat tot afgenomen ziektelast, minder zorgkosten en een verminderde druk op de zorg.

De verwachting is dat in Nederland, net zoals in landen waar dit reeds onderzocht is, een FBI tot een hogere gedragsintentie om gezondere keuzes te maken op het gebied van voeding leidt dan een voorlichting gebaseerd op uitsluitend medische argumenten (Isaac et al., 2016; Kok et al., 2018; Onyishi et al., 2021). Op basis van de bestudeerde literatuur is er geen expliciete verwachting over het effect van de seculier ethische voorlichting op voornoemde gedragsintentie. Als blijkt dat de religieuze voorlichtingsboodschap niet significant beter werkt dan de seculier ethische, maar wel significant beter dan de medische, kan op basis van deze kennis een voorlichting gebaseerd op deze seculiere argumenten breed worden ingezet. Als blijkt dat de religieuze voorlichtingsboodschap significant beter werkt dan zowel de seculier ethische als de medische, dan is het dus van belang om op de doelgroep

toegespitste voorlichting te maken die expliciet religieuze componenten bevat. In vervolgonderzoek kan gekeken worden of dit ook voor andere religies dan het christendom werkt.

Tevens wordt verwacht dat het positieve effect van een FBI op voornoemde gedragsintentie sterker is voor personen bij wie religie een centralere rol in hun leven speelt. Een gezondheidsinterventie is namelijk effectiever als deze beter aansluit bij de culturele en religieuze achtergrond van de deelnemers (Chew et al., 2018; Noordman et al., 2023). Als in het onderzoek voor deze scriptie ondersteuning wordt gevonden voor deze hypothese, is dat een argument om FBI's gericht in te zetten op plaatsen waar veel mensen met een hoge mate van religiositeit aan de boodschap worden blootgesteld, zoals kerken¹ en bijbelstudiegroepen.

Het praktijkonderzoek wordt uitgevoerd middels een kleinschalig experiment, waarbij de afhankelijke variabele gedragsintentie om gezondere keuzes te maken op het gebied van voeding is. Voor het meten van daadwerkelijke gedragsverandering zijn meer tijd en middelen nodig dan in het kader van een scriptie beschikbaar zijn. De onafhankelijke variabele in het onderzoek, oftewel de experimentele conditie waar de respondent aan wordt blootgesteld, is een voorlichtingsboodschap gebaseerd op respectievelijke christelijk religieuze, seculier ethische of medische argumenten. Om deze boodschappen te kunnen opstellen, wordt eerst een literatuuronderzoek uitgevoerd waarna interviews met experts gehouden zullen worden. Deze scriptie wordt geschreven in het kader van de opleiding Voeding en diëtetiek en beoogt dus niet uitputtend te zijn wat betreft de inhoudelijke onderbouwing van de religieuze en ethische voorlichtingsboodschappen.

¹ Het woord *kerk* kan in deze context zowel het fysieke gebouw als het kerkverband betekenen. *Kerk* wordt in deze scriptie gebruikt als overkoepelende term voor kerken, gebedshuizen, tempels, koninkrijkszalen, et cetera.

2. Literatuuronderzoek

In paragrafen 2.1 tot en met 2.3 wordt middels een literatuurstudie antwoord gegeven op de eerste deelvraag: welke argumenten zijn er om gezonde voedingsgewoonten na te streven, op basis van respectievelijk christelijke religieuze overtuiging, op basis van seculiere ethische argumenten, en op basis van de medische wetenschap? Elke paragraaf eindigt met een weergave van de in de literatuurstudie gevonden argumenten in een eerste opzet van een motiverende boodschap zoals in een voorlichting gebruikt zou kunnen worden. In paragraaf 2.4 wordt antwoord gegeven op deelvraag 2: welke elementen zijn volgens de wetenschappelijke literatuur een noodzakelijk onderdeel van een succesvolle FBI? Vervolgens wordt aan de hand van de TPB besproken wat volgens de wetenschappelijke literatuur de relatie is tussen gezondheidsvoorlichting, gedragsintentie en daadwerkelijk gedrag betreffende gezonde voeding.

2.1 Christelijk religieuze argumenten om gezonde voedingsgewoonten na te streven

Deze paragraaf geeft een overzicht van argumenten die in de Bijbel genoemd worden om gezonde voeding na te streven. De argumenten zijn gebundeld in een aantal thema's, die hieronder besproken worden: het beperkte belang van gezonde voeding, waarschuwing tegen gulzigheid en idolatrie, God eren door voeding, en behoefte aan religieuze ondersteuning bij gezondheid en gewichtsverlies.

Het beperkte belang van gezonde voeding

Paulus² waarschuwt dat oefening van het lichaam wel enig nut heeft, maar dat het nut van een vroom leven grenzeloos is (1 Timoteüs 4: 8)³⁴, waaruit blijkt dat hij beperkt belang toekent aan lichamelijke gezondheid. Dit impliceert dat gezonde voeding voor Paulus minder belangrijk is dan devotie. In de Bijbel staat⁵ dat Jezus tegen zijn leerlingen heeft gezegd om zich geen zorgen te maken over zichzelf en over wat zij zullen eten, want het leven is meer dan voedsel (Lucas 12: 22-23). Paulus stelt zelfs dat het koninkrijk van God geen zaak is van eten en drinken, maar van gerechtigheid, vrede en vreugde door de heilige Geest (Romeinen 14: 17). Dit sluit aan bij de lessen uit het Oude Testament: vertrouwen op God en aan Hem denken bij alles wat je doet, zal je sterken als een medicijn en je lichaam verkwikken (Spreuken 3: 1-8). Toch wordt het belang van een goede lichamelijke gezondheid niet helemaal uitgevlakt, zo wenst Johannes Gajus toe dat het met zijn lichamelijke gezondheid net zo goed gesteld moge zijn als met zijn ziel (3 Johannes 1: 2).

Waarschuwing tegen gulzigheid en idolatrie

In meerdere Spreuken wordt gewaarschuwd tegen gulzigheid, wat volgens Gregorius I en Thomas Aquinas een van de kardinale zonden is (Thompson, 2015: p. 83). Bedwing je gulzigheid, ook al houd je van een goede maaltijd; laat je niet verleiden door zijn lekkernijen, want je wordt erdoor misleid

2 Hoewel het zeer waarschijnlijk is dat veel van de brieven die aan Paulus worden toegeschreven niet daadwerkelijk door hem geschreven zijn (Ehrman, 2011), wordt in deze scriptie telkens de auteur genoemd zoals die in de huidige versie van de Bijbel staat aangegeven.

3 Alle citaten uit de Bijbel zijn afkomstig uit de Nieuwe Bijbelvertaling (NBV), een vertaling in hedendaags, natuurlijk Nederlands. Het is een interconfessionele vertaling, uitgebracht door het Nederlands Bijbelgenootschap (NBG) en de Katholieke Bijbelstichting (KBS), in samenwerking met Vlaamse partnerorganisaties (NBV, 2021).

4 Een overzicht van alle Bijbelcitaten in deze scriptie kan gevonden worden in Appendix A.

5 Korthedshalve worden in het vervolg van deze scriptie uitspraken zoals "in de Bijbel staat dat Jezus iets heeft gezegd" weergegeven als "Jezus zegt iets".

(Spreuken 23: 2-3). Er wordt zelfs gewaarschuwd om niet met dronkenlappen om te gaan en bij gulzigaards vandaan te blijven (Spreuken 23: 20). Hoewel het is toegestaan zich te goed te doen aan eten en drinken, wat immers een geschenk van God is (Prediker 3: 13), is gematigdheid een belangrijke deugd: overmatig honing eten is niet goed (Spreuken 25: 27). Ook Paulus benadrukt het belang van gematigdheid: alles is toegestaan, maar niet alles is goed voor u. Zeker, alles is mij toegestaan, maar ik mag me door niets laten beheersen (1 Korintiërs 6: 12).

Te veel waarde hechten aan voeding kan op twee manieren leiden tot idolatrie. Paulus observeert met tranen in zijn ogen dat velen leven als vijand van het kruis van Christus en hun ondergang tegemoet gaan: hun god is hun buik (Filippenzen 3: 18-19). Voedsel kan voedzaam zijn en een aangename ervaring bieden, maar voedsel mag nooit een idool worden of aanstoot geven aan anderen (Verrett, 2021). Anderzijds loert het gevaar om geobsedeerd te raken door het streven naar een slank en fit lichaam, een obsessie die net zo idolaat is als gulzigheid; als iets anders dan God de voornaamste focus van het leven wordt, is dat een zonde (Got Questions Ministries, 2022a).

God eren door voeding

Paulus zegt: of u nu eet of drinkt of iets anders doet, doe alles ter ere van God (1 Korintiërs 10: 31) en roept in zijn brief aan de gemeente in Rome op om uw lichamen aan God te wijden als een levend, heilig en God welgevallig offer, want dat is de ware eredienst voor u (Romeinen 12: 1). Hij stelt ook de retorische vraag: weet u dan niet dat uw lichaam een tempel is van de Heilige Geest? Bewijs God dus eer met uw lichaam (1 Korintiërs 6: 19-20). De implicatie is dat het de plicht van een christen is om goed voor hun lichaam te zorgen, onder andere door goede voeding tot zich te nemen.

Deze interpretatie wordt onderschreven door rabbijn Evers (2017): “het lichaam is het instrument van de ziel, waarmee ons hoogste mensaspect met de aardse omgeving kan communiceren. Wij moeten het lichaam zo zuiver en ‘transparant’ mogelijk houden zodat de ziel met een minimum aan fysieke obstakels door het lichaam heen haar geestelijk licht kan laten schijnen op de materiële wereld.” De relatie tussen voeding en lichamelijke gezondheid, zoals dat tegenwoordig vaak beschouwd en besproken wordt, komt niet direct voor in de Bijbel (Got Questions Ministries, 2022b).

Behoeftte aan religieuze ondersteuning bij gezondheid en gewichtsverlies

Uit voorgaande paragrafen blijkt dat Bijbelse argumenten om gezonde voeding na te streven erg schaars zijn; alleen gulzigheid wordt expliciet afgekeurd, de overige argumenten voor gezonde voeding leunen op interpretatie of gelden alleen in een specifieke context. Desondanks is er wel behoefte aan religieuze ondersteuning bij afvallen en het maken van gezonde voedingskeuzes. Got Questions Ministries (2022b) waarschuwt dat ongezond eten kan leiden tot een ongezond lichaam, waardoor christenen minder goed in staat zijn de taken uit te voeren die God voor hen heeft voorbestemd. Brown (2023) claimt dat zij met haar *Christian weight loss program* al meer dan 37.000 vrouwen heeft geholpen om af te vallen en zelf dankzij gebed en Bijbelstudie 100 pond (45 kg) is afgevallen. Ook in Nederland bestaat de behoefte aan religieuze ondersteuning voor een gezonder leven, zoals Anneke Vierbergen aangeeft: “Nog nooit heb ik een preek over voedsel gehoord. Terwijl het toch iets is waar we iedere dag mee bezig zijn. Als een dominee wil preken over voeding, zou ik graag zien dat hij het zo kan brengen dat het de liefde van de Heer is en niet een wet, wat ons er toe zou (moeten) kunnen brengen om gezond te gaan eten” (Schipper, 2015). Ook onder Nederlandse christelijke jongeren leeft de vraag wat de Bijbel zegt over een gezonde levensstijl (Vrije Baptistengemeente Bethel, 2021).

Eerste versie van de religieuze voorlichtingsboodschap op basis van het literatuuronderzoek

Goed voor uw eigen gezondheid zorgen, bijvoorbeeld door een gezond voedingspatroon na te streven, is wat God van u verwacht. Weet u dan niet dat uw lichaam een tempel is van de Heilige Geest? Bewijs God dus eer met uw lichaam (1 Korintiërs 6:19-20). Paulus zegt: of u nu eet of drinkt of iets anders doet, doe alles ter ere van God (1 Korintiërs 10:31) en roept u op om uw lichamen aan God te wijden als een levend, heilig en God welgevallig offer, want dat is de ware eredienst voor u (Romeinen 12:1). Johannes wenst Gajus toe dat het met zijn lichamelijke gezondheid net zo goed gesteld moge zijn als met zijn ziel (3 Johannes 1:2). Al in het Oude Testament waarschuwt God voor

de gevaren van ongezond eetgedrag: overmatig honing eten is niet goed (Spreuken 25:27). Gezond eten doet u dus niet alleen voor uw fysieke gezondheid, u dient en eert God door goed te zorgen voor het lichaam dat Hij u geschonken heeft!

2.2 Seculier ethische argumenten om gezonde voedingsgewoonten na te streven

In deze paragraaf wordt eerst besproken wat seculiere ethiek is en wordt specifiek ingegaan op het humanisme. Daarna wordt kort deugdethiek volgens enkele klassieke Griekse filosofen besproken, om via het utilitarisme uit te komen op wat hedendaagse filosofen zoals Thompson en Korthals zeggen over de relatie tussen voeding en ethisch handelen. Specifiek wordt ingegaan op wat enkele Nederlandse filosofen stellen over de ethische relevantie van door ongezond eetgedrag ontstane obesitas. Deze paragraaf sluit af met een bundeling van de besproken argumenten in een motiverende boodschap zoals die in een voorlichting gebruikt zou kunnen worden.

Seculiere ethiek en humanisme

Seculiere ethiek is een tak van filosofie die zich uitsluitend baseert op logica, empathie, rede, rechtvaardigheid en morele intuïtie, die niet is afgeleid van of gebaseerd op het geloof in een bovennatuurlijke openbaring. Het humanisme is een van de grootste stromingen binnen de seculiere ethiek. Het humanisme gaat ervan uit dat ethische keuzes inherent zijn aan het menselijk bestaan, gebaseerd op het feit dat alle levende wezens zowel tot lijden als welbevinden in staat zijn, gemotiveerd door het besef dat helpen beter is dan schade toebrengen, daartoe in staat gesteld door medeleven en de ratio, en zonder daarvoor een stimulans van buitenaf nodig te hebben. De *Verklaring van Amsterdam 2022* stelt expliciet: We zijn van mening dat persoonlijke vrijheid gepaard moet gaan met een verantwoordelijkheid aan de samenleving. Een vrij mens heeft verplichtingen jegens anderen (Humanists International, 2022).

Een verkenning van deugdethiek volgens enkele klassieke Griekse filosofen

Verschillende filosofen in de Griekse oudheid hebben zich, direct of indirect, uitgelaten over voeding. Socrates stelde dat Atheners met een goed verzorgd lichaam niet alleen een aangenamer en mooier leven hebben, maar ook zorgen voor een betere toekomst voor hun kinderen (Young, 2015). In zijn *Politeia* noemt Plato *sophrosyne* oftewel gematigdheid een van de vier kardinale deugden, een concept dat door Aristoteles in zijn *Ethica Nicomachea* verder wordt uitgewerkt. Door deze deugden na te streven wordt volgens Aristoteles *eudaimonia* oftewel gelukzaligheid bereikt, wat het uiteindelijke doel van zijn deugdethiek is. Hiervoor is het noodzakelijk om verstandige keuzes te maken en telkens voor de gulden middenweg tussen twee uitersten te kiezen; in de context van eten betekent dit dus noch overvloedig, noch te weinig voeding nemen (Thompson, 2015: pp. 80-81). Ernstig overgewicht duidt in de Aristotelische visie op een zwakke wil en een gebrek aan zelfbeheersing (Swierstra, 2011).

Plato bespreekt in zijn dialogen uitgebreid welke voeding hij gunstig voor het lichaam acht en welke voeding men met mate moet consumeren. Hij spoort aan om een gevarieerd en vooral gematigd eetpatroon na te streven, waarbij overdaad vermeden moet worden aangezien dit tot ziektes en kwalen leidt (Skiadas & Lascaratos, 2001). Het dieet dat Plato beschrijft, wijkt niet veel af van het huidige Mediterrane dieet dat zich onder andere kenmerkt door een royale inname van groenten, fruit, peulvruchten, volkoren granen, noten en olijfolie en een gematigde inname van zuivel en andere dierlijke producten (Guasch-Ferré & Willett, 2021). Ook Epicurus bepleit het belang van gematigdheid in voeding voor een deugdzzaam leven (Epicurus, 300 v.o.j./2003).

Samenvattend kan gesteld worden dat het er voor de besproken Griekse filosofen op lijkt dat zij gematigdheid als een voorwaarde zien voor een deugdzzaam bestaan en dat het maken van deugdzame keuzes bijdraagt aan een gelukkig leven. Deugdzzaamheid is wat de Griekse staat van haar burgers verwacht, om de toekomst van de maatschappij veilig te stellen.

Utilitarisme

Er bestaan meerdere definities van wat utilitarisme inhoudt, die op nuance van elkaar verschillen maar in essentie hetzelfde grondidee omschrijven. Thompson (2015, p. 12) geeft als definitie van utilitarisme: een normatieve ethische theorie die stelt dat alleen gevolgen ertoe doen. Uitspraken over rechten en plichten zijn uiteindelijk terug te brengen tot uitspraken over voordelen en schade. Een plicht kan simpelweg geformuleerd worden als een regel die bij navolging leidt tot de best mogelijke uitkomst in termen van voordelen en nadelen. Klassiek utilitarisme noemt een actie ethisch juist als deze leidt tot het grootste voordeel voor het grootst mogelijke aantal betrokken partijen. Dit wordt ook wel de hedonistische calculus genoemd: de som van alle voordelen minus de som van alle nadelen voor alle betrokken partijen bepaalt de waarde van een actie, waarbij de actie met de hoogste hedonistische waarde de ethisch juiste actie is.

Zowel Kant als Bentham stellen dat de gevolgen van een keuze die louter betrekking hebben op degene die deze keuze maakt, geen morele kwestie is; pas zodra anderen betrokken zijn bij de consequenties, is een keuze een morele zaak geworden. Hieruit concludeert Thompson (2015, p. 87) dat als de enige die de gevolgen van een voedingskeuze merkt degene is die deze keuze maakt, de aspecten van deze keuze die anderen aangaan waarschijnlijk geen of geringe betekenis hebben en dit dus geen morele kwestie is, zelfs als deze voedingskeuze negatieve gevolgen heeft voor de persoon zelf. Daardoor was tot het einde van de vorige eeuw de gangbare opvatting in de Westerse cultuur dat wat iemand eet, hun en uitsluitend hun eigen keuze is. Hoewel op basis van ongeremd eetgedrag een oordeel gevormd kan worden over het karakter van die persoon, met name een gebrek aan zelfbeheersing en gematigdheid, werd het als ongepast gezien om in te grijpen tenzij die persoon voor sociale overlast zorgt, zoals het geval kan zijn met overmatige alcoholconsumptie. Thompson ziet deze opvatting echter veranderen aan het begin van deze eeuw.

Als voornaamste reden voor deze verandering wordt het toenemend inzicht in het verband tussen obesitas en aandoeningen zoals hart- en vaatziekten en diabetes mellitus type 2 genoemd. Dit, samen met het systeem van collectieve ziektekostenverzekering, betekent dat mensen met obesitas een disproportioneel beroep doen op de gezamenlijk opgebouwde fondsen, en dat hun overconsumptie leidt tot kosten voor anderen. Thompson drukt zich hier heel expliciet uit: jij betaalt voor mijn diabetesmedicatie of mijn hartoperatie; als ik deze ziekte of aandoening heb veroorzaakt door onmatig eten, bezorg ik jou hogere kosten in de vorm van belasting of verzekeringspremies, en daarmee is mijn eetgedrag een morele kwestie geworden. Onder deze aanname is het volgen van een gezond eetpatroon, ook al levert dit niet per se een direct voordeel op voor degene die dit gedrag uitvoert, een morele verplichting naar de medeburgers toe (Thompson, 2015: pp. 89-90).

Utilitarisme bekijkt de morele juistheid van daden dus niet in isolatie, maar neemt juist de gevolgen van de actie in overweging. Hierbij wordt een actie ethisch verantwoord genoemd als deze het geluk van de maatschappij als geheel maximaliseert. Als ongezond eetgedrag leidt tot te voorkomen kosten voor de samenleving, dan is op grond van de hedonistische calculus dit eetgedrag onethisch.

Uitspraken van enkele hedendaagse Nederlandse filosofen met betrekking tot obesitas

Swierstra (2011) benoemt drie redenen waarom obesitas een moreel probleem is. Ten eerste leidt obesitas tot medische kosten, die collectief betaald worden, waardoor anderen financieel geraakt worden. Daarmee is obesitas niet langer een persoonlijke keuze in leefstijl, maar betreedt dit het domein van interpersoonlijke relaties en dus zijn morele regels van toepassing. Ten tweede leidt obesitas tot indirecte economische kosten door verminderde productiviteit vanwege ziekte, absentie, arbeidsongeschiktheidsuitkeringen en een kortere levensduur. Ten slotte kan conform Singer (1979) het argument gemaakt worden dat het immoreel is om overdadig te eten terwijl mensen elders in de wereld honger lijden. Swierstra tekent hier echter bij aan dat mensen alleen verantwoordelijk kunnen worden gehouden voor hun eigen gewicht als hun keuzes autonoom waren en gebaseerd op adequate informatie omtrent hun voeding.

Korthals (2011a) onderschrijft deze kanttekening: keuzevrijheid moet altijd worden beschouwd in de context waarin de keuze wordt gemaakt. Als de persoon die de keuze maakt onvoldoende inzicht heeft in de keuzes die hun heeft, wordt de keuze een gok of een blinde overgave aan advies van experts, dat vaak tegenstrijdig is. Keuzevrijheid vereist zowel soevereiniteit als authenticiteit: de keuze die iemand maakt, moet echt hun eigen keuze zijn, anders is er geen sprake van vrijheid.

Maar aan die vrijheid zit volgens Korthals een duidelijke grens: deze mag niet ten koste gaan van de vrijheid van anderen. Hans Hoogervorst (VVD), destijds minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, stelde op het Nederlands Congres Volksgezondheid op 14 april 2005 te Rotterdam: "Het klinkt misschien niet erg liberaal, maar ik vind dat je het niet kunt maken om er maar op los te leven. Als je dan vervolgens ziek wordt, kun je niet verwachten dat je ongebreideld van onze gezondheidszorg gebruik kunt maken" (Medisch Contact, 2005). Hiermee impliceert hij dat de vrijheid in voedingskeuze begrensd wordt door de gevolgen daarvan voor anderen, aangezien tot op heden de gezondheidszorg voor iedereen toegankelijk is, ongeacht de vermeende oorzaak van de noodzaak of aanleiding van die zorg. De burger heeft dus de verantwoordelijkheid om de vrijheid van anderen te respecteren door ethische keuzes te maken, de overheid heeft de verantwoordelijkheid om de burger de kennis en mogelijkheden te bieden om deze keuze weloverwogen en uit eigen wil te maken (Korthals, 2011b).

Overzicht van de besproken ethische argumenten

Volgens de besproken Griekse filosofen is het belangrijk om deugdzaam en gematigd te leven. In de modernere filosofie wordt de nadruk gelegd op de gevolgen van een ongezonde leefstijl voor anderen, waarbij met name wordt ingegaan op de directe economische kosten van de zorg en de indirecte economische kosten van verminderde productiviteit. De besproken bronnen gaan niet verder in op de sociale en emotionele gevolgen die anderen ervaren van iemands ziekte en voortijdig overlijden, terwijl die wel meegenomen kunnen worden in de hedonistische calculus. Naar aanleiding van voorgaand literatuuroverzicht is onderstaande motiverende tekst opgesteld om mensen op basis van seculiere ethische argumenten aan te zetten tot een gezond voedingspatroon.

Eerste versie van de seculier ethische voorlichtingsboodschap op basis van het literatuuronderzoek

Goed voor uw eigen gezondheid zorgen, bijvoorbeeld door een gezond voedingspatroon na te streven, is wat de samenleving van u verwacht. Alleen als u in goede gezondheid bent, kunt u optimaal voor de mensen om u heen zorg dragen. Als u door ongezond eetgedrag in slechte gezondheid geraakt, leidt dat tot zorgen bij uw vrienden en familie en bent u minder goed in staat om voor hen te zorgen als zij het nodig hebben. Ook bent u door slechte gezondheid minder goed in staat om (vrijwilligers)werk te verrichten, terwijl dat deel is van goed burgerschap. Het Nederlandse zorgstelsel staat al zwaar onder druk, het is onethisch om de zorg nodeloos te belasten met door ongezond eetgedrag veroorzaakte ziekte. Gezond eten doet u dus niet alleen voor uzelf, maar ook voor de mensen om u heen!

2.3 Medische argumenten om gezonde voedingsgewoonten na te streven

In deze paragraaf wordt besproken wat volgens de RGV "gezonde voeding" precies is en wat het effect is van gezonde voedingsgewoonten. In een beknopte literatuurstudie worden enkele voordelen van gezonde voeding op korte en lange termijn besproken. Ten slotte worden deze argumenten samengevat in een motiverende voorlichtingsboodschap.

Gezonde voedingsgewoonten volgens de RGV

De Gezondheidsraad heeft onderzocht wat het verband is tussen voeding en het risico op chronische ziekten. De meest recente versie van de RGV stamt uit 2015, de nieuwste inzichten uit internationaal wetenschappelijk onderzoek van de afgelopen 10 jaar zijn hierin nog niet meegenomen. Er bestaan diverse op gezondheid gerichte voedingspatronen.

Voorbeelden van dergelijke voedingspatronen zijn het traditionele Mediterrane voedingspatroon, het nieuw Scandinavisch voedingspatroon en de Amerikaanse Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH)-voeding. Deze patronen scoren hoog op het gebruik van groente, fruit, volkorenproducten, noten, peulvruchten, oliën rijk aan cis-onverzadigde vetzuren, halfvolle en magere zuivel, gevogelte en vis; bevatten weinig rood en bewerkt vlees, volle zuivel, harde vetten, keukenzout en dranken (en andere producten) met toegevoegd suiker; en zijn matig met alcohol. Wat de patronen kenmerkt is dat ze minder dierlijke en meer plantaardige voedingsmiddelen bevatten (Gezondheidsraad, 2015: pp. 69-71).

De RGV zijn bedoeld voor de algemene bevolking, wat betekent dat zij zich primair richten op gezonde mensen. In geval van ziekte kunnen andere aanbevelingen gelden, hiervoor bestaan aparte dieetbehandelingsrichtlijnen. Het blijkt echter dat de in de RGV besproken voedingsmiddelen voor meerdere chronische ziekten relevant zijn. Uit meerdere cohortonderzoeken blijkt bijvoorbeeld bij patiënten met hart- en vaatziekten een verband te bestaan tussen een gezond voedingspatroon en een lager risico op sterfte (Gezondheidsraad, 2015: p. 78).

Het advies van de Gezondheidsraad wat betreft een gezonde voeding bestaat uit de aanbeveling om volgens een meer plantaardig en minder dierlijk voedingspatroon te eten, met inachtneming van de in Figuur 1 aangegeven adviezen voor specifieke voedingsmiddelen. Het is mogelijk de kwaliteit van een voedingspatroon uit te drukken in een numerieke waarde. De DHD15-index geeft op een schaal van 0 tot 150 aan in hoeverre iemands voedingsgewoonten in overeenstemming zijn met de aanbevelingen van de Gezondheidsraad (Looman et al., 2017).

Het advies in het kort

In dit advies zet de Gezondheidsraad op een rij welke voedingsmiddelen en -patronen leiden tot gezondheidswinst. Daartoe heeft de raad de wetenschappelijke kennis over de relatie tussen voeding en chronische ziekten systematisch beoordeeld. Op basis hiervan zijn de nieuwe Richtlijnen goede voeding geformuleerd:

- Eet volgens een meer plantaardig en minder dierlijk voedingspatroon conform de onderstaande richtlijnen
- Eet dagelijks ten minste 200 gram groente en ten minste 200 gram fruit
- Eet dagelijks ten minste 90 gram bruin brood, volkorenbrood of andere volkorenproducten
- Eet wekelijks peulvruchten
- Eet ten minste 15 gram ongezoeten noten per dag
- Neem enkele porties zuivel per dag, waaronder melk of yoghurt
- Eet een keer per week vis, bij voorkeur vette vis
- Drink dagelijks drie koppen thee
- Vervang geraffineerde graanproducten door volkorenproducten
- Vervang boter, harde margarine en bak- en braadvetten door zachte margarine, vloeibaar bak- en braadvet en plantaardige oliën
- Vervang ongefilterde door gefilterde koffie
- Beperk de consumptie van rood vlees en met name bewerkt vlees
- Drink zo min mogelijk suikerhoudende dranken
- Drink geen alcohol of in ieder geval niet meer dan één glas per dag
- Beperk de inname van keukenzout tot maximaal 6 gram per dag
- Het gebruik van voedingsstofsupplementen is niet nodig, behalve voor mensen die tot een specifieke groep behoren waarvoor een suppletieadvies geldt.

Figuur 1

De aanbevelingen uit de Richtlijnen goede voeding 2015 (Gezondheidsraad, 2015: p. 11)

Gezondheidsvoordelen van gezonde voedingsgewoonten

Er is een literatuurstudie uitgevoerd om antwoord te geven op de vraag: wat zijn de gezondheidsvoordelen van gezonde voedingsgewoonten en wat zijn de risico's van ongezonde voedingsgewoonten voor volwassenen? Hieruit blijkt dat de aanbevelingen van de RGV nog steeds actueel zijn. Gezonde voedingspatronen worden in de gevonden literatuur telkens gedefinieerd als DASH en/of het Mediterrane dieet.

Er is een associatie gevonden tussen gezonde voedingspatronen en een verlaagd risico op chronische ziekte en sterfte ongeacht de doodsoorzaak (Cena & Calder, 2020; English et al., 2021). Het Mediterrane dieet heeft een gunstig effect op metabole gezondheid (Papadaki et al., 2020) en is geassocieerd met een verlaagd risico op chronische ziektes en een langere levensduur (Domingues et al., 2021). Omdat dit dieet op lange termijn vol te houden is, kan het een rol spelen bij de preventie van obesitas (D'Innocenzo et al., 2019). Een gezond voedingspatroon, in vergelijking met het westerse voedingspatroon waarin veel vlees geconsumeerd wordt, is geassocieerd met een verlaagd risico op metabool syndroom (Fabiani et al., 2019). De American Heart Association heeft in een officieel statement bevestigd dat gezonde voedingspatronen de beste ondersteuning zijn van cardiovasculaire gezondheid (Gardner et al., 2023). Bovendien kan een gezond voedingspatroon bijdragen aan mentaal welbevinden (Hosker et al., 2019).

De voornaamste genoemde voordelen van gezonde voeding betreffen het verlaagde risico op chronische, niet-overdraagbare ziektes. Dit betreft niet alleen fysieke aandoeningen zoals hart- en vaatziekten, maar ook psychische aandoeningen zoals dementie en depressie. Daarnaast kan gezonde voeding helpen een gezond gewicht te behouden of een gezonder gewicht te krijgen en kan gezonde voeding helpen om duurzamer te eten (Voedingscentrum, z.d.). Bovendien is een voordeel van gezonde voeding dat mensen zich daardoor fitter voelen (NHG, z.d.).

Een gezond voedingspatroon voldoet in hoge mate aan de richtlijnen zoals vastgelegd in de RGV. De medische voordelen hiervan zijn met name een verlaagd risico op chronische ziektes in de toekomst, terwijl de tastbare voordelen op korte termijn minder duidelijk zijn. Het is niet duidelijk of een verlaagd risico op depressie vertaald mag worden als "gezonde voeding helpt u om zich op korte termijn mentaal beter te voelen". Het is evenmin duidelijk of bij een gelijkblijvend gewicht een gezondere voeding geassocieerd is met een verhoogd gevoel van fitheid. In de onderstaande motiverende tekst is dus enigszins liberaal omgegaan met de interpretatie en presentatie van de gevonden medische argumenten voor de voordelen van een gezond voedingspatroon op korte termijn.

Eerste versie van de medische voorlichtingsboodschap op basis van het literatuuronderzoek

Goed voor uw eigen gezondheid zorgen, bijvoorbeeld door een gezond voedingspatroon na te streven, maakt uw leven een stuk aangenamer. Gezond eetgedrag leidt ertoe dat u zich fitter, energiever en beter voelt. Veel gezondheidsproblemen ontstaan als gevolg van ongezond eetgedrag en zijn dus te voorkomen. Als u een niet aan voeding gerelateerd gezondheidsprobleem oploopt, zoals bijvoorbeeld een gebroken been, herstelt u sneller en makkelijker en kan een arts u beter en succesvoller behandelen als u een gezond gewicht en een goede conditie heeft. Nu gezond eten is investeren in uw toekomst: u verkleint het risico op ernstige ziekten zoals een hartaanval, beroerte, suikerziekte of dementie door gezond te eten. Gezond eetgedrag helpt u dus niet alleen om zich op korte termijn beter te voelen, maar ook om op lange termijn gezond te blijven!

2.4 Kenmerken van succesvolle Faith-Based Interventions

In deze paragraaf wordt ten eerste besproken wat kenmerken zijn van een FBI. Vervolgens wordt besproken wat het verband is tussen religieuze overtuiging en gezondheidsgerelateerd gedrag. Ten slotte wordt een theoretische onderbouwing gegeven van de relatie tussen gezondheidsvoorlichting, gedragsintentie en daadwerkelijk gedrag betreffende gezonde voeding.

Kenmerken van een FBI

Een FBI wordt volgens Onyishi en collega's (2021) gekenmerkt door 4 factoren: de kerk wordt gebruikt als plaats om deelnemers te werven, de interventie wordt uitgevoerd in een kerk, leden van de lokale kerk zijn betrokken bij het uitvoeren van de interventie en de gezondheidsboodschap van de interventie bevat spirituele elementen. Voorbeelden van spirituele elementen zijn gebeden, meditatie, verschillende varianten van vasten, het bestuderen van heilige geschriften en het uitvoeren van rituelen. Gebeden kunnen leiden tot een verandering in gedachten en zijn daarmee een geschikt middel voor het bereiken van cognitieve gedragsverandering. Voorbeelden van dit soort gedragsverandering zijn het volgen van een dieet, fysieke activiteit en emotieregulatie. FBI's kunnen tot beter zelf-management leiden door gezondheid en spiritualiteit te integreren (Onyishi et al., 2021).

Francis en Liverpool (2009) benoemen 5 kernaspecten van een FBI: (1) betrek de geloofsgemeenschap in alle aspecten van het onderzoeksproces. (2) Erken dat de beschikbare tijd van de religieuze leider van de gemeenschap beperkt is. (3) Integreer spirituele en religieuze overtuigingen in voorlichtingsboodschappen op een niet-oordelende manier en zorg dat er ruimte is voor flexibiliteit. (4) Zorg dat de boodschap past binnen de cultuur van de gemeenschap. (5) Creëer een gevoel van eigenaarschap bij de religieuze organisatie.

Het effect van religieuze overtuiging op gezondheidsgerelateerd gedrag

Religieuze overtuiging is geassocieerd met een gevoel van empowerment, controle over de eigen gezondheid en voor de meeste mensen met subjectief welbevinden (dit laatste geldt niet voor oudere en lesbische mensen). Religieuze overtuigingen en religieuze levensstijl kunnen gezondheidswinst opleveren doordat zij mensen helpen om schadelijke levensstijlen te veranderen. Dit is een argument om de religie van een patiënt te betrekken in de behandeling en om behandelaars te trainen wat betreft kennis en bewustzijn van culturele, religieuze en spirituele overtuigingen (Litalien et al., 2022). Paul Victor en Treschuk (2020) betogen zelfs dat een gebrek aan kennis betreffende holistische principes een barrière kan zijn voor succesvolle gezondheidszorg en pleiten ervoor dat zorgverleners de spirituele behoeftes van hun patiënten herkennen en erkennen. Een gezondheidsinterventie gericht op het bevorderen van zelf-management is effectiever als rekening wordt gehouden met de culturele en religieuze achtergrond van de deelnemers (Noordman et al., 2023).

Religie is geassocieerd met een positieve houding ten opzichte van het leven en van gebeurtenissen in iemands leven, geeft motivatie en energie, waardoor religie in verschillende onderzoeken geassocieerd is met betere klinische uitkomsten. Bij patiënten met diabetes is er een significant verband gevonden tussen spirituele en religieuze overtuigingen en kwaliteit van het dieet. Dit suggereert dat religie een verband heeft met eetgewoonten en ander gezondheidsgerelateerd gedrag (Onyishi et al., 2021). Een ander voorbeeld hiervan is rookgedrag: mensen die regelmatig religieuze diensten bijwonen roken minder vaak sigaretten dan mensen die nooit religieuze diensten bijwonen en dan mensen die atheïst zijn. Er is daarnaast een negatief verband gevonden tussen mate van religiositeit en de hoeveelheid sigaretten die iemand rookt (Junainah et al., 2021).

Het risico op hart- en vaatziekten kan verlaagd worden door gezondheidsvaardigheden en management van leefstijlfactoren te verbeteren. Religieuze geschriften hierbij kunnen helpen, aangezien die onderstrepen dat er een goddelijk plan bestaat voor goede gezondheid en een gezonde leefstijl, en dat mensen persoonlijk verantwoordelijk en capabel zijn om hun leefstijl aan te passen. Sanusi en collega's vonden dat de belangrijkste voorspellers voor een succesvolle gedragsverandering de religieuze factoren zijn die de kerken bijdragen: pastoraal leiderschap, gerichte voorlichting en trainingen gegeven door mensen van de kerkgemeenschap. Hoewel de

bijdragen van seculiere professionals, de wetenschap en overheidsinstellingen van vitaal belang zijn, worden de daadwerkelijke gedragsveranderingen direct bepaald door de aan religie gerelateerde factoren (Sanusi et al., 2023).

Uit onderzoek blijkt dat patiëntgeoriënteerde zorg leidt tot meer betrokkenheid van de patiënt en tot afgenomen risicogedrag, een verlaagd risico op ziekte en minder ernstige consequenties van ziekte (Isaac et al., 2016). Patiëntgeoriënteerde zorg houdt rekening met wie de patiënt is, wat hun culturele achtergrond is en wat hun spirituele of religieuze overtuiging is. Deze overtuiging beïnvloedt hun houding, gedrag en keuzes betreffende gezondheid. Spiritualiteit kan zowel bevorderend als belemmerend werken wat betreft gezondheidsgedrag: een fatalistische geloofsovertuiging waarin gezondheid door een hogere macht wordt bepaald en waarin de persoon zelf weinig tot geen invloed heeft op ziekte en gezondheid, kan leiden tot een passieve houding wat betreft preventie van ziekte. Aan de andere kant kan een zorgverlener die positieve spirituele coping skills verwerkt in hun communicatie patiënten motiveren om een actievare rol te kiezen. Positieve boodschappen betreffende gezondheid kunnen met spirituele of religieuze doctrines gecombineerd worden om verandering in voedingsgewoontes en compliantie te bevorderen (Isaac et al., 2016). Deze benadering is onderzocht voor patiënten die reeds gezondheidsproblemen ervaren, mogelijk is deze aanpak ook effectief voor cliënten die nog geen patiënt zijn, meer onderzoek hiernaar is nog nodig.

Door de persoonlijke normen, waarden en doelen van een patiënt in overweging te nemen, kan een persoonlijk plan worden opgesteld om voorgenomen gezondheidsgedrag daadwerkelijk uit te voeren. Hierdoor nemen gezondheidsvaardigheden en motivatie toe. Omdat het systeem van normen en waarden vaak verbonden is aan religie en spiritualiteit, kan een op religieuze waarden en op persoonlijke doelen gebaseerd psychologisch framework leiden tot effectieve gedragsverandering (Chew et al., 2018). Een interventie die is afgestemd op de culturele en religieuze achtergrond van de doelgroep heeft een grotere kans op succes (Suhaimi et al., 2022). Opvattingen met betrekking tot gezondheid komen vaak voort uit culturele en religieuze overtuigingen. De overtuiging dat zelf-management leidt tot verbetering van de gezondheid en kwaliteit van leven, bevordert compliance op de lange termijn (Noordman et al., 2023). Kerken zijn in de Verenigde Staten vaker betrokken geweest bij gezondheidsinterventies en zijn een belangrijke mogelijkheid om correcte informatie op een gevoelige en cultureel passende manier te verspreiden. Kerkelijke instellingen worden echter nog onvoldoende gebruikt als een manier om de volksgezondheid te bevorderen (Griffith & Jeager, 2020).

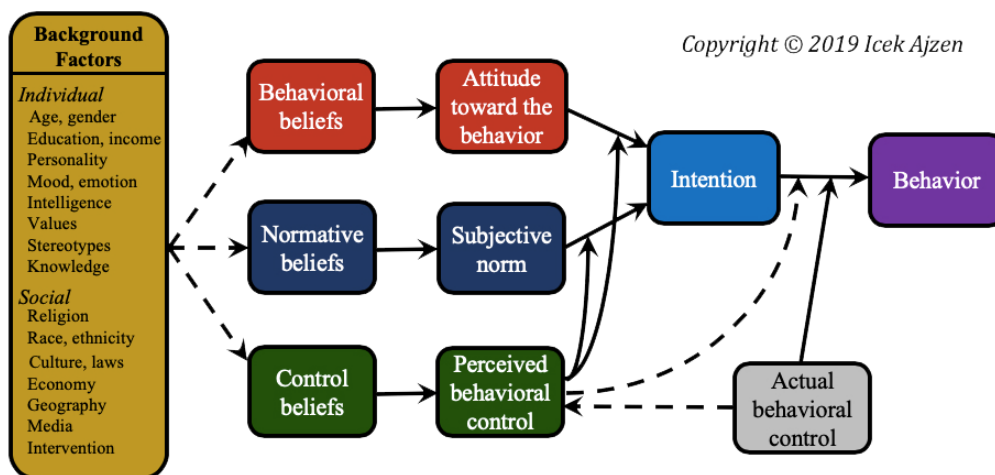
De lessen die geleerd zijn van deze literatuurstudie kunnen worden gebruikt voor het ontwikkelen van een interventie in Nederland. Hierbij kan met name gedacht worden aan gemeentes waar de kerk een centrale rol speelt en waar wantrouwen heerst tegenover informatie uit seculiere bronnen, zoals in sommige gemeentes in de Bible Belt het geval is. Helaas is er geen literatuur gevonden over eerdere FBI's in Nederland in de context van gezondheidsbevordering en bevatten de geraadpleegde wetenschappelijke artikelen geen concrete aanbevelingen of voorbeelden van gebruikte materialen en methodieken. Daarmee is er geen praktisch voorbeeld of beginpunt voor een in Nederland op te zetten FBI en zal materiaal vanaf het begin ontwikkeld moeten worden.

De relatie tussen gezondheidsvoorlichting, gedragsintentie en daadwerkelijk gedrag betreffende gezonde voeding

Gezondheidsbevorderende interventies kunnen in verschillende settings worden geïmplementeerd, waaronder op het werk, in gezondheidscentra, sportverenigingen en kerken. Het succes van zo'n interventie is groter als het wordt afgestemd op de culturele en sociaaleconomische achtergrond van de doelgroep. Een interventie baseren op bestaande theorieën en modellen kan bijdragen aan de effectiviteit en het succes van gezondheidsbevorderende interventies, zeker voor de preventie van overgewicht en obesitas (Suhaimi et al., 2022). Daarom wordt in deze paragraaf beschreven welke rol de TPB kan spelen bij het ontwikkelen van een FBI in Nederland.

Volgens de TPB (Ajzen, 1985; Ajzen, 2020) is gedragsintentie een voorspeller van daadwerkelijk gedrag. Gedragsintentie betreft het voornemen om een bepaald gedrag in de toekomst te zullen vertonen, bijvoorbeeld om morgen geen koekje bij de koffie te nemen of om volgende week een

abonnement op de sportschool af te sluiten. Attitude en subjectieve norm zijn determinanten van gedragsintentie. Om uiteindelijk gezondheidsgedrag te bevorderen, kan dus gestuurd worden op het veranderen van deze determinanten. Attitude betreft de subjectieve beoordeling van voor- en nadelen van het gedrag alsmede de gevolgen (uitkomsten) van het gedrag. Subjectieve norm betreft de overtuiging dat anderen het gedrag positief of negatief beoordelen en de motivatie om zich aan die veronderstelde normen te conformeren. De TPB wordt in de literatuur vaak schematisch weergegeven zoals in Figuur 2. De TPB geeft dus een raamwerk waarin wordt verklaard dat voorlichting gericht op het veranderen van attitude of subjectieve norm via een verandering van de gedragsintentie kan leiden tot gedragsverandering. Om daadwerkelijke gedragsverandering te meten, zijn meer tijd en financiële middelen nodig dan in het kader van deze scriptie beschikbaar zijn. Daarom wordt in deze scriptie alleen gedragsintentie middels een vragenlijst gemeten. De TPB geeft aan dat de gedragsintentie zoals gemeten kan worden in een vragenlijst een valide indicatie is voor daadwerkelijk gedrag (Ajzen, 2020; McEachan et al., 2011).



Figuur 2

Schematische weergave van de Theory of Planned Behavior (Ajzen, 1985). Bron: Ajzen (2019).

De TPB beschrijft gedragsintentie als noodzakelijke voorwaarde voor gedrag en dus ook voor gedragsverandering. Om gedragsverandering in gang te zetten en vol te houden, is motivatie nodig. Volgens de Self-Determination Theory van Ryan & Deci (2000, 2017) is een gevoel van autonomie of zelfdeterminatie nodig om motivatie te ervaren. Iemand kan zich aan een streng regime wat betreft dieet of beweging houden, als hun de gezondheidsvoordelen op lange termijn daarvan begrijpt en internaliseert, waardoor het gedrag autonoom wordt. Extrinsieke motivatie, het verlangen om aan druk of normen van buitenaf te voldoen, is minder autonoom en daarmee minder duurzaam. In een meta-analyse vonden Ntoumanis et al. (2020) dat interventies gericht op autonome motivatie een significant positieve impact hebben op gezondheidsgedrag en dat dit gedrag ook op de langere termijn blijft bestaan. Voor een religieus persoon voor wie het behagen van hun God al een geïntegreerd doel is, is het koppelen van gezonde eetgewoonten aan dit reeds bestaande doel waarschijnlijk makkelijker dan het maken van een nieuw doel. Dit impliceert dat een FBI niet alleen op de korte termijn effectiever kan zijn dan seculiere voorlichtingscampagnes, maar dat dit effect ook duurzaam van aard is.

De compliance voor gezondheidsinterventies is laag, onderzoek wijst uit dat de non-compliance tussen de 50% en 80% bedraagt (Herrema et al., 2018). Overtuiging (waaronder geloofsovertuiging), attitude, intentie en motivatie zijn voorspellers van voedingsinname, daarnaast speelt de culturele omgeving waarin men opgegroeid is een rol in de sociale normen betreffende voeding en de intentie om een gezonder voedingspatroon te volgen (Veltkamp et al., 2020). Sociale druk kan een motiverende of belemmerende rol spelen bij het maken van voedingskeuzes. Een nudge in de vorm van “de meeste mensen kiezen deze optie” kan mensen motiveren om een gezonde keuze te maken (Venema et al., 2020). In de context van een FBI kan dit bijvoorbeeld gebruikt worden door het aanbieden van stellingen zoals “de meeste christenen hebben geen overgewicht” of “de meeste katholieken eten meer dan 250 gram groenten per dag”.

3. Methoden van onderzoek

In dit hoofdstuk wordt toegelicht op welke wijze het literatuuronderzoek uit hoofdstuk 2 tot stand is gekomen. Vervolgens wordt aangegeven hoe de in hoofdstuk 4 beschreven delen van het praktijkonderzoek zijn opgezet. Dit betreft achtereenvolgens de interviews met experts, het vooronderzoek en de opbouw van de in het experiment gebruikte vragenlijst. Het hoofdstuk sluit af met een gedetailleerde beschrijving van de steekproef en de variabelen in het experiment. Deze scriptie maakt gebruik van een mixed-method-onderzoek: allereerst is de theorie bestudeerd middels een literatuuronderzoek, vervolgens is kwalitatief exploratief onderzoek uitgevoerd middels interviews met experts en ten slotte is toetsend kwantitatief uitgevoerd middels een experiment en bijbehorende statistische analyse (Van der Velde et al., 2016). De interviews zijn gebruikt om te verkennen in hoeverre de in de internationale literatuur gevonden theorieën en benaderingen zich laten vertalen naar de Nederlandse praktijk en ter onderbouwing van de in het experiment gebruikte stimuli.

3.1 Literatuuronderzoek

In het eerste deel van het literatuuronderzoek wordt antwoord gegeven op deelvraag 1: welke argumenten zijn er om gezonde voedingsgewoonten na te streven, gebaseerd op respectievelijk: christelijke religieuze overtuiging zoals blijkt uit Bijbelteksten en christelijke traditie; seculiere ethische argumenten van klassieke en hedendaagse filosofen; de medische wetenschap? Dit wordt uitgewerkt in de paragrafen 3.1.1 tot en met 3.1.3. In paragraaf 3.1.4 wordt besproken hoe het literatuuronderzoek is uitgevoerd om antwoord te geven op deelvraag 2: wat is volgens de wetenschappelijke literatuur de relatie tussen gezondheidsvoorlichting, gedragsintentie en daadwerkelijk gedrag betreffende gezonde voeding en welke elementen zijn volgens de wetenschappelijke literatuur een noodzakelijk onderdeel van een succesvolle FBI?

3.1.1 Christelijk religieuze argumenten om gezonde voedingsgewoonten na te streven

In hoofdstuk 2.1 is een selectie gegeven van argumenten die in de Bijbel genoemd worden om gezonde voeding na te streven. Dit literatuuronderzoek beoogt niet uitputtend te zijn: het doel van deze scriptie is immers niet om een theologische analyse te maken, maar om een motiverende boodschap te formuleren die christenen zou kunnen motiveren tot gedragsverandering betreffende gezonde voeding. Daarom wordt niet in wetenschappelijke databases gezocht, maar met Google, zodat er een overzicht gemaakt kan worden van Bijbelteksten die door de doelgroep zelf geciteerd worden.

Zoekstrategie

Er is met Google gezocht naar wat er in de Bijbel (zowel het Oude Testament als het Nieuwe Testament) wordt gezegd of wat er aan God of Jezus wordt toegeschreven betreffende gezondheid, voeding en lichaamsgewicht. Dit is gedaan op 8 augustus 2023 met als zoekstring ((Bible OR God OR Jesus OR Testament) AND (health OR diet OR food OR nutrition OR weight)). Dit resulteerde in 2,7 miljard websites, waarvan een selectie is gemaakt van de hoogst scorende websites. Sommige van de gevonden websites geven alleen een overzicht van Bijbelverzen, andere geven ook een interpretatie of toelichting hierbij. Er is gestopt met het bekijken van nieuwe websites nadat verzadiging optrad: de nieuw bekeken websites bevatten geen informatie of Bijbelverzen meer die nog niet eerder waren gevonden (Baarda, 2019).

3.1.2 Seculier ethische argumenten om gezonde voedingsgewoonten na te streven

In een gesprek met filosofiestudent Daniel Saric is een overzicht gemaakt van relevante klassieke en hedendaagse filosofen die uitspraken hebben gedaan over voeding en gezondheid in de context van ethiek. Hierna is via de sneeuwbalmethode verder gezocht via Google en Google Scholar. Er is met name gebruik gemaakt van de referenties in verschillende publicaties van professor Korthals om aanvullende bronnen te verzamelen.

3.1.3 Medische argumenten om gezonde voedingsgewoonten na te streven

Er is een literatuurstudie uitgevoerd om antwoord te geven op de vraag: wat zijn de gezondheidsvoordelen van gezonde voedingsgewoonten en wat zijn de risico's van ongezonde voedingsgewoonten voor volwassenen? Hiervoor is een PICO opgesteld, waarbij de Patients volwassenen zijn, de Intervention betreft gezonde voeding, de Comparison is voeding in het algemeen en de Outcome zijn gezondheidsvoordelen en gezondheidsrisico's. Daarvoor is met Google Scholar gezocht naar reviews vanaf 2018 met de zoekstring (health AND (benefits OR risks OR (adverse outcome))) AND (diet OR nutrition OR food OR (eating habits) OR (dietary pattern)) AND adults).

3.1.4 Op geloofsovertuiging gebaseerde gezondheidsinterventies

Middels een literatuurstudie wordt antwoord gegeven op deelvraag 2: wat is volgens de wetenschappelijke literatuur de relatie tussen gezondheidsvoorlichting, gedragsintentie en daadwerkelijk gedrag betreffende gezonde voeding en welke elementen zijn volgens de wetenschappelijke literatuur een noodzakelijk onderdeel van een succesvolle FBI? Op basis van deze onderzoeksvraag is met Google Scholar gezocht naar literatuur vanaf 2018 (maximaal 5 jaar oud ten tijde van het literatuuronderzoek) met de volgende zoekstring, waarbij in eerste instantie is gefilterd op reviews en later ook andere publicaties zijn bestudeerd:

((religious beliefs) OR (religion) OR (faith) OR (christian) OR (faith-based intervention)) AND ((intervention) OR (education) OR (prevention)) AND ((behavior) OR (behaviour) OR (intention)) AND ((diet) OR (nutrition) OR (health))

3.2 Praktijkonderzoek

Na het literatuuronderzoek is een praktijkonderzoek uitgevoerd, dat bestaat uit 3 delen. Ten eerste zijn er interviews met experts uitgevoerd ter verdieping van het literatuuronderzoek (paragraaf 3.2.1). Daarna is er een vooronderzoek gedaan om de geformuleerde stimuli te toetsen en waar nodig te verbeteren (paragraaf 3.2.2). Ten slotte is een experiment uitgevoerd (paragraaf 3.2.3) waarvan de resultaten statistisch zijn geanalyseerd.

3.2.1 Interviews

Om een betere brug te kunnen slaan tussen theorie en praktijk, is ter aanvulling op en verdieping van het literatuuronderzoek als **methode van onderzoek** gekozen om interviews te houden met experts. Voor religieuze leiders is het dagelijkse kost om de teksten uit hun heilige boek te vertalen naar een boodschap die hun volgelingen aanspreekt, het zou een gemiste kans zijn om niet van hun kennis en kunde gebruik te maken. Op basis van het literatuuronderzoek waren er nog meerdere openstaande vragen. Als **meetinstrument** is in een discussie met begeleider Nina Komrij een overzicht opgesteld van vragen die nuttig zouden zijn om te bespreken met de experts. Deze vragen (zie Appendix B) hebben de basis gevormd voor semigestructureerde interviews. In later gevoerde interviews zijn afdoende beantwoorde vragen niet herhaald, maar is afhankelijk van de specifieke expertise van de geïnterviewde dieper ingegaan op bepaalde aspecten van het interviewsript. Voor het selecteren van een **steekproef** van experts ($n = 5$) is een pragmatische insteek gekozen, aangezien de **populatie** van religieuze, ethische en medische experts groot en niet duidelijk afgebakend is.

Aangezien de twee grootste christelijke stromingen in Nederland achtereenvolgens het rooms-katholicisme en de Protestantse Kerk zijn (Schmeets & Houben, 2023), zijn van beide stromingen een vertegenwoordiger gevraagd voor een interview. Hiervoor is per e-mail contact gezocht met de voor de scriptant dichtstbijzijnde kerken, wat heeft geleid tot gesprekken met een Rooms-Katholieke pastor, een protestantse predikant. Bovendien is contact gezocht met een sleutelfiguur binnen de Nederlandse Baptistengemeenten.

Uit het literatuuronderzoek naar seculier ethische argumenten bleek dat Nederland verschillende experts kent op het gebied van ethiek en voeding. Via LinkedIn is met enkelen van hen contact gezocht, waarop een hoogleraar en een promovendus bereid waren om een interview te geven.

Huisartsen en diëtisten spelen een belangrijke rol in preventie, voorlichting en behandeling van een ongezonde leefstijl en eventueel daaruit voortvloeiende gezondheidsproblemen, daarmee was de keuze voor een huisarts als expert op medisch gebied en een diëtist als expert op paramedisch gebied voor de hand liggend. De scriptant heeft in zijn directe kennissenkring een huisarts en een diëtist bereid gevonden om mee te werken aan een interview.

Tijdens de interviews met de drie religieuze leiders, de hoogleraar ethiek en de huisarts is geen geluidsopname gemaakt om het gesprek open en laagdrempelig te houden, in plaats daarvan zijn aantekeningen gemaakt die direct na het interview zijn uitgewerkt. De gesprekken zijn zo natuurlijk en leesbaar mogelijk weergegeven. Voor elk interview geldt dat na afloop het transcript aan de betreffende expert is voorgelegd ter verbetering en aanvulling; in alle gevallen werd feedback ontvangen en verwerkt, waarna de definitieve versie door de expert werd goedgekeurd. De informatie van de interviews is niet verder gecodeerd, noch is een systematische **analyse** uitgevoerd, aangezien de interviews onderling zeer verschillend waren en de opgedane kwalitatieve inzichten in tekstvorm zijn verwerkt in hoofdstuk 4, resulterend in verbeterde versies van de betreffende stimuli.

3.2.2 Vooronderzoek

Op basis van het literatuuronderzoek en de interviews met experts zijn drie stimuli geformuleerd: een motiverende tekst om aan te zetten tot gedragsverandering wat betreft gezonde voeding, gebaseerd op respectievelijk christelijke, seculier ethische en medische argumenten (zie Appendix C). Om de kwaliteit hiervan te toetsen en waar mogelijk te verbeteren, zijn in een vooronderzoek aan elke respondent alle drie de stimuli voorgelegd. Als **methode van onderzoek** is als **meetinstrument** gekozen voor een vragenlijst met gesloten en open vragen. De gesloten vragen zijn kwantitatief en daarmee toetsend van aard, aangezien onderzocht wordt of de stimuli voldoende onderscheidend respectievelijk vergelijkbaar zijn. De open vragen zijn kwalitatief en daarmee exploratief van aard, aangezien onderzocht wordt welke aspecten van de stimuli behouden kunnen worden en welke aangepast of verwijderd moeten worden (Van der Velde et al., 2016).

Opzet van de kwantitatieve analyse

Na het lezen van elke stimulus werd de respondent gevraagd om op een 5-punts Likert-schaal aan te geven in hoeverre hun het eens is met de drie stellingen: *deze tekst is gebaseerd op religieuze/ethische/medische argumenten*, om te onderzoeken of de stimuli onderling voldoende onderscheidend zijn op deze drie aspecten. Dit is relevant voor het experiment, omdat het de intentie is dat elke stimulus duidelijk één insteek representeert en niet te veel op de andere stimuli lijkt.

Vervolgens werd de respondent gevraagd om op een 5-punts Likert-schaal aan te geven in hoeverre hun het eens is met de drie stellingen: *deze tekst is duidelijk/geloofwaardig/acceptabel*, om te onderzoeken of de stimuli onderling voldoende vergelijkbaar zijn op deze drie aspecten. Dit is relevant om te onderzoeken, omdat dit een noodzakelijke voorwaarde is om de drie aspecten eerlijk met elkaar te kunnen vergelijken. Als blijkt dat bijvoorbeeld de religieuze tekst significant duidelijker en significant minder geloofwaardig zou zijn dan de ethische tekst en er wordt een verschil in gedragsintentie gevonden tussen de respondenten die de religieuze respectievelijk ethische tekst hebben gezien, dan zou het niet duidelijk zijn of dit verschil komt door de insteek van de tekst of door de duidelijkheid en geloofwaardigheid ervan.

Om te toetsen of de stimuli significant onderscheidend zijn wat betreft basis van de argumenten en of zij niet significant van elkaar verschillen wat betreft duidelijkheid, geloofwaardigheid en mate waarin de stimulus acceptabel is, is telkens een Repeated-Measures ANOVA uitgevoerd. Er is voor deze analysetechniek gekozen omdat de onafhankelijke variabele nominaal is (er zijn namelijk 3 verschillende stimuli), elke respondent aan alle 3 de stimuli werd blootgesteld, en de afhankelijke variabelen gemeten zijn op Likert-schalen, die worden verondersteld een meting te doen op een onderliggende continue schaal.

Voor een Repeated-Measures ANOVA met 1 groep, 3 metingen, grote effect size $f^2 = .4$, $\alpha = .10$ en power = .8 volstaat volgens G*Power (HHU, versie 3.1.9.7) een sample size van $n = 10$ (Faul et al., 2009). Hoewel een steekproef van 10 respondenten een voldoende groot onderscheidingsvermogen geeft, is de generaliseerbaarheid van de resultaten gebaseerd op zo'n kleine steekproef beperkt.

De data zijn verzameld middels een vragenlijst in Qualtrics en geanalyseerd met SPSS (IBM, versie 29.0). Voor dit vooronderzoek is een **steekproef** van $n = 11$ respondenten geworven in de directe kennissenkring van de scriptant. De respondenten zijn mannen en vrouwen in de leeftijd van 26 tot en met 63 jaar oud, identificeren zich als katholiek, protestants of gereformeerd, hebben geen ondergewicht of overgewicht. Van de respondenten zijn twee student Voeding en Diëtetiek. De respondenten in de steekproef zijn dus geenszins aselect gekozen noch representatief voor de **populatie** van volwassen christelijke Nederlanders.

Resultaten van de kwantitatieve analyse

Zoals in Tabel 1 is te zien aan de F-tests, is er een significant verschil tussen de drie stimuli in de mate waarin zij volgens de respondenten gebaseerd zijn op de drie verschillende argumenten. Omdat een significante F-test alleen aangeeft dat de gemiddelden in de drie condities niet allemaal aan elkaar gelijk zijn, maar niet aangeeft welke condities dan significant van elkaar verschillen, worden daarna paarsgewijze vergelijkingen met Bonferroni-correctie uitgevoerd (Field, 2017). Deze laten zien dat de drie stimuli duidelijk verschillen wat betreft de mate waarin zij zijn gebaseerd op religieuze argumenten, maar respondenten vinden een medische component in de ethische boodschap en een ethische component in de religieuze boodschap. Dit geeft aan dat volgens de respondenten de religieuze tekst een net zo grote ethische component bevat als de seculier ethische tekst. Het formuleren van drie stimuli die exclusief één aspect van een voorlichtingsboodschap benadrukken, is dus niet volledig geslaagd.

De drie stimuli zijn vergelijkbaar wat betreft duidelijkheid, maar de religieuze tekst is significant minder geloofwaardig. Dit komt door twee respondenten die het *helemaal oneens* zijn met de stelling dat de religieuze tekst geloofwaardig is, als deze twee respondenten van de analyse worden uitgesloten is het verschil niet meer significant ($F(2,16) = 2.37$, $p = .126$). De medische tekst wordt als meer acceptabel beschouwd dan de andere teksten. Het is niet duidelijk of dit komt door de exacte inhoud en formulering van deze teksten, of dat het geven van medische informatie sowieso als meer acceptabel wordt gezien dan het geven van ethische of religieuze argumenten. In het eerste geval zou een herschrijven van de teksten ertoe kunnen leiden dat alle teksten even acceptabel gevonden worden, in het laatste geval is dit verschil een intrinsieke eigenschap van de soort tekst.

De implicatie hiervan is dat het effect van de religieuze tekst op gedragsintentie mogelijk geremd wordt doordat de tekst als relatief ongeloofwaardig en onacceptabel wordt beschouwd. Echter, voor mensen voor wie de religieuze tekst acceptabel en geloofwaardig is, kan deze motiverend werken. Dat de voorlichtingsboodschap niet bij iedereen even goed aanslaat, is geen belemmering: het is bijvoorbeeld al bij voorbaat onaannemelijk dat deze boodschap aan zou slaan bij mensen die zich niet als christen identificeren. Als de boodschap in vergelijking met andere voorlichtingsboodschappen motiverend werkt voor mensen die zich als christen identificeren en die deze boodschap geloofwaardig en acceptabel vinden, dan is de potentiële doelgroep weliswaar kleiner dan oorspronkelijk beoogd, maar kan een voorlichting gebaseerd op christelijke religieuze overtuiging voor deze doelgroep nog steeds effectief zijn.

Tabel 1

Gemiddelden, standaarddeviaties en Repeated-Measures ANOVA van de waardering van de voorlichtingsboodschappen.

Deze tekst is:	Religieus		Ethisch		Medisch		F(2,20)	η^2
	M	SD	M	SD	M	SD		
Gebaseerd op religieuze argumenten	4.82	0.41	1.64	1.21	1.09	0.30	65.96***	.87
Gebaseerd op ethische argumenten	3.00	1.34	4.18	1.40	1.55	0.69	13.56***	.58
Gebaseerd op medische argumenten	1.73	1.42	3.27	1.10	4.73	0.47	24.17***	.71
Duidelijk	4.18	0.87	4.18	0.87	4.09	0.83	0.31	.03
Geloofwaardig	3.18	1.33	3.82	1.08	4.36	0.51	5.14*	.34
Acceptabel	3.64	1.12	3.00	1.34	4.45	0.52	7.48**	.43

Noot: antwoorden zijn gemeten op een 5-punts Likert-schaal, waarbij 1 = geheel oneens en 5 = geheel eens.

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

Kwalitatieve analyse

Voor elke tekst zijn, na het beantwoorden van de zes gesloten vragen, nog drie open vragen gesteld: *wat spreekt jou het meest aan in deze tekst?*, *wat spreekt jou het minst aan in deze tekst?*, en *wat zou jij willen veranderen, weglaten of toevoegen aan deze tekst om deze overtuigender en aansprekender te maken?* Er is een overzicht gemaakt van de gegeven antwoorden, waarbij vergelijkbare antwoorden samengenomen zijn. De ontvangen feedback is waar mogelijk vertaald naar een aanpassing van de stimuli.

In de religieuze tekst waren de aansprekende elementen de relatie met God ($n=2$), het eren van God door voor je lichaam te zorgen ($n=2$) en de steun die ervaren wordt door de Heilige Geest ($n=1$). Er is veel wat de respondenten niet aanspreekt in deze tekst. Drie respondenten geven aan dat het religieuze karakter van de tekst hen niet beviel: *dat de tekst puur gebaseerd is op religieuze argumenten. Deze argumenten kunnen zeer effectief zijn voor (streng) gelovige mensen, maar voor mensen die niet gelovig zijn blijft de overtuigingskracht van deze tekst uit.* Twee respondenten hebben bezwaar tegen de verbinding van religie en voeding: *te kort door de bocht, veel te gemakkelijk om snacks en ongezonde voeding onderdeel te maken van het geloof en dat mijn eetgedrag als iets zondigs kan worden gezien.* Verder gaven twee respondenten expliciet aan dat de openingszin *jouw relatie met God kan bemoeilijkt worden als je wordt afgeleid door lichamelijke ongemakken* hen niet aansprak. Er zijn zeer tegenstrijdige meningen over hoe gepast het is om de Bijbel te gebruiken om voedingsadvies te geven. Een bezwaar dat ook al door predikant De Vries werd genoemd: *de Bijbel is geen receptenboek waarin je even kunt kijken wat je nodig hebt voor een specifieke situatie waar je nu tegenaan loopt. Het is ook belangrijk om te kijken naar de context waarin dit wordt verteld.*

De ethische tekst werd niet erg positief beoordeeld; in vergelijking met de andere twee stimuli ontving deze tekst meer en langere beschrijvingen van wat de respondenten niet aansprak in de tekst. De *belerende* en *collectivistische* toon van de tekst sprak twee respondenten niet aan. Ook de juistheid van de aangedragen ethische argumenten werd betwijfeld: *dat het Nederlands zorgstelsel onder druk*

staat komt niet door mijn eetgedrag. De vergrijzing is het grootste probleem en daar zou de overheid meer aan moeten doen. De voornaamste feedback op de medische tekst is dat deze erg algemeen van aard is ($n=3$), onvoldoende concrete adviezen bevat ($n=3$) en niet interactief is ($n=2$).

Conclusie

De conclusie van dit vooronderzoek is dus dat de respondenten het met de medisch experts eens zijn dat een algemene, onpersoonlijke boodschap niet de meest aansprekende vorm van voorlichting is; echter, binnen de kaders van een scriptie is het niet mogelijk om een andere vorm van voorlichting te onderzoeken. De inzetbaarheid van een op christelijke religie gebaseerde voorlichting is beperkt, maar dit is een limitatie die ingecalculeerd en acceptabel is. De openingszin van de religieuze tekst staat meerdere respondenten expliciet tegen, deze wordt dus verwijderd. De ethische tekst heeft volgens meerdere respondenten een belerende toon die hen niet aanspreekt, de tekst wordt dus herschreven om deze minder belerend te maken en een positievere insteek te geven. De medische boodschap is onderling gelaten, aangezien de ontvangen feedback geen concrete aanwijzingen gaf hoe een statische boodschap aansprekender gemaakt kan worden. De uiteindelijke voorlichtingsboodschappen zoals weergegeven in Appendix C zijn gebruikt in het onderzoek zoals in hoofdstuk 4.4 wordt beschreven.

3.2.3 Experiment

Door praktijkonderzoek wordt antwoord gegeven op deelvragen 3 en 4: in welke mate kan, in een onder Nederlandse christenen uitgevoerd experiment, een op christelijke religieuze overtuiging gebaseerde voorlichting, in vergelijking met een op seculiere ethiek of op medische argumenten gebaseerde voorlichting, leiden tot een hogere mate van gedragsintentie betreffende het maken van gezondere keuzes op het gebied van voeding? Is het effect van een op christelijke religieuze overtuiging gebaseerde voorlichting op de mate van gedragsintentie betreffende het maken van gezondere keuzes op het gebied van voeding, sterker bij mensen voor wie religie een centralere rol in hun leven speelt? De methode van onderzoek is een experiment in de vorm van een vragenlijst. De in het voorgaande deel van de scriptie geformuleerde en in het vooronderzoek verfijnde teksten worden hierin als stimuli gebruikt. In het experiment wordt elke respondent willekeurig toegewezen aan een van de drie condities, waarbij in elke conditie de respondent aan een specifieke stimulus (christelijk religieuze, seculier ethische of medische voorlichtingsboodschap) wordt blootgesteld.

Er is gekozen voor een experiment in de vorm van een online vragenlijst omdat dit soort onderzoek praktisch, efficiënt en goedkoop uit te voeren is binnen de beschikbare tijd voor deze scriptie. Het gebruik van experimenten in de vorm van een online vragenlijst is zeer gangbaar voor scripties. Dit soort experimenten wordt veel gebruikt in de sociale wetenschappen en wordt ook steeds meer gebruikt in de religiewetenschappen. Zij stellen de onderzoeker in staat om causale verbanden te onderzoeken en om te generaliseren naar een bredere populatie (Schnabel, 2021).

3.2.3.1 Opzet en inhoud van de vragenlijst

De **doelpopulatie** bestaat uit volwassen Nederlanders die zich als christen identificeren, met uitzondering van leden van het Kerkgenootschap der Zevende-dags Adventisten. De **steekproef** wordt gedaan op basis van convenience sampling: de vragenlijst wordt via e-mail en WhatsApp verspreid onder christelijke kennissen van de auteur en hun kerkelijke gemeentes. Ook zullen via verschillende kerken, christelijke scholen en christelijke studentenverenigingen respondenten geworven worden. Voor een beoogde power van .95 bij een significantieniveau van $\alpha = .05$ en een middelgrote effect size van $f^2 = .15$ in een hiërarchische multiple lineaire regressie analyse met 6 covariaten waarvan 1 bestaat uit 3 levels, 1 onafhankelijke variabele bestaande uit 3 levels en 1 moderator is bij toetsen op een toename van R^2 volgens G*Power (HHU, versie 3.1.9.7) een minimale steekproefomvang van $n = 107$ benodigd, voor een power van .8 volstaat een steekproefomvang van $n = 68$ (Faul et al., 2009). Dit houdt in dat als er in de populatie daadwerkelijk een middelgroot effect bestaat, een steekproef van 107 respondenten een kans van ten minste 95% geeft om dit effect in het onderzoek statistisch te kunnen aantonen.

De vragenlijst is opgezet conform de Tailored Design Method (Dillman et al., 2014): deze begint met heldere informatie over de inhoud en het doel van het onderzoek. Er wordt vermeld dat alle gegevens vertrouwelijk zullen worden behandeld, anoniem worden verwerkt en uitsluitend voor studiedoelinden zullen worden gebruikt. Om de response rate te vergroten en de deelnemers te belonen voor hun tijd en moeite van deelname aan de vragenlijst, worden onder de respondenten drie boekenbonnen van €20 verloot en wordt hen de mogelijkheid geboden om na afloop van het onderzoek een overzicht van de resultaten te ontvangen. Door het gebruik van gevalideerde **meetinstrumenten** uit de wetenschappelijke literatuur worden de **betrouwbaarheid** en **validiteit** gewaarborgd.

Er wordt alleen gebruik gemaakt van een *forced response* (verplicht antwoord) waar absoluut noodzakelijk, omdat verplichte antwoorden respondenten kunnen irriteren wat leidt tot een hogere mate van voortijdige uitval (Dillman et al., 2014) en om nonresponse error niet onnodig te vergroten (Albaum et al., 2014). Verplichte antwoorden zijn slechts vereist voor drie vragen: ten eerste de *informed consent*, omdat anders de verkregen gegevens niet gebruikt mogen worden en dus nutteloos zijn. Ten tweede de vraag betreffende religieuze affiliatie, aangezien de doelgroep van deze vragenlijst uitsluitend mensen betreft die zich als christen identificeren. Ten slotte de attentiecheck, zodat de respondent niet onbewust door het scherm met de stimulus heen kan klikken zonder deze te lezen.

De vragenlijst begint met de vraag naar religieuze affiliatie volgens de formulering en met de antwoordmogelijkheden van Schmeets en Houben (2023) maar met toevoeging van de optie *Kerkgenootschap der Zevende-dags Adventisten*.

De respondent wordt gevraagd in welke mate hun het eigen eetgedrag gezond vindt. Dit wordt gedaan door de respondent zichzelf een rapportcijfer te laten geven (Flycatcher Internet Research, 2017: p. 6). Daarna wordt de respondent gevraagd zelf een of meerdere mogelijke veranderingen in het eigen voedingspatroon te benoemen, aangezien er geen standaard doel te benoemen valt dat voor iedere respondent acceptabel, realistisch of wenselijk is. Open vragen kosten meer tijd en energie om te beantwoorden dan gesloten vragen en kunnen er toe leiden dat respondenten voortijdig hun deelname aan de vragenlijst staken (Dillman et al., 2014). Daarom wordt gebruik gemaakt van de in opdracht van het Voedingscentrum ontwikkelde checklist, die veelvoorkomende verbeteringen weergeeft. Voorbeelden van deze verbeteringen zijn meer fruit eten, minder snoepen en kleinere porties eten (Flycatcher Internet Research, 2017: p. 7).

Deze vragen worden gesteld om de respondent te helpen zich bewust te worden van het huidige eetgedrag en de mogelijke verandering van het eetgedrag zo specifiek en SMART als mogelijk te maken. Wanneer later in de vragenlijst gevraagd wordt hoe waarschijnlijk het is dat de respondent hun voedingsgedrag zal aanpassen, is deze meting betrouwbaarder als het beoogde gedrag duidelijk geformuleerd is. Aan de andere kant is het onwenselijk om bias te creëren door voorafgaand aan het tonen van de stimulus en het meten van de gedragsintentie vragen te stellen betreffende bijvoorbeeld het gewicht en de attitude ten opzichte van gezonde voeding.

De respondent wordt vervolgens willekeurig blootgesteld aan een van de drie stimuli: een voorlichtingsboodschap gebaseerd op christelijke religie respectievelijk seculiere ethiek respectievelijk medische argumenten. Hoewel een christelijke boodschap misschien overtuigender overkomt wanneer deze wordt uitgesproken door een religieus leider en een medische boodschap mogelijk overtuigender is wanneer deze afkomstig is van een arts, is er voor gekozen in dit onderzoek elke boodschap te introduceren met de tekst: *stelt u zich voor dat een goede vriend(in) het volgende tegen u zegt*. Op deze manier wordt in het experiment alleen de inhoud van de boodschap gemanipuleerd en wordt geen vertekening veroorzaakt door de bringer van de boodschap en eventuele associaties die de respondent met hen heeft. Het nadeel van deze aanpak is dat het daadwerkelijke effect van de boodschap zoals die in een realistische setting zou worden geuit, in dit onderzoek waarschijnlijk wordt onderschat.

Om de respondent te dwingen actief de stimulus te verwerken, wordt aan de respondent gevraagd welk argument uit de zojuist gelezen tekst hen het meest aanspreekt. Deze vraag fungeert tevens als attentiecheck. Als de respondent hier niets invult of een antwoord invult dat niets te maken heeft met de zojuist gelezen tekst, wordt de respondent van verdere analyse uitgesloten.

In de eerste (als onvoldoende beoordeelde) versie van het Plan van Aanpak was een manipulatiecheck opgenomen: *om de respondent te dwingen actief de stimulus te verwerken en om te checken of de manipulatie geslaagd is, wordt aan de respondent gevraagd of de zojuist gelezen tekst voornamelijk religieus, filosofisch of medisch van aard is. Respondenten die deze vraag verkeerd beantwoorden, worden van verdere analyse uitgesloten.* De feedback van mevrouw Odette Bruls (persoonlijke communicatie, 8 september 2023) luidde onder andere "manipulatiecheck lijkt verward te worden met attentiecheck". Op basis hiervan is de formulering aangepast en is de huidige versie van de vragenlijst goedgekeurd, waarin deze vraag is benoemd als attentiecheck. Achteraf gezien had de feedback beter op een andere manier verwerkt kunnen worden, een expliciete manipulatiecheck had een onderdeel moeten zijn van de vragenlijst. Dit is dus een omissie in het onderzoek.

Aansluitend wordt de gedragsintentie gemeten met 3 items op een 5-punts Likert-schaal met een in eerdere onderzoeken waargenomen zeer hoge betrouwbaarheid, Cronbach's Alpha bedraagt .90-.93 (Wang et al., 2020; Wolstenholme et al., 2021). Deze items luiden respectievelijk: ik wil deze verandering uitvoeren; ik zal moeite doen om deze verandering uit te voeren; ik ben van plan deze verandering uit te voeren. Vervolgens wordt de attitude ten opzichte van gezonde voeding gemeten volgens de 8 items van de Attitude towards Healthy Eating schaal van Cheng et al. (2019), waarvan de Cronbach's Alpha .80 bedraagt. Voorbeelden van deze items zijn: voor mij is gezond eten nuttig/nutteloos, gunstig/schadelijk en bevredigend/onbevredigend. Daarna wordt de mate van religiositeit gemeten met de 5 items van de CRS-5 (Huber & Huber, 2012), met een hoge betrouwbaarheid zoals blijkt uit de Cronbach's Alpha van .85. Voorbeelden van de items van de CRS-5 zijn: in welke mate gelooft u dat God of een hogere macht bestaat? Hoe vaak bidt u? Hoe vaak ervaart u situaties waarbij u het gevoel heeft dat God of een hogere macht zich in uw leven inmengt?

Ten slotte worden de demografische factoren uitgevraagd: gender, leeftijd, lengte en gewicht (zodat later de BMI berekend kan worden), opleidingsniveau conform de indeling van het CBS in laag/middelbaar/hog (Pleijers & De Vries, 2021). Hoewel bekend is dat zelf-gerapporteerde lengte vaak groter is dan werkelijke lengte en zelf-gerapporteerd gewicht lager is dan het werkelijke gewicht, zijn de absolute verschillen klein. De BMI die wordt berekend op basis van deze gegevens is dus een lichte onderschatting van de werkelijke BMI, maar is nog steeds voldoende accuraat en betrouwbaar (Hodge et al., 2020).

Ajzen (2019) en Grzymisławska et al. (2020) noemen als persoonlijke factoren die invloed kunnen hebben op de gedragsintentie onder andere leeftijd, geslacht, opleidingsniveau en inkomen. Deze factoren zijn eenvoudig te meten in een online vragenlijst. De door Ajzen genoemde factoren emotionele stemming, intelligentie, waarden, stereotypes en kennis zijn niet eenvoudig te meten in de context van deze scriptie en worden in dit onderzoek buiten beschouwing gelaten.

Hoewel BMI door Ajzen niet wordt genoemd als covariaat voor gedragsintentie, wordt BMI gemeten in veel onderzoeken naar interventies op het gebied van gezondheid. De huidige BMI lijkt geen significante voorspeller te zijn voor de effectiviteit van een interventie gericht op gewichtsreductie (Barte et al., 2014; Bauer et al., 2020; Woźniak et al., 2022). In deze scriptie is de uitkomstmaat gedragsintentie voor het gezonder maken van het voedingspatroon, wat kan bijdragen aan gewichtsreductie maar wat een breder en algemener doel betreft. Er is onvoldoende bekend over de eventuele associatie tussen BMI en deze uitkomstmaat. Daarom wordt BMI als covariaat opgenomen in het model.

Het voor dit onderzoek uitgevoerde experiment beoogt te onderzoeken of er een causaal verband bestaat tussen de aard van de getoonde voorlichtingsboodschap en de gedragsintentie betreffende gezonde voeding. Om causaliteit aan te kunnen tonen, moeten controlevariabelen worden opgenomen om alternatieve verklaringen uit te sluiten. Veel onderzoekers zijn van mening dat het niet opnemen van relevante controlevariabelen kan leiden tot *omitted variable bias*, wat een grotere kans zou geven op vals positieve resultaten (Li, 2021). Omdat gender, leeftijd, opleidingsniveau, BMI, attitude betreffende gezonde voeding en beoordeling van het eigen eetgedrag de gedragsintentie zouden kunnen beïnvloeden, worden deze variabelen als controlevariabele opgenomen in de regressieanalyse en worden zij dus uitgevraagd in de vragenlijst. Dit verhoogt de interne validiteit van het onderzoek.

De vragenlijst wordt afgesloten met een open tekstveld waarin de respondent vragen en commentaar kan achterlaten. Als hun kans wil maken op een van de boekenbonnen en/of informatie over de resultaten wil ontvangen, kan hun een link openen naar een Google Form en daar een e-mail adres achterlaten. Deze adressen kunnen niet worden gekoppeld aan de antwoorden in de vragenlijst en worden niet gedeeld met de opdrachtgever of het opleidingsinstituut.

Een verdere uitwerking en onderbouwing van de gehanteerde operationalisaties en meetinstrumenten staat in Appendix D. In Appendix E staat de vragenlijst in platte tekst, deze is via Qualtrics verspreid. Elke respondent wordt willekeurig aan een van de drie voorlichtingsboodschappen toegewezen.

3.2.3.2 Data-analyse

De statistische analyse is gedaan in SPSS (IBM, versie 29.0), waarbij een significantieniveau van $\alpha = .05$ wordt gehanteerd; dat betekent dat een verband als significant wordt beschouwd, als de kans dat een dergelijk of groter verband door toeval wordt veroorzaakt, kleiner is dan 5%. De intentie was om de analyse uitgesplitst naar religieuze denominatie (katholiek of protestants, met uitsluiting van Zevende-dags Adventisten) uit te voeren, mits het aantal geïnccludeerde respondenten van beide denominaties voldoende groot is, namelijk 68 per denominatie zoals aangegeven in voorgaande paragraaf. Omdat er minder dan 68 katholieke respondenten zijn geworven, is de analyse niet gestratificeerd uitgevoerd maar zijn alle respondenten tegelijkertijd in de analyse opgenomen. De dataverzameling heeft plaatsgevonden in de periode van woensdag 22 november tot en met donderdag 7 december 2023.

Exclusiecriteria

132 respondenten zijn begonnen aan de survey, zij hebben allemaal de Informed Consent gelezen en goedgekeurd. 1 respondent is lid van het Kerkgenootschap der Zevende-dags Adventisten en 6 identificeren zich niet als christen, zij worden van de analyse uitgesloten omdat zij niet tot de doelgroep van dit onderzoek behoren. Zo resteren 125 respondenten.

De afhankelijke variabele is gedragsintentie, geoperationaliseerd als 3 items; de gedragsintentie kan bepaald worden als ten minste 1 van deze items is beantwoord. Respondenten die geen enkele van deze 3 items hebben beantwoord, worden uitgesloten. De moderator is mate van religiositeit, geoperationaliseerd als 5 items. Respondenten worden geëxcludeerd als zij geen enkele van deze 5 items hebben beantwoord. Dit was het geval voor 15 respondenten, er resteren nu 110 respondenten.

In de regressieanalyse worden gender, leeftijd, lengte, gewicht, opleidingsniveau, het zichzelf gegeven rapportcijfer voor het eetgedrag en de attitude ten opzichte van gezonde voeding meegenomen als covariaten. Daarom worden respondenten uitgesloten die deze vragen niet beantwoord hebben. Voor attitude ten opzichte van gezonde voeding geldt dat het voldoende is als ten minste 1 van de 8 items is beantwoord. Hierdoor vallen 8 respondenten uit en resteren er 102.

Na het tonen van de voorlichtingsboodschap wordt de respondent gevraagd aan te geven welk argument in de zojuist gelezen tekst hen het meest aansprak, wat fungeert als attentiecheck. Als een respondent hier niets invult of als hun antwoord aangeeft dat de tekst niet is gelezen of begrepen, wordt de respondent van verdere analyse uitgesloten. De beoordeling van deze tekst is inherent subjectief. Om consistentie te waarborgen wordt de beoordeling onafhankelijk uitgevoerd door twee beoordelaars (namelijk Dustin de Leeuw en Nina Komrij). Als ten minste één van de beoordelaars van mening is dat de attentiecheck is gefaald, wordt de respondent van verdere analyse uitgesloten. Merk op dat een antwoord zoals "Geen" of "Alles" geen reden is voor exclusie. Op basis van deze vraag werden geen respondenten geëxcludeerd en resteren er 102 voor de uiteindelijke analyse. De uiteindelijke sample size voor de analyse bedraagt dus $n = 102$, wat volgens G*Power (HHU, versie 3.1.9.7) een power van .94 geeft voor het toetsen van de hypothesen. Dat betekent dat als er daadwerkelijk een effect bestaat zoals in deelvragen 3 en 4 wordt benoemd, dit onderzoek een kans van 94% heeft om dat effect in deze steekproef te vinden.

Hercoderen van variabelen

Alle respondenten die hebben aangegeven niet katholiek te zijn, worden verder beschouwd als de niet-katholieke christelijke denominatie en worden gezamenlijk geanalyseerd. BMI wordt berekend door het gewicht in kilogrammen te delen door het kwadraat van de lengte in meters. Gender wordt gecodeerd als dummy-variabelen, met man als referentiecategorie. Opleidingsniveau wordt gecodeerd als dummy-variabelen, met laagopgeleid als referentiecategorie. De conditie wordt gecodeerd als dummy-variabelen, met de christelijk religieuze stimulus als referentiecategorie. Om het modererende effect van mate van religiositeit te kunnen toetsen, worden 2 interactietermen gemaakt. Deze worden berekend door de mate van religiositeit eerst te centreren en deze vervolgens te vermenigvuldigen met de dummy-variabelen voor de ethische en medische conditie

Betrouwbaarheidsanalyse en schaalconstructie

Voor de constructen gedragsintentie, mate van religiositeit en attitude betreffende gezonde voeding is de betrouwbaarheid van de gebruikte schalen bepaald door Cronbach's Alpha te berekenen. Een betrouwbare schaal meet op consistente wijze het onderliggende construct dat de schaal beoogt te meten. Cronbach's Alpha is de meest gebruikte maat voor betrouwbaarheid, waarbij een waarde van .70 vaak als ondergrens voor voldoende betrouwbaarheid wordt gehanteerd (Field, 2017). De in dit onderzoek gebruikte constructen hebben allemaal een zeer hoge betrouwbaarheid: gedragsintentie heeft een Cronbach's Alpha van .86, mate van religiositeit heeft een Cronbach's Alpha van .85 en attitude betreffende gezonde voeding heeft een Cronbach's Alpha van .94. Nieuwe variabelen voor de betreffende constructen worden aangemaakt door het rekenkundig gemiddelde over alle items van de betreffende schaal te berekenen.

Randomisatiecheck

Geen van de respondenten identificeerde zich als anders dan man of vrouw. De verdeling van gender over de 3 condities is evenredig ($X^2(df = 2, n = 102) = 1.457, p = .483$). Slechts 3 respondenten zijn laagopgeleid, daarom wordt deze categorie in het vervolg samengenomen met de categorie middelbaar opgeleid waardoor opleidingsniveau nog uit slechts 2 categorieën bestaat. Omdat gender en opleidingsniveau discrete variabelen zijn (ze hebben een beperkt aantal antwoordmogelijkheden), wordt middels een chi-kwadraattoets onderzocht of de verdeling van deze variabelen over de 3 condities vergelijkbaar ofte wel evenredig is. De verdeling van opleidingsniveau over de 3 condities is niet significant onevenredig ($X^2(df = 2, n = 102) = 0.509, p = .775$). Zie Tabel 2.

Tabel 2*Gender en opleidingsniveau van respondenten*

Kenmerk	Christelijke religie		Seculiere ethiek		Medisch		Totaal	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Gender								
Man	12	41	11	28	11	33	34	33.3
Vrouw	17	59	29	73	22	67	68	66.7
Opleidingsniveau								
Laag	1	3	1	3	1	3	3	2.9
Middelbaar	8	28	14	35	12	36	34	33.3
Hoog	20	69	25	63	20	61	65	63.7

De gemiddelde leeftijd, BMI, rapportcijfer eetgedrag, mate van religiositeit en attitude betreffende gezonde voeding zijn allemaal continue variabelen, zij kunnen veel verschillende waarden aannemen. Om te onderzoeken of hun gemiddelden in elk van de 3 condities vergelijkbaar zijn of dat zij significant van elkaar verschillen, wordt voor elke variabele een variantieanalyse ofwel ANOVA uitgevoerd. In Tabel 3 is te zien dat de gemiddelde leeftijd, BMI, rapportcijfer eetgedrag, mate van religiositeit en attitude betreffende gezonde voeding niet significant verschillen tussen de 3 condities, alle *p*-waarden zijn groter dan .05. Daarmee is de randomisatie geslaagd: de respondenten in de 3 condities zijn onderling vergelijkbaar op de genoemde aspecten.

Tabel 3*Gemiddeldes, standaarddeviaties en One-Way ANOVA's van persoonskenmerken en attitudes.*

Kenmerk	Christelijke religie (<i>n</i> = 29)		Seculiere ethiek (<i>n</i> = 40)		Medisch (<i>n</i> = 33)		<i>F</i> (2,99)	η^2
	M	SD	M	SD	M	SD		
Leeftijd	48.0	15.8	41.4	16.2	41.6	16.8	1.665	.03
BMI	24.7	3.7	24.4	4.3	24.5	4.2	0.046	.00
Rapportcijfer eetgedrag	7.4	1.1	7.4	1.0	7.3	0.9	0.099	.00
Mate van religiositeit	4.3	0.6	4.2	0.8	4.2	0.8	0.453	.01
Attitude betreffende gezonde voeding	2.3	1.2	2.4	1.3	2.0	0.9	0.890	.02

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

Selectieve uitval van respondenten

De toewijzing van respondenten aan elke conditie heeft willekeurig plaatsgevonden, maar de mate van uitval door het toepassen van selectiecriteria is niet voor alle condities even groot. Elke respondent heeft voor het zien van de stimulus hun geloofsovertuiging benoemd, hierdoor vielen 6 niet-christenen en 1 Zevende-dags Adventist uit. De resterende 125 respondenten zijn gelijkmatig verdeeld over de 3 condities. Direct na het lezen van de stimulus en het beantwoorden van de attentiecheck, wordt gevraagd naar de gedragsintentie. De uitval is hier voor de christelijk religieuze conditie groter dan voor de andere condities: slechts 31 van de 45 respondenten (69%) vervolgt de

vragenlijst na het zien van de stimulus, terwijl dit voor de seculier ethische conditie 42 van de 42 respondenten (100%) en voor de medische conditie 37 van de 38 (97%) bedraagt.

Beschrijvende statistiek en correlaties

Van de 102 respondenten identificeren zich 34 (33.3%) als man en 68 (66.7%) als vrouw. 65 (63.7%) respondenten zijn hoogopgeleid. Hun leeftijd varieert van 18 tot en met 79 jaar met een gemiddelde (SD) van 43.4 (16.4) jaar. Hun BMI varieert van 18.3 tot en met 41.1 kg/m², met een gemiddelde (SD) van 24.5 (4.1) kg/m². 2 respondenten (2.0%) hebben met een BMI onder de 18.5 kg/m² ondergewicht, 62 (60.8%) hebben een gezond gewicht, 28 (27.5%) hebben met een BMI tussen de 25.0 en 30.0 kg/m² overgewicht en 10 (9.8%) hebben met een BMI boven de 30.0 kg/m² ernstig overgewicht.

De respondenten zijn overwegend erg religieus, met een gemiddelde score van 4.22 op een schaal van 1 tot 5. Er is een licht positieve intentie tot gedragsverandering wat betreft gezonde voeding (gemiddeld 3.66 op een schaal van 1 tot 5), wat mogelijk te verklaren is uit de hoge tevredenheid met de gezondheid van de huidige voeding met een gemiddeld rapportcijfer van 7.3. Er is geen significante correlatie oftewel lineaire samenhang tussen gedragsintentie en andere gemeten variabelen, noch tussen gedragsintentie en de conditie (stimulus).

Voor alle variabelen is in Tabel 4 de Pearson correlatiecoëfficiënt weergegeven. Deze coëfficiënt meet de sterkte en de richting van de samenhang tussen twee variabelen, waarbij 0 staat voor geen verband, -1 voor een perfect negatief verband en 1 voor een perfect positief verband (Field, 2017). In deze steekproef geldt dat hoogopgeleide respondenten in vergelijking met laag of middelbaar opgeleide respondenten significant religieuzer, ouder en tevredener met hun eigen eetgedrag zijn. Hoe hoger de BMI, des te hoger de score op attitude wat betreft gezonde voeding en des te lager het rapportcijfer voor het eigen eetgedrag. De enige andere significante correlatie tussen de onderzochte variabelen is de triviale samenhang tussen de dummies voor de seculier ethische respectievelijk medische condities. Specifiek is er in deze steekproef dus geen significante correlatie gevonden tussen mate van religiositeit en BMI, zoals op basis van Yeary et al. (2017) was verwacht.

Tabel 4

Gemiddelden, standaarddeviaties en correlaties voor de onderzoeksvariabelen

Variabele	M	SD	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Gedragsintentie	3.66	0.79	-									
2. Seculiere ethiek ^a	0.39	0.49	-.01	-								
3. Medisch ^a	0.32	0.47	.13	-.56***	-							
4. Mate van religiositeit	4.22	0.7	-.06	-.06	-.03	-						
5. Gender ^b	0.67	0.47	.02	.10	.00	-.10	-					
6. Leeftijd	43.4	16.4	.04	-.10	-.07	.17	-.10	-				
7. Opleidingsniveau ^c	0.64	0.48	-.03	-.02	-.05	.22*	-.10	.22*	-			
8. BMI	24.5	4.08	.06	-.02	.00	.11	.03	.21*	-.05	-		
9. Attitude ^d	2.25	1.15	-.12	.10	-.13	-.11	-.13	-.03	-.14	.27**	-	
10. Rapportcijfer eetgedrag	7.33	0.98	.05	.01	-.04	.04	-.04	.25*	.20*	-.36***	-.20*	-

Noot: n = 102.

^a Referentiecategorie is christelijke religie.

^b 0 = man en 1 = vrouw.

^c 0 = laag of middelbaar opgeleid en 1 = hoogopgeleid.

^d Attitude betreffende gezonde voeding.

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

Aan de respondenten is, alvorens zij de voorlichtingsboodschap te zien kregen, gevraagd wat zij aan hun eetgedrag zouden willen veranderen. Zie Tabel G1 voor de resultaten, gerangschikt in aflopende volgorde van frequentie. De antwoorden die door meer dan 20% van de respondenten werden gegeven, zijn minder snoep, snacks en suiker en meer fruit, groenten en variatie. Respondenten mochten meerdere antwoorden aanvinken, waardoor het totaal van de responses boven de 100% uitkomt. Gemiddeld noemde iedere respondent dus 2.51 verbeterpunten. Respondenten die de optie "Anders, namelijk:" hebben aangevinkt ($n=7$), gaven als toelichting respectievelijk: afvallen; geen alcohol; meer plantaardige eiwitten; minder van de supermarkt, meer van de boer; minder zout; soms iets rustiger, langzamer eten, beter kauwen; tevreden met mijn eetgewoonten.

Assumptiechecks

Voorafgaand aan de regressieanalyse zijn 4 assumpties gecheckt: normale verdeling van de residuen, lineair verband tussen de onafhankelijke variabelen en de afhankelijke variabele, homoscedasticiteit en afwezigheid van problematische multicollineariteit (Field, 2017). Geen van deze assumpties is geschonden, zie Appendix F voor de toelichting hiervan. Dit betekent dat een regressieanalyse uitgevoerd mag worden en dat de resultaten daarvan goed geïnterpreteerd kunnen worden.

Hypothese toetsing middels regressieanalyse

Om deelvragen 3 en 4 te beantwoorden, is een hiërarchische multiple lineaire regressieanalyse uitgevoerd op de resultaten van het experiment. Hierbij wordt onderzocht of het waargenomen verschil in gedragsintentie betreffende gezonde voeding tussen de 3 condities redelijkerwijs door toeval verklaard kan worden, of dat het verschil waarschijnlijk door de blootstelling aan de verschillende voorlichtingsboodschappen toe te schrijven valt. De afhankelijke variabele in dit model is gedragsintentie betreffende gezonde voeding, wat een continue variabele is: deze kan in theorie elke waarde tussen 1 en 5 aannemen. De modererende variabele mate van religiositeit is eveneens een continue variabele. De onafhankelijke variabele is de soort voorlichtingsboodschap; dit is een nominale variabele met 3 mogelijke waarden. Daarom is als analysemethode een multiple lineaire regressieanalyse het meest geschikt, waarbij de onafhankelijke variabele wordt geoperationaliseerd met 2 dummy's (Field, 2017).

De analyse bestaat uit 3 achtereenvolgende stappen: eerst wordt gekeken of het verschil in gedragsintentie verklaard kan worden uit de controlevariabelen (gender, leeftijd, opleidingsniveau, BMI, attitude betreffende gezonde voeding en rapportcijfer eetgedrag) en mate van religiositeit. Vervolgens wordt om antwoord te geven op deelvraag 3 onderzocht of, nadat rekening is gehouden met de zojuist genoemde controlevariabelen, de waargenomen gedragsintentie na het zien van de op christelijke religie gebaseerde voorlichtingsboodschap significant hoger is dan na het zien van de op ethische of medische argumenten gebaseerde boodschap. Om dit te toetsen, worden twee dummy-variabelen toegevoegd aan het model: een dummy voor de ethische conditie en een dummy voor de medische conditie.

Omdat voor deelvraag 4 onderzocht wordt of de mate waarin de voorlichtingsboodschap effect heeft op de gedragsintentie afhangt van de mate van religiositeit, wordt getoetst of er sprake is van effectmodificatie. Hiertoe wordt een interactieterm opgenomen in het model: het product van de dummy's voor conditie en de gecentreerde mate van religiositeit. Een ander woord voor effectmodificatie is moderatie of interactie.

4. Onderzoeksresultaten

Het praktijkonderzoek bestond uit 2 delen. Ten eerste zijn interviews gevoerd met christelijk religieuze leiders, filosofen en (para)medici om de op basis van het literatuuronderzoek geformuleerde stimuli verder te verfijnen en aan te vullen. Vervolgens zijn in een vooronderzoek aan een kleine selectie van mensen uit de doelgroep de stimuli voorgelegd. Op basis hiervan zijn nog enkele aanpassingen gedaan, wat heeft geleid tot de uiteindelijke stimuli zoals gepresenteerd in Appendix C. Deze stimuli zijn gebruikt in een experiment om het effect van de stimuli op gedragsintentie betreffende gezonde voeding te meten, waarvan de resultaten worden besproken in paragraaf 4.6.

4.1 Inzichten op basis van interviews met religieuze leiders

Een rooms-katholieke pastor, een protestantse predikant en een voorganger van de Baptistengemeente waren zo vriendelijk om de scriptant uitgebreid te woord te staan. De belangrijkste inzichten van deze gesprekken kunnen worden samengevat in twee hoofdpunten.

Ten eerste staat voor de geïnterviewden niet zozeer de letterlijke tekst van de Bijbel centraal in hun geloofsovertuiging, hun leven en hun preken, maar veeleer de ervaren onvoorwaardelijke liefde in de relatie met God en Jezus. Het zwaar leunen op Bijbelcitataten om een boodschap over te brengen is niet gebruikelijk in de Nederlandse christelijke traditie, dat past veel meer in de Amerikaanse evangelische traditie en de wijze waarop Jehova's Getuigen communiceren. De geïnterviewde predikant waarschuwde bovendien expliciet tegen het overdadig citeren van de Bijbel: het is gemakkelijk om de citaten uit hun context te halen en zo de boodschap van Christus onjuist te interpreteren. Hij concentreert zich liever op de centrale boodschap van de Bijbel en analyseert teksten liever in hun geheel, dan kriskras citaten uit de Bijbel samen te voegen. Het is aan zo'n samengesteld overzicht moeilijk af te zien of dit te goeder trouw is gebeurd en of de tekst nog een oprechte weergave van de bron is.

Kortom, om christenen aan te spreken op een manier die dichter staat bij hoe zij dit in de Nederlandse kerkelijke traditie gewend zijn, adviseren de geïnterviewde religieuze leiders om het stimulusmateriaal meer te schrijven vanuit het algemene christelijke concept dat God en Jezus voor onvoorwaardelijke liefde staan. De huidige tekst bevat veel meer Bijbelcitataten dan volgens de experts wenselijk is. Ook benadrukten de drie experts dat zij liever een goede relatie ervaren met God dan dat zij Zijn woord als wet interpreteren en presenteren.

Het tweede hoofdinzicht na de interviews is dat het voor alle gesproken experts een absurd idee was om het geloof te gebruiken om gezondheid te bevorderen. Immers, in hun beleving is er niets belangrijkers dan het geloof; alles wat de mens in het leven doet, staat in het teken van hun relatie met God. Gaandeweg het gesprek bleek dat zij wel open staan voor een subtiele rol voor gezondheidsbevordering in de boodschap die zij uitdragen, maar dat gezondheid nooit op de eerste plaats mag komen: dat zou ten koste kunnen gaan van waar het volgens hen écht om draait in het leven, namelijk God. Het geloof kan helpen om voorgenomen veranderingen in het voedingspatroon te bewerkstelligen of vol te houden, maar altijd met als belangrijkste doel de relatie met God te verbeteren en te onderhouden.

Tweede versie van de religieuze voorlichtingsboodschap op basis van de interviews met experts

Jouw relatie met God kan bemoeilijkt worden als je wordt afgeleid door lichamelijke ongemakken, daarom gunt God het je dat je lichamenlijk gezond bent. Onder andere door gezond te eten en gezond te leven, zorg je dat je je lichaam als een God welgevallig offer kunt inzetten in Zijn dienst (Romeinen 12: 1). Je lichaam is immers een tempel van de Heilige Geest (1 Korintiërs 6: 19). We voelen misschien dat het niet altijd makkelijk is om gezonde keuzes te maken, maar we mogen een beroep doen op de kracht van de Heilige Geest. Met de liefde van Jezus kun je de uitdagingen aan die je op

je pad vindt, Hij zal je immers nooit meer geven dan je dragen kunt. Als je te veel of te ongezond eet, als je je laat verleiden door onmatigheid, bestaat het gevaar dat vraatzucht jou gaat beheersen en dat staat in de weg van jouw relatie met God. Zoals Paulus zegt: of je nu eet of drinkt of iets anders doet, doe alles ter ere van God (1 Korintiërs 10:31). Gezond eten doe je dus niet alleen voor je fysieke gezondheid, je dient en eert God door goed te zorgen voor het lichaam dat Hij je geschonken heeft!

4.2 Inzichten op basis van interviews met filosofen

Een hoogleraar toegepaste filosofie benadrukt het belang van de sociale component van voeding: een maaltijd is niet alleen *wat* je eet, maar ook *hoe* en *met wie* je eet. Hun maakt ook een verbinding tussen voeding, plezier en zingeving, zowel voor degene die eet als degene die gegeten wordt. Hun geeft overtuigende argumenten waarom vlees eten in de meeste gevallen onethisch is, maar dat is een controversieel onderwerp dat bovendien buiten de kaders van deze scriptie valt. Hun benadrukt dat een voorlichtingsboodschap persoonlijk gemaakt moet worden, dat de boodschap de ontvanger echt moet raken. Een goede boodschap bevat zowel cognitieve, normatieve en emotionele aspecten. Een boodschap die zich alleen richt op de gezondheidsaspecten van voeding, zonder de sociale aspecten daarbij te betrekken, is volgens de geïnterviewde hoogleraar te eenzijdig.

Een promovenda in de wijsgerige ethiek wijst erop dat je niet alleen gezond eet voor jezelf, maar ook voor je omgeving. Bovendien kan dit verband omgedraaid worden: “hoe slecht het met onze omgeving gaat kunnen we aflezen aan onze eigen lichamen, waarin zich microplastics, PFAS et cetera ophopen – we zijn ecologische wezens.” Daarnaast wijst hun op de inzichten van Tim 's Jongers in zijn boek *Beledigende Broccoli*: “we moeten uitkijken met mensen vertellen dat ze gewoon beter moeten eten, broccoli en zo. Want dat zouden ze misschien wel willen, maar dat kunnen ze niet betalen. Goed eten is ook een maatschappelijke kwestie en een verdelingsvraagstuk.”

Tweede versie van de seculier ethische voorlichtingsboodschap op basis van interviews met experts

Gezond eten doe je niet alleen voor jezelf, maar ook voor de mensen om je heen. Alleen als je gezond bent, kun je optimaal voor de mensen om je heen zorgen. Als je door ongezond eetgedrag ziek wordt of beperkingen ervaart, leidt dat tot zorgen bij je vrienden en familie. Je kunt dan ook minder goed voor hen zorgen als zij het nodig hebben. Door slechte gezondheid ben je minder goed in staat om (vrijwilligers)werk te verrichten, terwijl dat is hoe je als goed burger een bijdrage kunt leveren aan de samenleving. Met gezonde voeding vergroot je dus niet alleen je eigen geluk, maar ook het geluk van de mensen om je heen. Het Nederlandse zorgstelsel staat al zwaar onder druk, het is onethisch om de zorg verder te belasten met door ongezond eetgedrag veroorzaakte ziekte. Zorg dus goed voor jezelf met goede voeding, zodat je kunt genieten van het samenleven met de mensen om je heen!

4.3 Inzichten op basis van interviews met (para)medici

Een geïnterviewde huisarts denkt niet dat algemene voorlichtingscampagnes erg effectief zijn: het is vaak een veel te algemene boodschap die probeert om MGZV zonder context te doen om op zo veel mogelijk mensen tegelijk van toepassing te zijn. Hun gelooft meer in een persoonlijke, op maat gemaakte voorlichting, gegeven in een op vertrouwen gebaseerde behandelrelatie. Met name de zin “Veel gezondheidsproblemen ontstaan als gevolg van ongezond eetgedrag en zijn dus te voorkomen” vindt hij belerend en afschrikkend.

Een psychiater benadrukt in een e-mail conversatie dat een voorlichtingsboodschap niet belerend mag zijn en zo SMART mogelijk geformuleerd moet worden, maar dat dit moeilijk is om voor een algemeen publiek op een passende en aansprekende wijze te doen. Hun heeft een goede aanbeveling voor een praktische invulling van een SIRE-campagne: geef een korte boodschap met een link of QR-code naar een website met een uitgebreidere tekst, zodat de nieuwsgierig geworden lezer meer te weten kan komen als hun dat wil. Een korte maar krachtige boodschap zouden de Food Rules van Michael Pollan kunnen zijn: *Eat food, not too much, mostly plants*.

De geïnterviewde diëtist geeft aan dat koud adviseren, dus een advies zonder context, vaak niet effectief is. Volgens hen is het vakgebied van de diëtist altijd om advies en voorlichting te geven die aansluit op een specifieke hulpvraag, waarbij het ook van belang is in welke *stage of change* de cliënt zit. Door MGV kunnen de cliënt en de diëtist samen ontdekken wat voor deze persoon een aansprekend en overtuigend argument is en welke bronnen hun accepteert. Ongevraagd advies van een bron die hun mogelijk zelfs wantrouwt, spreekt niemand aan, een boodschap zonder context is niet kansrijk. Als een voorlichtingsboodschap een kans van slagen wil hebben, moet deze niet alleen op kennis sturen (want mensen hebben die kennis vaak al wel), maar concreet aangeven hoe iemand van denken naar doen kan komen. Een praktische tip zou bijvoorbeeld zijn: fruit kiezen in plaats van snoep geeft meer energie en langere verzadiging.

Tweede versie van de medische voorlichtingsboodschap op basis van interviews met experts

Goed voor je eigen gezondheid zorgen, bijvoorbeeld door een gezond voedingspatroon na te streven, maakt je leven een stuk aangenamer. Gezond eetgedrag leidt er toe dat je je fitter, energiek en beter voelt. Hierdoor ben je in staat om meer leuke dingen te doen en meer van het leven te genieten. Elke positieve verandering helpt al, een stuk fruit als tussendoortje geeft je meer energie en gezondheidsvoordelen dan snoep of koek. Als je een niet aan voeding gerelateerd gezondheidsprobleem oploopt, zoals bijvoorbeeld een gebroken been, herstel je sneller en makkelijker en kan een arts je beter en succesvoller behandelen als je een gezond gewicht en een goede conditie hebt. Nu gezond eten is investeren in je toekomst: je verkleint het risico op ernstige ziekten zoals een hartaanval, beroerte, suikerziekte of dementie door gezond te eten. Gezond eetgedrag helpt je dus niet alleen om je op korte termijn beter te voelen, maar ook om op lange termijn gezond te blijven!

4.4 Resultaten van het experiment

In deze paragraaf wordt antwoord gegeven op deelvragen 3 en 4: In welke mate kan een op christelijke religieuze overtuiging gebaseerde voorlichting, in vergelijking met een op seculiere ethiek of op medische argumenten gebaseerde voorlichting, leiden tot een hogere mate van gedragsintentie betreffende het maken van gezondere keuzes op het gebied van voeding? Is het effect van een op christelijke religieuze overtuiging gebaseerde voorlichting op de mate van gedragsintentie betreffende het maken van gezondere keuzes op het gebied van voeding, sterker bij mensen voor wie religie een centralere rol in hun leven speelt? De in dit experiment gebruikte voorlichtingsboodschappen zijn opgenomen in Appendix C.

Tabel 5

Gemiddeldes, standaarddeviaties en One-Way ANOVA van gedragsintentie betreffende gezonde voeding.

	Christelijke religie (n = 29)		Seculiere ethiek (n = 40)		Medisch (n = 33)		F(2,99)	η ²
	M	SD	M	SD	M	SD		
Gedragsintentie betreffende gezonde voeding	3.52	.84	3.65	0.75	3.81	0.77	1.069	.09

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

Eerste interpretatie van de resultaten van het experiment

In Tabel 5 is te zien dat de gemiddelde intentie tot gedragsverandering betreffende gezonde voeding voor alle drie de condities licht positief is: op een schaal van 1 tot 5, is de gemiddelde score in elke conditie tussen de 3.5 en 3.8. Hoewel de gemiddelde intentie in de drie condities iets van elkaar afwijkt, waarbij de christelijk religieuze conditie de laagste gemiddelde score heeft, zijn deze verschillen niet significant: de p -waarde bedraagt .347, wat groter is dan het vooraf gestelde significantieniveau van $\alpha = .05$. Dat betekent dat de kans om een dergelijk of groter verschil tussen de condities te vinden, goed door toeval verklaard kan worden: de kans hierop bedraagt meer dan 5%. Omdat er geen voormeting is gedaan, is niet te zeggen of de motiverende teksten überhaupt enig effect hebben: het kan zijn dat de respondenten in dit onderzoek sowieso al licht gemotiveerd waren tot gedragsverandering.

Analyse van de resultaten van het experiment middels regressieanalyse

Om deelvragen 3 en 4 te beantwoorden, is een hiërarchische multiple lineaire regressieanalyse uitgevoerd op de resultaten van het experiment. De analyse bestaat uit 3 achtereenvolgende stappen: eerst wordt gekeken of het verschil in gedragsintentie verklaard kan worden uit de controlevariabelen (gender, leeftijd, opleidingsniveau, BMI, attitude betreffende gezonde voeding en rapportcijfer eetgedrag) en mate van religiositeit. Daarna wordt onderzocht of het toevoegen van de dummy's voor de ethische en medische voorlichtingsboodschappen de proportie verklaarde variantie in gedragsintentie significant verbetert, en ten slotte wordt onderzocht of de grootte van het effect van de verschillende voorlichtingsboodschappen op gedragsintentie significant afhangt van de mate van religiositeit.

In de tweede kolom van Tabel 6 is te zien dat R^2 voor het model met alleen de controlevariabelen en mate van religiositeit .037 bedraagt, wat betekent dat 3.7% van alle variantie in gedragsintentie verklaard kan worden uit de zojuist genoemde variabelen, Dit is echter niet significant meer dan 0%, zoals de niet-significante F -test aangeeft: een proportie verklaarde variantie van 3.7% kan op toeval berusten. In de derde kolom is te zien dat het toevoegen van de dummy's voor de condities niet tot een significante verbetering van de proportie verklaarde variantie in gedragsintentie leidt: deze proportie stijgt weliswaar tot 5.5%, maar deze stijging is niet significant ($F_{change}(2,92) = 0.853, p = .429$). Respondenten die de seculier ethische voorlichtingsboodschap hebben gezien, scoren gemiddeld 0.145 punten hoger op gedragsintentie dan respondenten die de christelijk religieuze voorlichtingsboodschap hebben gezien; respondenten die de medische voorlichtingsboodschap hebben gezien, scoren gemiddeld 0.271 punten hoger op gedragsintentie dan respondenten die de christelijk religieuze voorlichtingsboodschap hebben gezien. Deze verschillen zijn echter niet significant, zij kunnen door toeval afdoende verklaard worden. Hiermee is deelvraag 3 beantwoord: in dit onder Nederlandse christenen uitgevoerde experiment leidt een op christelijke religieuze overtuiging gebaseerde voorlichting, in vergelijking met een op seculiere ethiek of op medische argumenten gebaseerde voorlichting, niet tot een hogere mate van gedragsintentie betreffende het maken van gezondere keuzes op het gebied van voeding.

De vierde kolom van Tabel 6 geeft antwoord op deelvraag 4: het effect van een op christelijke religieuze overtuiging gebaseerde voorlichting op de mate van gedragsintentie betreffende het maken van gezondere keuzes op het gebied van voeding is in dit experiment niet sterker bij mensen voor wie religie een centralere rol in hun leven speelt. Dit is te zien aan het feit dat de interactie tussen de mate van religiositeit en de seculier ethische boodschap ($b = 0.162, t(101) = 0.558, p = .579$) en de interactie tussen de mate van religiositeit en de medische boodschap ($b = -0.80, t(101) = -0.261, p = .795$) niet significant zijn en de toevoeging van deze interactietermen de proportie verklaarde variantie in gedragsintentie niet significant doet stijgen ($F_{change}(2,90) = 0.482, p = .619$). Het effect van de soort voorlichtingsboodschap op de gedragsintentie is dus onafhankelijk van de mate van religiositeit, en het effect is niet significant verschillend voor de 3 soorten boodschappen zoals al in de voorgaande alinea is geconstateerd.

Tabel 6

Hiërarchische multiple lineaire regressieanalyse met als afhankelijke variabele gedragsintentie betreffende het maken van gezondere keuzes op het gebied van voeding ^a

Onafhankelijke variabelen	Controlevariabelen + Moderator	Controlevariabelen + Moderator + Hoofdeffecten	Controlevariabelen + Moderator + Hoofdeffecten + Interactie-effecten
Controlevariabelen			
Gender ^b	-0.016	-0.022	-0.024
Leeftijd	0.000	0.001	0.001
Opleidingsniveau ^c	-0.068	-0.061	-0.075
BMI	0.026	0.025	0.024
Attitude ^d	-0.105	-0.095	-0.086
Rapportcijfer eetgedrag	0.065	0.066	0.078
Moderator			
Mate van religiositeit	-0.102	-0.093	-0.136
Hoofdeffecten			
Seculiere ethiek ^e		0.145	0.145
Medisch ^e		0.271	0.265
Interactie-effecten			
Mate van religiositeit * Seculiere ethiek			0.162
Mate van religiositeit * Medisch			-0.080
R^2	.037	.055	.065
Adjusted R^2	-.035	-.038	-.050
F	0.517	0.590	0.565
R^2_{change}	.037	.018	.010
F_{change}	0.517	0.853	0.482

Noot: n = 102.

^a Gemeten op een 5-puntsschaal waarbij een hogere score voor een hogere mate van intentie staat.

^b 0 = man en 1 = vrouw.

^c 0 = laag of middelbaar opgeleid en 1 = hoogopgeleid.

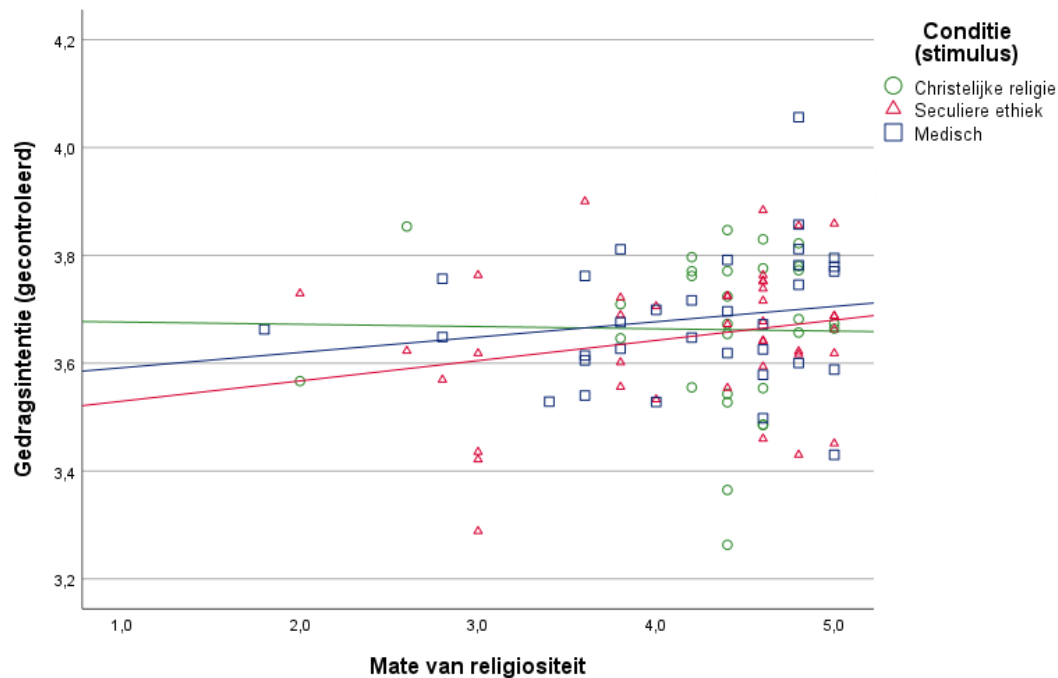
^d Attitude betreffende gezonde voeding.

^e Referentiecategorie is christelijke religie.

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

Een grafische weergave van de resultaten kan gevonden worden in Figuur 4. Hierin is voor elke respondent hun gedragsintentie (na controle voor de covariaten) op de verticale as uitgezet tegen hun mate van religiositeit op de horizontale as. Voor elke respondent is aangegeven welke voorlichtingsboodschap hun gezien heeft. Per voorlichtingsboodschap is een zo goed mogelijk passende lijn door de puntenwolk getekend.

In Figuur 4 is ten eerste te zien dat de lijn voor de christelijk religieuze conditie niet significant boven de andere lijnen ligt, wat aangeeft dat de gemiddelde gedragsintentie niet beïnvloed wordt door welke stimulus getoond is. Ten tweede is te zien dat de hellingen van de lijnen niet significant positief is, wat betekent dat de mate van het effect van de voorlichtingsboodschap op de gedragsintentie niet afhangt van de mate van religiositeit. Ten slotte is de helling van de lijn voor de christelijk religieuze conditie niet significant positiever dan de helling van de lijnen van beide andere condities, wat betekent dat het verschil in gedragsintentie tussen de christelijk religieuze conditie en de beide andere condities niet groter is bij respondenten die een hogere mate van religiositeit hebben.



Figuur 4

Gedragsintentie na controle voor gender, leeftijd, opleidingsniveau, BMI, attitude betreffende gezonde voeding en rapportcijfer eetgedrag uitgezet tegen de mate van religiositeit, uitgesplitst naar conditie

5. Conclusies en aanbevelingen

In dit hoofdstuk wordt door het bespreken van de antwoorden op de vier deelvragen, antwoord gegeven op de centrale vraag zoals in hoofdstuk 1 is geformuleerd. De implicaties van deze bevindingen worden in paragraaf 5.2 vertaald naar concrete aanbevelingen voor de opdrachtgever.

5.1 Conclusies

1) Welke argumenten zijn er om gezonde voedingsgewoonten na te streven, gebaseerd op respectievelijk: christelijke religieuze overtuiging zoals blijkt uit Bijbelteksten en christelijke traditie; seculiere ethische argumenten van klassieke en hedendaagse filosofen; de medische wetenschap?

Op basis van een literatuurstudie, interviews met experts en een vooronderzoek onder een focusgroep zijn argumenten verzameld en samengevat in drie voorlichtingsboodschappen zoals gepresenteerd in Appendix C. Het bleek uitdagend te zijn om argumenten gebaseerd op christelijke religieuze overtuiging te verzamelen die zowel door religieuze leiders als door gelovigen als acceptabel beschouwd worden: de verbinding tussen voeding en geloof was niet voor iedereen logisch en de religieuze leiders zagen ongezond voedingsgedrag eerder als uiting van een onderliggend probleem dan als een primair probleem of als doel op zich. Het meest genoemde argument is een citaat van Paulus: je lichaam is een tempel van de Heilige Geest (1 Korintiërs 6: 19), je eert de god van de Bijbel dus als je goed voor je lichaam zorgt door gezond te eten.

Op basis van het utilitarisme kan een seculier ethisch argument geformuleerd worden: met gezonde voeding vergroot je niet alleen je eigen geluk, maar ook het geluk van de mensen om je heen. Immers, dankzij gezonde voeding verklein je de kans om ziek te worden, wat kan leiden tot zorgen bij je vrienden en familie en waardoor je minder goed voor hen kunt zorgen als zij het nodig hebben.

De medische wetenschap is helder: gezond eetgedrag leidt er op korte termijn toe dat je je fitter, energiever en beter voelt. Bovendien is gezond eten een investering in je toekomst: je verkleint hiermee het risico op ernstige ziekten zoals een hartaanval, beroerte, suikerziekte of dementie.

2) Wat is volgens de wetenschappelijke literatuur de relatie tussen gezondheidsvoorlichting, gedragsintentie en daadwerkelijk gedrag betreffende gezonde voeding en welke elementen zijn volgens de wetenschappelijke literatuur een noodzakelijk onderdeel van een succesvolle FBI?

Volgens de TPB (Ajzen, 1985; Ajzen, 2020) zijn attitude en subjectieve norm determinanten van gedragsintentie. De TPB beschrijft gedragsintentie als noodzakelijke voorwaarde voor gedrag en dus ook voor gedragsverandering. Om gedragsverandering in gang te zetten en vol te houden, is motivatie nodig. De compliance voor gezondheidsinterventies is echter laag, onderzoek wijst uit dat de non-compliance tussen de 50% en 80% bedraagt (Herrema et al., 2018). Overtuiging (waaronder geloofsovertuiging), attitude, intentie en motivatie zijn voorspellers van voedingsinname, daarnaast speelt de culturele omgeving waarin men opgegroeid is een rol in de sociale normen betreffende voeding en de intentie om een gezonder voedingspatroon te volgen (Velkamp et al., 2020).

Uit onderzoek blijkt dat patiëntgeoriënteerde zorg leidt tot meer betrokkenheid en tot afgenomen risicogedrag, een verlaagd risico op ziekte en minder ernstige consequenties van ziekte (Isaac et al., 2016). Patiëntgeoriënteerde zorg houdt rekening met wie de patiënt is, wat hun culturele achtergrond is en wat hun spirituele of religieuze overtuiging is. Deze overtuiging beïnvloedt hun houding, gedrag en keuzes betreffende gezondheid. Religieuze overtuigingen en religieuze levensstijl kunnen gezondheidswinst opleveren doordat zij mensen helpen om schadelijke levensstijlen te veranderen. Dit is een argument om de religie van een patiënt te betrekken in de behandeling en om behandelaars te trainen wat betreft kennis en bewustzijn van culturele, religieuze en spirituele overtuigingen (Litalien et al., 2022).

Belangrijke elementen van een succesvolle FBI zijn dat de kerk en de geloofsgemeenschap direct bij de interventie betrokken zijn (Francis en Liverpool, 2009; Onyishi et al., 2021). Idealiter wordt de kerk gebruikt als plaats om deelnemers te werven, de interventie wordt uitgevoerd in een kerk, leden van de lokale kerk zijn betrokken bij het uitvoeren van de interventie, in de gezondheidsboodschap zijn spirituele en religieuze overtuigingen op een niet-oordelende manier geïntegreerd en de boodschap past binnen de cultuur van de kerkgemeenschap, waardoor een gevoel van eigenaarschap ontstaat bij de deelnemers aan de interventie.

3) In welke mate kan, in een onder Nederlandse christenen uitgevoerd experiment, een op christelijke religieuze overtuiging gebaseerde voorlichting, in vergelijking met een op seculiere ethiek of op medische argumenten gebaseerde voorlichting, leiden tot een hogere mate van gedragsintentie betreffende het maken van gezondere keuzes op het gebied van voeding?

Bij onderzoek onder $n = 102$ Nederlandse christenen werd, na controle voor gender, leeftijd, opleidingsniveau, BMI, attitude betreffende gezonde voeding en rapportcijfer voor het eigen eetgedrag, geen significant hogere mate van gedragsintentie gevonden ($F(2,92) = 0.853, p = .429$). De gemiddelde gedragsintentie na het zien van de op christelijke religieuze overtuiging gebaseerde boodschap was op een 5-punts schaal 0.15 punten lager dan na het zien van de op seculier ethische argumenten gebaseerde boodschap en 0.27 punten lager dan na het zien van de op medische argumenten gebaseerde boodschap. Het gevonden effect is dus niet significant en zelfs in de tegenovergestelde richting dan verwacht. De in dit onderzoek gebruikte op christelijke religieuze overtuiging gebaseerde voorlichtingsboodschap is dus niet aantoonbaar effectief gebleken voor het verhogen van de gedragsintentie betreffende het maken van gezondere keuzes op het gebied van voeding, ook al was dit op basis van het literatuuronderzoek wel verwacht.

4) Is het effect van een op christelijke religieuze overtuiging gebaseerde voorlichting op de mate van gedragsintentie betreffende het maken van gezondere keuzes op het gebied van voeding, in een onder Nederlandse christenen uitgevoerd experiment, sterker bij mensen voor wie religie een centralere rol in hun leven speelt?

De mate van religiositeit bleek in dit experiment geen significante directe invloed te hebben op de voorgenomen gedragsintentie ($b = -0.093, p = .416$), noch op de mate waarin de verschillende voorlichtingsboodschappen invloed hebben op de gedragsintentie ($F(2,90) = 0.482, p = .619$). Het effect van de in dit onderzoek gebruikte op christelijke religieuze overtuiging gebaseerde voorlichtingsboodschap op de gedragsintentie betreffende gezonde voeding is dus niet groter dan het effect van de boodschappen gebaseerd op seculier ethische of medische argumenten, ook niet bij respondenten voor wie religie een bovengemiddeld centrale rol in hun leven speelt. De geformuleerde voorlichtingsboodschap is dus ook niet effectief gebleken bij bovengemiddeld religieuze mensen.

Centrale vraag: in welke mate kan een op christelijke religieuze overtuiging gebaseerde voorlichtingsboodschap, in vergelijking met een op seculiere ethiek respectievelijk op medische argumenten gebaseerde voorlichtingsboodschap, leiden tot een toename van de intentie om gezondere keuzes te maken op het gebied van voeding onder volwassen christelijke Nederlanders en in hoeverre wordt dit effect gemodereerd door mate van religiositeit?

Uit literatuuronderzoek is gebleken dat gezondheidsvoorlichting in beperkte mate kan leiden tot gedragsverandering en dat in andere landen een voorlichting gebaseerd op christelijke religieuze overtuiging effectief kan zijn, mits wordt voldaan aan enkele belangrijke randvoorwaarden, zodat de boodschap wordt geaccepteerd door de doelgroep. De voor dit onderzoek ontwikkelde op christelijke religieuze overtuiging gebaseerde voorlichtingsboodschap bleek niet te leiden tot een significant hogere gedragsintentie om gezonde voedingskeuzes te maken dan de in dit onderzoek gebruikte voorlichtingsboodschappen gebaseerd op seculier ethische respectievelijk medische argumenten. De mate waarin de gedragsintentie verschilde tussen de 3 gebruikte voorlichtingsboodschappen was onafhankelijk van de mate van religiositeit van de deelnemer.

5.2 Aanbevelingen

Op basis van het voor de opdrachtgever uitgevoerde experiment kan niet worden aangetoond dat de in deze scriptie ontwikkelde op christelijke religieuze overtuiging gebaseerde voorlichtingsboodschap effectiever is dan de op medische of seculier ethische argumenten gebaseerde voorlichtingsboodschap die is ontwikkeld. Daarmee kan geen constructieve aanbeveling gedaan worden aan de opdrachtgever om voorlichtingsmateriaal, lezingen en workshops gebaseerd op dit materiaal te ontwikkelen. Meer onderzoek is dus nodig om te bepalen of een andere vorm van op geloofsovertuiging gebaseerde interventies effectief kan zijn in Nederland. Hiervoor is verder onderzoek onder Nederlandse christenen nodig, de doelgroep is in de context van deze scriptie onvoldoende betrokken geweest bij de ontwikkeling van de interventie. De belangrijkste aanbeveling voor de opdrachtgever is om in vervolgonderzoek direct in contact te treden met de doelgroep zelf.

Vooral kleinschalige, gepersonaliseerde en door medegelovigen uitgevoerde interventies hebben een nog niet in Nederland onderzochte en benutte potentie. De aanbeveling is om voor de Nederlandse praktijk een FBI te ontwikkelen, waarbij de lokale kerk en de geloofsgemeenschap direct bij de ontwikkeling en uitvoering van de FBI betrokken zijn. Door de beperkte beschikbaarheid van tijd, financiële middelen en menskracht kon in de context van deze scriptie slechts een eenvoudige door een atheïstische scriptant ontworpen interventie worden aangeboden die niet aantoonbaar effectief is gebleken. Het is dus nodig om meer geld en middelen te verkrijgen om een FBI te ontwikkelen. Een mogelijkheid hiervoor is om bij de overheid subsidie aan te vragen, bijvoorbeeld via het Loket Gezond Leven. De in de context van deze scriptie uitgevoerde literatuurstudie en de interviews met religieuze leiders kunnen als basis dienen voor de onderbouwing van de subsidieaanvraag.

Een concrete aanbeveling is om zeer lokaal en kleinschalig te beginnen en een FBI op te zetten in één kerk, waarbij zowel de religieuze leider van die kerk als de gelovigen zelf betrokken zijn bij de ontwikkeling en uitvoering van de interventie. Er kan een kleine groep gelovigen verzameld worden, die aangegeven hebben interesse te hebben in gezonder leven, en die dit willen combineren met hun activiteiten en betrokkenheid bij de lokale kerkgemeenschap. Een diëtist kan de vakinhoudelijke en praktische ondersteuning bieden, bijvoorbeeld door het geven van voedingsadvies of het uitvragen en versterken van motivatie door middel van motiverende gespreksvoering. De gelovigen zelf kunnen, al dan niet met behulp van de religieuze leider, passende religieuze passages en gebeden selecteren. Een concreet beginpunt is een mogelijke samenwerking tussen de Buurtclub Leefstijl Amstelveen, afdeling Bovenkerk, die gevestigd is tegenover de Urbanuskerk. De pastor van de Urbanuskerk heeft al aangegeven geïnteresseerd te zijn in deelname aan een FBI.

Ten slotte kan het nuttig zijn om meer gesprekken met religieuze leiders te laten voeren door diëtisten, dit plant bij hen een zaadje en kan langzaam maar zeker bewustwording vergroten en een basis leggen voor toekomstige samenwerking. Met name diëtisten die zelf christelijk zijn en idealiter zelfs een actief lid zijn binnen hun kerk, zijn een mogelijke belangrijke schakel: zij hebben de vakinhoudelijke kennis, zij zijn deel van de gemeenschap en kunnen dus meerdere rollen vervullen: hun lokale religieuze leider overtuigen van het belang van een gezondheidsinterventie, hun kennis gebruiken om een werkende en daadwerkelijk gezondheidsbevorderende interventie te ontwerpen en hun ervaring en eigen geloof gebruiken om te zorgen dat de interventie aansluit bij de normen, waarden en overtuigingen van de gemeenschap. In de interviews gaven de christelijk religieuze leiders namelijk aanvankelijk aan dat zij de connectie tussen geloof en gezonde voeding niet direct zagen, maar zij gaven allen aan dat zij open staan om na te denken over een FBI en niet afwijzend staan tegenover deelname hieraan.

6. Discussie en reflectie

De in deze scriptie gebruikte 4 deelvragen zijn, op advies van mevrouw Odette Bruls, een herschikking van de in het oorspronkelijke Plan van Aanpak (zie Appendix G) geformuleerde 5 deelvragen. Oorspronkelijk was de eerste deelvraag opgesplitst in 3 aparte deelvragen (één voor elke soort voorlichtingsboodschap) en zijn de huidige deelvragen 2 en 3 een opsplitsing van wat oorspronkelijk 1 deelvraag was (namelijk een splitsing in een deel literatuuronderzoek en een deel praktijkonderzoek). Voor deze wijziging van de deelvragen na goedkeuring van het Plan van Aanpak is, in overleg met mevrouw Rianne Hakfoort, geen toestemming gevraagd aan de examencommissie. Zoals zij namens mevrouw Bruls in een e-mail schreef: *de aanpassingen in de onderzoeksvragen zijn eerder praktisch/tekstueel dan inhoudelijk, dus prima om dit nu zo te doen* (persoonlijke communicatie, 8 november 2023). Nadat de eerste versie van deze scriptie is afgekeurd, is deelvraag 2 opnieuw geformuleerd en zijn deelvragen 3 en 4 aangescherpt om duidelijker te maken dat deze een praktijkonderzoek betreffen.

6.1 Discussie

In deze paragraaf worden sterke en zwakke punten besproken van achtereenvolgens het uitgevoerde literatuuronderzoek, de geformuleerde voorlichtingsboodschappen en het uitgevoerde experiment.

Beperkingen en verbeterpunten van het literatuuronderzoek

Doordat een aanzienlijk deel van deze scriptie buiten de directe kaders van de opleiding valt, is slechts beperkt gebruik gemaakt van de tijdens de opleiding geleerde vaardigheden om literatuuronderzoek te plegen. Omdat de doelgroep van dit onderzoek zeer breed afgebakend was, is de gebruikte PICO-vraagstelling tamelijk vaag gebleven en is op subjectieve en opportunistische wijze literatuuronderzoek gepleegd. Voor de filosofische en religieuze delen van het literatuuronderzoek is gebruik gemaakt van zoeken via Google Scholar, aangevuld met literatuur verkregen door de sneeuwbalmethode en literatuur die is aangeraden door experts. Hierdoor is ook dit deel van het onderzoek niet systematisch of transparant uitgevoerd, waardoor een groot deel van het literatuuronderzoek niet betrouwbaar is en de validiteit niet gewaarborgd kan worden. Een concreet uitvloeisel hiervan is dat de oorspronkelijke vraagstelling over gezondheid en gezonde voeding in het algemeen ging, maar het literatuuronderzoek betreffende de ethische argumenten zich al snel toespitste op overgewicht en obesitas.

Beperkingen en verbeterpunten van de voorlichtingsboodschappen

De voorlichtingsboodschappen zijn gebaseerd op uitgebreid onderzoek in de internationale wetenschappelijke literatuur, aangevuld met inzichten uit interviews met experts en onderworpen aan een vooronderzoek onder respondenten uit de doelgroep. Echter, zowel de medische experts als de respondenten van het vooronderzoek geven duidelijk aan dat een algemene, ongevraagde voorlichtingsboodschap niet effectief is. Binnen de mogelijkheden van een scriptie zonder onderzoeksbudget zijn de opties beperkt tot een online vragenlijst, maar dit doet geen recht aan de potentie van een op geloofsovertuiging gebaseerde interventie die op interactieve wijze wordt uitgevoerd bij een doelgroep die open staat voor zo'n boodschap. Ook is er slechts naar drie soorten voorlichtingsboodschappen gekeken, andere opties zijn hier niet bestudeerd.

Een christelijke boodschap is mogelijk overtuigender en aansprekender wanneer deze wordt uitgesproken door een religieus leider, maar in deze scriptie is ervoor gekozen de boodschap door "een goede vriend(in)" te laten uitspreken, zodat de verschillende voorlichtingsboodschappen objectiever met elkaar konden worden vergeleken. Het nadeel hiervan is dat het daadwerkelijke effect van de boodschap zoals die in een realistische setting zou worden geuit, in dit onderzoek waarschijnlijk is onderschat. Hoewel het moeilijk is een experiment te ontwerpen waarin dit effect objectief wordt onderzocht en gekwantificeerd, is niet uit te sluiten dat dit effect bestaat.

De voorlichtingsboodschappen zijn gebaseerd op een literatuurstudie en interviews met hoogopgeleide experts. Zoals Van Meurs in zijn proefschrift opmerkt: “wat echter veelal mist in interventiestudies is het perspectief van burgers zelf, hoewel dit sociale patronen in zowel effectiviteit als aanvaardbaarheid zou kunnen verklaren” (Van Meurs, 2023). Een voorlichtingsboodschap die is opgesteld voor en door Nederlandse christelijke gelovigen zelf, zou er anders kunnen uitzien en aansprekender kunnen zijn dan de in dit onderzoek gebruikte boodschap.

Op basis van het vooronderzoek zijn de voorlichtingsboodschappen aangepast, maar vervolgens zijn de nieuwe boodschappen niet opnieuw aan een vooronderzoek onderworpen, waardoor het effect van de aanpassingen en de kwaliteit van de in het experiment gebruikte boodschappen niet is onderzocht.

Uit het vooronderzoek bleek al dat respondenten de op christelijke religie gebaseerde voorlichtingsboodschap minder geloofwaardig vinden dan de beide andere stimuli en minder acceptabel dan de medische voorlichtingsboodschap. Dit patroon kan worden teruggevonden in de uitval tijdens de vragenlijst, waarbij beduidend meer respondenten na het lezen van de christelijke stimulus de vragenlijst discontinueerden dan na het lezen van de andere stimuli. De boodschap (en daarmee een FBI) is dus niet voor iedereen geschikt. Dat is een beperking van het nut van een eventueel op te zetten FBI, maar geen onoverkomelijk bezwaar: al kan maar een deel van de doelgroep hiermee bereikt en aangesproken worden, dan levert dat al een belangrijke gezondheidswinst op populatieniveau op.

Beperkingen en verbeterpunten van het experiment

Het gebruikte model past binnen de TPB, een veelgebruikt en meermaals gevalideerd model in de gezondheidswetenschappen. Een sterk punt van dit experiment is dat er een voldoende grote steekproef ($n=102$) is getrokken om een hoog onderscheidingsvermogen (power = .94) te verkrijgen. De in het onderzoek gebruikte meetinstrumenten zijn uit de wetenschappelijke literatuur overgenomen, waardoor deze betrouwbaar zijn. Door de gedetailleerde verslaglegging van de gebruikte methoden en technieken van onderzoek en door het voorafgaand aan de data-analyse indienen van het analyseplan, is het onderzoek gemakkelijk repliceerbaar. De gemeten constructen maken gebruik van gevalideerde vragenlijsten met een hoge begripsvaliditeit. Door het zorgvuldig gebruik van statistische technieken en de inclusie van controlevariabelen is de interne validiteit gewaarborgd.

Het onderzoek kent echter meerdere beperkingen. Door het gebruik van een gemakssteekproef zijn de waarnemingen niet onafhankelijk en niet aselekt. Dit resulteerde in een steekproef die niet representatief is voor de beoogde doelgroep, met name omdat de respondenten overwegend hoogopgeleid zijn. Hoewel zowel katholieken als protestanten hebben deelgenomen, zijn de katholieken significant ondervertegenwoordigd in de steekproef. Hierdoor zijn de resultaten moeilijk generaliseerbaar en is de externe validiteit beperkt. Het werven van fondsen om een aselechte en representatieve steekproef te kunnen trekken is een aanbeveling voor een vervolgstudie.

De inhoudsvaliditeit is in het geding doordat niet alle gebruikte meetinstrumenten in het Nederlands beschikbaar waren. De items behorende bij de constructen voor gedragsintentie, mate van religiositeit en attitude betreffende gezonde voeding zijn door de scriptant zelf vertaald uit het Engels naar het Nederlands. Door de vertaling kan het zijn dat de beoogde bedoeling van de items niet correct is weergegeven, bovendien is de inhoudsvaliditeit beperkt omdat niet zeker is dat de operationalisatie van deze constructen in de Nederlandse context hetzelfde zou moeten zijn als in de situaties waarin deze vragenlijsten oorspronkelijk ontwikkeld en gevalideerd zijn.

De betrouwbaarheid van de antwoorden in een anonieme online vragenlijst is moeilijk vast te stellen, het gevaar van sociaal wenselijke antwoorden speelt altijd een rol. Met name van lengte en gewicht, die in dit onderzoek zijn gebruikt om de controlevariabele BMI te berekenen, is bekend dat deze gemiddeld worden overgerapporteerd respectievelijk ondergerapporteerd, ook al zijn de absolute verschillen klein (Hodge et al., 2020).

In de eerste versie van de vragenlijst was een manipulatiecheck opgenomen: *om de respondent te dwingen actief de stimulus te verwerken en om te checken of de manipulatie geslaagd is, wordt aan de respondent gevraagd of de zojuist gelezen tekst voornamelijk religieus, filosofisch of medisch van aard is. Respondenten die deze vraag verkeerd beantwoorden, worden van verdere analyse uitgesloten.* Later is deze vraag benoemd als attentiecheck. Achteraf gezien had de feedback van de eerste beoordelaar beter op een andere manier verwerkt kunnen worden, een expliciete manipulatiecheck had een onderdeel moeten zijn van de vragenlijst. Dit is dus een omissie in het onderzoek.

Het beoordelen van de effectiviteit van gezondheidsbevorderende preventieprogramma's is complex, onder andere doordat zowel directe als indirecte uitkomstmaten moeilijk te meten zijn (Sacks et al., 2020). In dit onderzoek is de bewuste, expliciete gedragsintentie direct na de blootstelling aan de stimulus gemeten, wat niet eventuele onbewuste, indirecte of vertraagde effecten van de interventie meet. Mogelijk is sprake van een onderschatting van het daadwerkelijke effect van de interventie.

Er is in Nederland ook sprake van voedselonzekeerheid: niet iedereen heeft altijd fysieke, sociale en economische toegang tot voldoende, veilig en gezond voedsel dat voldoet aan hun voedselvoorkeuren en dieetbehoeften voor een actief en gezond leven (Wageningen University & Research, z.d.). Voedselonzekeerheid is geassocieerd met overgewicht en obesitas. Het opnemen van een factor betreffende voedselonzekeerheid vergroot de verklarende kracht van het TPB model (Van der Velde et al., 2020). De mate van voedselonzekeerheid is niet onderzocht in deze vragenlijst, wat in vervolgonderzoek wel gedaan zou kunnen worden.

De christelijke populatie in Nederland is zeer heterogeen, er is niet één tekst of methode die iedereen aanspreekt. De doelgroep "volwassen inwoners van Nederland die zich als christen identificeren" is veel te breed gekozen, waardoor geen passend maatwerk geleverd kon worden. Lokale interventies kunnen inspelen op de normen, waarden en verwachtingen van de doelgroep, terwijl in deze scriptie een enkele, statische, zeer algemene tekst is gebruikt. Dat deze boodschap niet werkte, is geen garantie dat geen enkele op christelijke geloofsovertuiging gebaseerde boodschap in Nederland zou kunnen werken. Voor het formuleren van een voor christenen aansprekende, effectieve voorlichtingsboodschap is meer nodig dan alleen kennis van het christelijk geloof. Samenwerking met andere experts, bijvoorbeeld op het gebied van de marketing en gezondheidswetenschappen, vergroot de kans op succes bij eventuele toekomstige pogingen om in Nederland een succesvolle FBI op te zetten.

In dubio, continua (bij twijfel, ga door)

Het in deze scriptie uitgevoerde onderzoek heeft niet kunnen aantonen dat een op christelijke religie gebaseerde tekst van 1 alinea, aangeboden aan een breed geformuleerde doelgroep van volwassen christenen in Nederland, een interventie is die direct effect heeft op gedragsintentie betreffende gezonde voeding. De interventie was echter niet significant minder effectief dan de gepresenteerde andere voorlichtingsboodschappen. Er zijn in de hoofdstukken 5 en 6 meerdere verbeterpunten geformuleerd voor een betere opzet van een FBI in Nederland. Door een betere opzet van de interventie, een betere afkadering van de doelgroep en een nauwe samenwerking met kerken en gezondheidsprofessionals, zou een interventie ontworpen kunnen worden die gezondheidsbevorderend is. De scriptant spreekt de wens uit dat een dergelijke interventie realiseerbaar is met voldoende *geloof, hoop en liefde* (1 Korintiërs 13:13).

6.2 Reflectie

Deze scriptie heeft veel meer tijd in beslag genomen dan ik tevoren verwacht had. Ik heb met name onderschat hoeveel tijd het heeft gekost om de voorlichtingsboodschappen te onderzoeken, te onderbouwen, te formuleren en te verfijnen. Ik had het eindresultaat vanaf het begin behoorlijk helder: dankzij mijn werk als bijlesdocent statistiek heb ik ruime ervaring met het analyseren van uitkomsten van vragenlijsten voor scripties. Ik heb vaak cliënten geholpen om in de literatuur geschikte meetinstrumenten te vinden. Daarmee stond al heel snel de volledige outline van de vragenlijst, met in het achterhoofd dat de te gebruiken stimuli nog verder ontwikkeld moesten worden. Dat deel heb ik ernstig onderschat, en geeft me weer meer context en respect voor het harde werk dat mijn cliënten en medestudenten in hun scriptie stoppen voorafgaand aan de data-analyse.

Ik had kunnen kiezen voor een onderwerp dat aansluit bij mijn huidige werk als redacteur voor de Dieetbehandelingsrichtlijnen van 20/10 Uitgevers, maar het leek me een leuke uitdaging om ver buiten mijn gebruikelijke comfort zone te gaan en heb geprobeerd tijdens het schrijven van de scriptie nieuwe vaardigheden te ontwikkelen. Ik heb me hier ernstig op verkeken: hoewel ik bedreven ben in het plegen van literatuuronderzoek in de context van dieetbehandelingen bij specifieke ziektebeelden, heb ik onvoldoende training en ervaring met het gestructureerd en verantwoord zoeken naar literatuur op het gebied van filosofie en religie. Dit resulteerde in een rommelig onderzoek en een zwakke basis voor mijn scriptie, waarin ik helaas niet mijn vaardigheden heb kunnen laten zien die ik tijdens de opleiding heb geleerd. Ik wilde te graag te veel en te ver buiten de kaders van Voeding en Diëtetiek treden, en dat heeft geleid tot zeer scherpe feedback. Zoals de schoenmaker zich bij zijn leest moet houden, ga ik me weer toeleggen op het meewerken aan dieetbehandelingsrichtlijnen en zal ik voor mijn volgende scriptie een onderwerp en methode kiezen die aansluiten bij wat ik tijdens de opleiding geleerd heb. Door mijn frivoliteit is de scriptie van veel lagere kwaliteit dan ik graag had gewild, en dat betreurt ik zeer.

Aan de andere kant ben ik blij dat ik dankzij het onderwerp van de scriptie zoveel prachtige gesprekken heb mogen voeren met mensen met wie ik anders waarschijnlijk nooit in gesprek zou zijn geraakt. Met name het interview met de hoogleraar ethiek was ver buiten mijn gebruikelijke comfort zone: ik ben enigszins vertrouwd met wetenschapsfilosofie en logica, maar ethiek heb ik voorheen nog nooit dieper dan op populairwetenschappelijk niveau bestudeerd. De gesprekken met de christelijk religieuze leiders waren een openbaring: inhoudelijk niet heel anders dan dergelijke gesprekken met mede-atheïsten, maar de warme gloed in de ogen van de religieuze leiders zodra zij over hun god praten was bijzonder om te ervaren. De volle overtuiging waarmee zij geloven is zo oprecht, dat ik me daar zelf niets meer bij voor kan stellen. Ik ben erg dankbaar voor deze ervaring, die ik zonder het schrijven van deze scriptie waarschijnlijk nooit had gehad.

Tijdens het werken aan deze scriptie heb ik met heel veel mensen gesproken en ben meer kwalitatief bezig geweest dan ik in lange tijd heb gedaan. Ik merk dat ik interviews afnemen heel interessant vind. Op basis van de reacties van de geïnterviewden vermoed ik dat zij dit ook een positieve ervaring vonden. Maar als ik terugdenk aan het hele proces, is er voor mij één deel dat duidelijk mijn favoriet is: weer eens een data-analyse mogen doen met mijn eigen dataset. Ook terugdenkend aan mijn stage vond ik literatuuronderzoek doen leuker dan met cliënten in een spreekkamer zitten. Mijn passie ligt bij (statistisch) onderzoek doen, daar wil ik me verder op toeleggen. Daarom wil ik verder studeren: ik heb me ingeschreven voor de premaster Health Sciences aan de VU en hoop in september 2025 te beginnen aan de master Health Sciences, Nutrition & Health specialisation.

Referenties

Ackert, M., Prutskova, E., & Zabaev, I. (2020). Validation of the Short Forms of Centrality of Religiosity Scale in Russia. *Religions*, 11(11), 577. <https://doi.org/10.3390/rel11110577>

Ajzen, I. (1985). *From intentions to actions: A theory of planned behavior*. In Action control: From cognition to behavior (pp. 11-39). Springer Berlin Heidelberg.

Ajzen, I. (2019). *Theory of Planned Behavior With Background Factors*. <https://people.umass.edu/aizen/tpb.background.html>

Ajzen, I. (2020). The theory of planned behavior: Frequently asked questions. *Human Behavior and Emerging Technologies*, 2(4), 314– 324. <https://doi.org/10.1002/hbe2.195>

Albaum, G., Roster, C.A., Wiley, J., Rossiter, J. & Smith, S.M. (2014) Designing Web Surveys in Marketing Research: Does Use of Forced Answering Affect Completion Rates? *Journal of Marketing Theory and Practice*, 18(3), 285-294. <https://doi.org/10.2753/MTP1069-6679180306>

American Psychological Association (2019, september). *Singular “They”*. <https://apastyle.apa.org/style-grammar-guidelines/grammar/singular-they>

Baarda, B. (2019). *Dit is onderzoek!* (3^e druk). Noordhoff Uitgevers.

Barte, J.C., Veldwijk, J., Teixeira, P.J., Sacks, F.M., & Bemelmans, W.J. (2014). Differences in weight loss across different BMI classes: a meta-analysis of the effects of interventions with diet and exercise. *International Journal of Behavioral Medicine*, 21(5), 784-93. <https://doi.org/10.1007/s12529-013-9355-5>

Bauer, K., Lau, T., Schwille-Kiuntke, J., Schild, S., Hauner, H., Stengel, A., Zipfel, S., & Mack, I. (2020). Conventional weight loss interventions across the different BMI obesity classes: A systematic review and quantitative comparative analysis. *European Eating Disorders Review*, 28(5), 492-512. <https://doi.org/10.1002/erv.2741>

Brown, B. (2023, 21 juli). *Christian Weight Loss (How to Lose Weight Leaning On God)*. So Very Blessed. <https://soveryblessed.com/christian-weight-loss-losing-weight-with-power-of-god/>

CBS (2022). *Hoeveel volwassenen hebben overgewicht?* <https://longreads.cbs.nl/nederland-in-cijfers-2022/hoeveel-volwassenen-hebben-overgewicht/>

Cena, H., & Calder, P.C. (2020). Defining a Healthy Diet: Evidence for the Role of Contemporary Dietary Patterns in Health and Disease. *Nutrients*, 12(2), 334. <https://doi.org/10.3390/nu12020334>

Cheng, O. Y., Yam, C. L. Y., Cheung, N. S., Lo Penny Lee, P., Ngai, M. C., & Lin, C. Y. (2019). Extended theory of planned behavior on eating and physical activity. *American Journal of Health Behavior*, 43(3), 569–581. <https://doi.org/10.5993/ajhb.43.3.11>

Chew, B., Fernandez, A., & Shariff-Ghazali, S. (2018) Psychological interventions for behavioral adjustments in diabetes care – a value-based approach to disease control. *Psychology Research and Behavior Management*, 11, 145-155. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S117224>

Del Castillo, F., Del Castillo, C.D., Ching, G., Ackert, M., Aliño, M.A., & Nob, R. (2021). Validation of the Abrahamic Forms of the Centrality of Religiosity Scale (CRS-5, CRS-10, and CRS-15): Evidence from Selected University Students in the Philippines. *Religions*, 12(2), 84. <https://doi.org/10.3390/rel12020084>

Dillman, D.A., Smyth, J.D., & Christian, L.M. (2014). *Internet, Phone, Mail, and Mixed-Mode Surveys: The Tailored Design Method* (4th Edition). John Wiley & Sons.

D’Innocenzo, S., Biagi, C., & Lanari, M. (2019). Obesity and the Mediterranean Diet: A Review of Evidence of the Role and Sustainability of the Mediterranean Diet. *Nutrients*, 11(6), 1306. <https://doi.org/10.3390/nu11061306>

Dominguez, L. J., Di Bella, G., Veronese, N., & Barbagallo, M. (2021). Impact of Mediterranean Diet on Chronic Non-Communicable Diseases and Longevity. *Nutrients*, 13(6), 2028. <https://doi.org/10.3390/nu13062028>

Ehrman, B.D. (2011). *Forged: Writing in the Name of God—Why the Bible’s Authors Are Not Who We Think They Are*. HarperOne.

English, L., Ard, J. D., Bailey, R. L., Bates, M., Bazzano, L. A., Boushey, C. J., Brown, C., Butera, G., Callahan, E., De Jesus, J., Mattes, R. D., Mayer-Davis, E. J., Novotny, R., Obbagy, J., Rahavi, E., Sabaté, J., Sneltselaar, L., Stoody, E., Van Horn, L., . . . Heymsfield, S. B. (2021). Evaluation of dietary Patterns and All-Cause mortality. *JAMA Network Open*, 4(8), e2122277. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.22277>

Epicurus (2003). *Brief aan Menoikeus* (K. Algra, Vert.). Historische Uitgeverij. (Originele bron gepubliceerd rond 300 voor onze jaartelling)

Esperandio, M. R. G., August, H., Viacava, J. J. C., Huber, S., & Fernandes, M. L. (2019). Brazilian Validation of Centrality of Religiosity Scale (CRS-10BR and CRS-5BR). *Religions*, 10(9), 508. <https://doi.org/10.3390/rel10090508>

Evers, R. (2017, 14 april). *De filosofie van het Bijbelse koosjere eten*. <https://www.christenenvoorisrael.nl/artikelen/de-filosofie-van-het-bijbelse-koosjere-eten>

Fabiani, R., Naldini, G., & Chiavarini, M. (2019). Dietary Patterns and Metabolic Syndrome in Adult Subjects: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Nutrients*, 11(9), 2056. <https://doi.org/10.3390/nu11092056>

Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A.-G. (2009). Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods*, 41, 1149-1160.

Field, A. (2017). *Discovering Statistics Using IBM SPSS Statistics* (5th edition). Sage.

Flycatcher Internet Research (2017, november). *Quickscan Voedselvaardigheid*. <https://www.voedingscentrum.nl/Assets/Uploads/voedingscentrum/Documents/Professionals/Pers/Per smappen/Quickscan%20Voedselvaardigheid/Quickscan%20Voedselvaardigheid%20-%20publicatiedatum%2015%20januari%202018.pdf>

Francis, S.A., & Liverpool, J. (2009). A Review of Faith-Based HIV Prevention Programs. *Journal of Religion and Health*, 48, 6–15. <https://doi.org/10.1007/s10943-008-9171-4>

Gardner, C. D., Vadiveloo, M., Petersen, K., Anderson, C. A., Springfield, S., Van Horn, L., Khera, A., Lamendola, C., Mayo, S. M., & Joseph, J. J. (2023). Popular Dietary Patterns: Alignment with American Heart Association 2021 Dietary Guidance: A scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*, 147(22), 1715–1730. <https://doi.org/10.1161/cir.0000000000001146>

Gezondheidsraad (2015). *Richtlijnen goede voeding 2015* (publicatienr. 2015/24). <https://www.gezondheidsraad.nl/documenten/adviezen/2015/11/04/richtlijnen-goede-voeding-2015>

Got Questions Ministries (2022a, 4 januari). *How should a Christian view weight loss?* <https://www.gotquestions.org/Christian-weight-loss.html>

Got Questions Ministries (2022b, 28 oktober). *What does the Bible say about nutrition?* <https://www.gotquestions.org/Bible-nutrition.html>

Griffith, D.M., & Jaeger, E.C. (2020). Mighty men: A faith-based weight loss intervention to reduce cancer risk in African American men. *Advances in Cancer Research*, 146, 189–217, <https://doi.org/10.1016/bs.acr.2020.01.010>

Grzymisławska, M., Puch, E.A., Zawada, A., & Grzymisławski, M. (2020). Do nutritional behaviors depend on biological sex and cultural gender? *Advances in Clinical and Experimental Medicine*, 29(1), 165–172. <https://doi.org/10.17219/acem/111817>

Guasch-Ferré, M., & Willett, W. C. (2021). The Mediterranean diet and health: a comprehensive overview. *Journal of Internal Medicine*, 290(3), 549–566. <https://doi.org/10.1111/joim.13333>

Herrema, A. L., Westerman, M. J., van Dongen, E. J. I., Kudla, U., & Veltkamp, M. (2018). Combined Protein-Rich Diet With Resistance Exercise Intervention to Counteract Sarcopenia: A Qualitative Study on Drivers and Barriers of Compliance. *Journal of aging and physical activity*, 26(1), 106–113. <https://doi.org/10.1123/japa.2017-0126>

Hodge, J.M., Shah, R., McCullough, M.L., Gapstur, S.M., & Patel, A.V. (2020). Validation of self-reported height and weight in a large, nationwide cohort of U.S. adults. *PLoS ONE* 15(4): e0231229. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0231229>

Hosker, D. K., Elkins, R. M., & Potter, M. P. (2019). Promoting mental health and wellness in youth through physical activity, nutrition, and sleep. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 28(2), 171–193. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2018.11.010>

Huber, S., & Huber, O.W. (2012). The Centrality of Religiosity Scale (CRS). *Religions*, 3(3), 710–724. <https://doi.org/10.3390/rel3030710>

Humanists International (2022). *The Amsterdam Declaration*. <https://humanists.international/what-is-humanism/the-amsterdam-declaration/>

Isaac, K. S., Hay, J. L., & Lubetkin, E. I. (2016). Incorporating Spirituality in Primary Care. *Journal of religion and health*, 55(3), 1065–1077. <https://doi.org/10.1007/s10943-016-0190-2>

Jager, J., Putnick, D. L., & Bornstein, M. H. (2017). II. More than just convenient: The scientific merits of homogeneous convenience samples. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 82(2), 13-30. <https://srcd.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/mono.12296>

Junainah, A., Sharifah Munirah, S.E., Mohd Said, N., & Hanida Hani, M.M. (2021). Religiosity and its Relationship with Smoking Cessation A Systematic Review. *International Medical Journal Malaysia*. 20(4), 85-94. <https://doi.org/10.31436/imjm.v20i4.1654>

Kerkgenootschap der Zevende-dags Adventisten (z.d.). *Over ons*. <https://www.adventist.nl/korte-introductie/>

Knief, U., & Forstmeier, W. (2021). Violating the normality assumption may be the lesser of two evils. *Behavior Research Methods*, 53(6), 2576–2590. <https://doi.org/10.3758/s13428-021-01587-5>

Kok, G., Peters, G.Y., Kessels, L.T.E., Ten Hoor, G.A., & Ruiters, R. A.C. (2018). Ignoring theory and misinterpreting evidence: the false belief in fear appeals. *Health Psychology Review*, 12(2), 111-125. <https://doi.org/10.1080/17437199.2017.1415767>

Korthals, M. (2011a). Three Main Areas of Concern, Four Trends in Genomics and Existing Deficiencies in Academic Ethics. In M. Korthals (Red.), *Genomics, Obesity and the Struggle over Responsibilities* (pp. 59-76). Springer.

Korthals, M. (2011b). Conclusion: Beyond Genomics and Obesity. In M. Korthals (Red.), *Genomics, Obesity and the Struggle over Responsibilities* (pp. 227-241). Springer.

Li, M. (2021). Uses and abuses of statistical control variables: Ruling out or creating alternative explanations? *Journal of Business Research*, 126, 472–488. <https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2020.12.037>

Litalien, M., Atari, D.O., & Obasi, I. (2022). The Influence of Religiosity and Spirituality on Health in Canada: A Systematic Literature Review. *Journal of Religion and Health*, 61, 373–414. <https://doi.org/10.1007/s10943-020-01148-8>

Looman, M., Feskens, E.J., de Rijk, M., Meijboom, S., Biesbroek, S., Temme, E.H., de Vries, J., & Geelen, A. (2017). Development and evaluation of the Dutch Healthy Diet index 2015. *Public health nutrition*, 20(13), 2289–2299. <https://doi.org/10.1017/S136898001700091X>

McEachan, R., Conner, M., Taylor, N., & Lawton, R. (2011). Prospective prediction of health-related behaviours with the Theory of Planned Behaviour: a meta-analysis. *Health Psychology Review*, 5(2), 97–144. <https://doi.org/10.1080/17437199.2010.521684>

Medisch Contact (2005, 15 april). *Hoogervorst: "on gezond leven is geen recht"*. <https://www.medischcontact.nl/actueel/laatste-nieuws/artikel/hoogervorst-ongezond-leven-is-geen-recht>

Miller, W.R., & Rollnick, S. (2018). *Motiverende Gespreksvoering* (derde editie). Ekklesia.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2018). *Nationaal Preventieakkoord: naar een gezonder Nederland*. <https://open.overheid.nl/documenten/ronl-1f7b7558-4628-477d-8542-9508d913ab2c/pdf>

NBV (2021). *Nieuwe Bijbelvertaling*. <https://www.nbv.nl>

NHG (z.d.). *Ik wil gezond eten*. <https://www.thuisarts.nl/gezond-eten/ik-wil-gezond-eten>

Noordman, J., Meurs, M., Poortvliet, R., Rusman, T., Orego-Villagran, C., Ballester, M., Ninov, L., Niño de Guzmán, E., Alnoso-Coello, P., Groene, O., Suñol, R., Heijmans, M., & Wagner, C. (2023). Contextual factors for the successful implementation of self-management interventions for chronic diseases: A qualitative review of reviews. *Chronic Illness*. Epub ahead of print. <https://doi.org/10.1177/17423953231153337>

Ntoumanis, N., Ng, J.Y.Y., Prestwich, A., Quested, E., Hancox, J.E., Thøgersen-Ntoumani, C., Deci, E.L., Ryan, R.M., Lonsdale, C., & Williams, G.C. (2021). A meta-analysis of self-determination theory-informed intervention studies in the health domain: effects on motivation, health behavior, physical, and psychological health. *Health Psychology Review*, 15(2), 214-244. <https://doi.org/10.1080/17437199.2020.1718529>

NVD (2022). *Een visie op de diëtetiek en de diëtist in 2030*. https://nvdietist.nl/app/uploads/2022/01/NVD_visie_digitaal.pdf

Onyishi, C. N., Ilechukwu, L. C., Victor-Aigbodion, V., & Eseadi, C. (2021). Impact of spiritual beliefs and faith-based interventions on diabetes management. *World journal of diabetes*, 12(5), 630–641. <https://doi.org/10.4239/wjd.v12.i5.630>

Papadaki, A., Nolen-Doerr, E., & Mantzoros, C. S. (2020). The Effect of the Mediterranean Diet on Metabolic Health: A Systematic Review and Meta-Analysis of Controlled Trials in Adults. *Nutrients*, 12(11), 3342. <https://doi.org/10.3390/nu12113342>

Paul Victor, C.G., & Treschuk, J.V. (2020). Critical Literature Review on the Definition Clarity of the Concept of Faith, Religion, and Spirituality. *Journal of Holistic Nursing*, 38(1), 107-113. <https://doi.org/10.1177/0898010119895368>

Pleijers, A., & De Vries, R. (2021). *Indeling van opleidingen op basis van niveau en oriëntatie*. CBS. <https://www.cbs.nl/nl-nl/longread/discussion-papers/2021/invulling-praktisch-en-theoretisch-opgeleiden/3-indeling-van-opleidingen-op-basis-van-niveau-en-orientatie>

Purnell, J.Q. (2023). *Definitions, Classification, and Epidemiology of Obesity*. In: Feingold, K.R., Anawalt, B., & Blackman, M.R. (reds.). Endotext [Internet]. MDText.com. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK279167/>

Riegel, U. (2020). Centrality of Religiosity, Attitude towards Christianity and Post-Critical Belief: Comparing Three Measures of Religiosity. *Religions*, 11(1), 46. <https://doi.org/10.3390/rel11010046>

RIVM (2021). *Voortgangsrapportage Nationaal preventieakkoord 2020*. <https://open.overheid.nl/documenten/ronl-1eb79a3d-a0d1-402e-a87f-2f35dc6ff3a8/pdf>

RIVM (2023, 17 maart). *Gezond gewicht*. Geraadpleegd op 22 oktober 2023 van <https://www.rivm.nl/leefstijlmonitor/gezond-gewicht>

RIVM (z.d.). *Landelijk beleid overgewicht*. Geraadpleegd op 8 april 2024 van <https://www.loketgezondleven.nl/gezondheidsthema/overgewicht/landelijke-kaders-overgewicht>

Ryan, R.M., & Deci, E.L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55(1), 68–78. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.68>

Ryan, R.M., & Deci, E.L. (2017). *Self-Determination Theory: Basic Psychological Needs in Motivation, Development, and Wellness*. Guilford Press.

Sacks, G., Kwon, J., & Ananthapavan, J. (2020). The application of an evidence Framework for Obesity Prevention at the Population-Level. *Current Obesity Reports*, 9(2), 150–158. <https://doi.org/10.1007/s13679-020-00376-z>

Sanusi, A., Elsey, H., Golder, S., Sanusi, O., & Oluyase, A. (2023) Cardiovascular health promotion: A systematic review involving effectiveness of faith-based institutions in facilitating maintenance of normal blood pressure. *PLOS Global Public Health*, 3(1), e0001496. <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0001496>

Scanlon, T.M. (2000). *What We Owe to Each Other*. Belknap Press.

Schipper, J. (2015, 8 januari). *"Nooit heb ik een preek over voedsel gehoord"*. <https://cvandaag.nl/46654-nooit-heb-ik-een-preek-over-voedsel-gehoord>

Schmeets, H., & Houben, M. (2023, 7 april). *Religieuze betrokkenheid in Nederland*. CBS. <https://www.cbs.nl/nl-nl/longread/statistische-trends/2023/religieuze-betrokkenheid-in-nederland?onepage=true>

Schnabel, L. (2021). Survey Experiments. In S. Engler & M. Stausberg (Eds.), *The Routledge Handbook of Research Methods in the Study of Religion (2nd ed.)*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781003222491>

Sharkey, T. P., Whatnall, M., Hutchesson, M. J., Haslam, R. L., Bezzina, A., Collins, C. E., & Ashton, L. (2020). Effectiveness of gender-targeted versus gender-neutral interventions aimed at improving dietary intake, physical activity and/or overweight/obesity in young adults (aged 17–35 years): a systematic review and meta-analysis. *Nutrition Journal*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12937-020-00594-0>

Simms, L. J., Zelazny, K., Williams, T. F., & Bernstein, L. (2019). Does the number of response options matter? Psychometric perspectives using personality questionnaire data. *Psychological Assessment*, 31(4), 557–566. <https://doi.org/10.1037/pas0000648>

Singer, P.A.D. (1979). *Practical Ethics*. Cambridge University Press.

Skiadas, P. K., & Lascaratos, J. G. (2001). Dietetics in ancient Greek philosophy: Plato's concepts of healthy diet. *European journal of clinical nutrition*, 55(7), 532–537. <https://doi.org/10.1038/sj.ejcn.1601179>

Suhaimi, T., Wajihah Wafa Syed Saadun Tarek Wafa, S., Farhan Mohd Rasdi, H., & Abd Talib, R. (2022). Models and theories to support health promotion programmes for overweight and obese adults: A scoping review. *Malaysian Journal of Nutrition*, 28(3), 335-355. <https://doi.org/10.31246/mjn-2021-0126>

Swierstra, T. (2011). Behaviour, Environment or Body: Three Discourses on Obesity. In M. Korthals (Red.), *Genomics, Obesity and the Struggle over Responsibilities* (pp. 27-38). Springer.

Thompson, P.B. (2015). *From Field to Fork: Food Ethics for Everyone*. Oxford University Press.

Van den Belt, H. (2011). Contesting the Obesity 'Epidemic': Elements of a Counter Discourse. In M. Korthals (Red.), *Genomics, Obesity and the Struggle over Responsibilities* (pp. 39-58). Springer.

Van der Velde, L.A., Nyns, C.J., Engel, .M.D, Neter, J.E., Van der Meer, I.M., Numans, M.E., & Kieftede Jong, J.C. (2020). Exploring food insecurity and obesity in Dutch disadvantaged neighborhoods: a cross-sectional mediation analysis. *BMC Public Health*, 20(1), 569. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-08611-x>

Van der Velde, M., Jansen, P., & Dijkers, J. (2015). *Praktijkgericht Onderzoek* (2^e druk). Concept Uitgeefgroep.

Van Meurs, T. (2023). *No appetite for meddling: The role of anti-institutionalism in educational differences in the receptivity to nutrition interventions*. [Doctoral Thesis, Erasmus University Rotterdam].

Veltkamp, M., Anschutz, D. J., Kremers, S. P. J., & Holland, R. W. (2020). Comparison of food recommendations varying in sustainability: Impact on dietary intake and motivation to follow recommendations. *Journal of Health Psychology*, 25(3), 373-386. <https://doi.org/10.1177/1359105317718056>

Venema, T., Kroese, F. M., Benjamins, J. S., & De Ridder, D. T. D. (2020). When in doubt, follow the crowd? Responsiveness to social proof nudges in the absence of clear preferences. *Frontiers in Psychology*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01385>

Verrett, B. (2021, 12 april). *Is It Okay for Christians to Eat Meat?* <https://www.christianity.com/wiki/christian-life/is-it-okay-for-christians-to-eat-meat.html>

Voedingscentrum (z.d.). *Waarom is gezond eten belangrijk?* <https://www.voedingscentrum.nl/nl/service/vraag-en-antwoord/gezonde-voeding-en-voedingsstoffen/waarom-is-gezond-eten-belangrijk-.aspx>

Volksgezondheid en Zorg (z.d.). *Sociaaleconomische status | Verantwoording | Definities.* <https://www.vzinfo.nl/sociaaleconomische-status/verantwoording/definities>

Vrije Baptistengemeente Bethel. (2021, 24 mei). *Wat zegt De Bijbel over een gezonde levensstijl?* [Video]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=hndKyTEVQgM>

Wageningen University & Research (z.d.). *Voedselzekerheid: voldoende, veilig en gezond voedsel voor iedereen.* Gerdaadpleegd op 8 januari 2024, van <https://www.wur.nl/nl/show/voedselzekerheid-2.htm>

Wang, J., Pham, T. L., & Dang, V. T. (2020). Environmental Consciousness and Organic Food Purchase Intention: A Moderated Mediation Model of Perceived Food Quality and Price Sensitivity. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(3), 850. <https://doi.org/10.3390/ijerph17030850>

Waters, G.P. (2019). *The Pastor and the Care of the Body.* Servants of Grace. <https://servantsofgrace.org/the-pastor-and-the-care-of-the-body/>

WHO (2021, 9 juni). *Obesity and overweight.* <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

Witkamp, R. (2017). Nutri-theologie: een interspecialisatie met toekomst. *Voeding Magazine*, 30(1), 13. https://www.zuivelengezondheid.nl/wp-content/uploads/2017/03/voeding_magazine_nummer_1_2017.pdf

Wolstenholme, E., Carfora, V., Catellani, P., Poortinga, W., & Whitmarsh, L. (2021), Explaining intention to reduce red and processed meat in the UK and Italy using the theory of planned behaviour, meat-eater identity, and the Transtheoretical model. *Appetite*, 166, 105467. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2021.105467>

Woźniak, J., Garbacz, K., Wojciechowska, O., Wrzosek, M., & Włodarek, D. (2022). Effectiveness of a 12-Month Online Weight Reduction Program in Cohorts with Different Baseline BMI-A Prospective Cohort Study. *Nutrients*, 14(16), 3281. <https://doi.org/10.3390/nu14163281>

Yeary, K.H.K., Sobal, J., & Wethington, E. (2017). Religion and body weight: a review of quantitative studies. *Obesity Reviews*, 18(10), 1210-1222. <https://doi.org/10.1111/obr.12569>

Young, D. (2015). *Filosofen over beweging en sport.* Ten Have.

Appendix A: Bijbelcitataten (op volgorde van aanhalen)

1 Timoteüs 4: 8 Oefening van het lichaam heeft wel enig nut, maar het nut van een vroom leven is grenzeloos, omdat het een belofte inhoudt voor dit leven en het leven dat komen zal.

Lucas 12: 22-23 Hij zei tegen zijn leerlingen: 'Om deze reden zeg ik tegen jullie: maak je geen zorgen over jezelf en over wat je zult eten, noch over je lichaam en over wat je zult aantrekken. Want het leven is meer dan voedsel en het lichaam meer dan kleding.

Romeinen 14: 17 Want het koninkrijk van God is geen zaak van eten en drinken, maar van gerechtigheid, vrede en vreugde door de heilige Geest.

Spreuken 3: 1-8 Mijn zoon, vergeet mijn lessen niet, houd in je hart de richtlijnen vast. Ze vermeerderen de dagen van je leven, geven je vele jaren van geluk. ... Vertrouw op de HEER met heel je hart, steun niet op eigen inzicht. Denk aan Hem bij alles wat je doet, dan baant Hij voor jou de weg. ... Het zal je sterken als een medicijn, het verkwikt je lichaam.

3 Johannes 1: 2 Geliefde broeder, ik hoop dat het u in alle opzichten goed gaat en dat u gezond bent. Dat het uw ziel goed gaat weet ik.

Spreuken 23: 2-3 Bedwing je gulzigheid, ook al houd je van een goede maaltijd. Laat je niet verleiden door zijn lekkernijen, want je wordt erdoor misleid.

Spreuken 23: 20-21 Ga niet om met dronkenlappen, blijf bij gulzigaards vandaan. Want wie slempt en brast, wordt arm, wie altijd zijn roes ligt uit te slapen, gaat ten slotte in lompen gehuld.

Prediker 3: 13 Want wanneer hij zich aan eten en drinken te goed doet en geniet van al het goede dat hij moeizaam heeft verworven, is dat een geschenk van God.

Spreuken 25: 27 Overmatig honing eten is niet goed.

1 Korintiërs 6: 12 U zegt: 'Alles is mij toegestaan.' Maar niet alles is goed voor u. Zeker, alles is mij toegestaan, maar ik mag me door niets laten beheersen.

Filippenzen 3: 18-19 Ik heb u al vaak gezegd, en zeg nu zelfs met tranen in mijn ogen: velen leven als vijand van het kruis van Christus en gaan hun ondergang tegemoet. Hun god is hun buik, hun eer is schaamteloosheid en hun aandacht is alleen gericht op aardse zaken.

Genesis 1: 29 Hierbij geef Ik jullie alle zaaddragende planten en alle vruchtbomen op de aarde; dat zal jullie voedsel zijn.

Genesis 9: 3 Alles wat leeft en beweegt zal jullie tot voedsel dienen; dit alles geef ik je, zoals ik je ook de planten heb gegeven.

Romeinen 14: 14 Omdat ik één ben met de Heer Jezus weet ik, en ben ik ervan overtuigd, dat niets op zichzelf onrein is, maar dat iets onrein is voor wie het als onrein beschouwt.

Handelingen 15: 28 – 29 In overeenstemming met de heilige Geest hebben wij namelijk besloten u geen andere verplichtingen op te leggen dan wat strikt noodzakelijk is: onthoud u van offervlees dat bij de afgodendienst is gebruikt, van bloed, van vlees waar nog bloed in zit, en van ontucht. Als u zich hier aan houdt, doet u wat juist is. Het ga u goed.'

Romeinen 14: 3 Wie alles eet mag niet neerzien op iemand die dat niet doet, en wie niet alles eet mag geen oordeel vellen over iemand die dat wel doet, want God heeft hem aanvaard.

Daniël 1: 8,12-15 Daniël was vastbesloten zich aan de reinheidsvoorschriften te houden en hij vroeg de hoofdeunuch toestemming zich van de spijzen en de wijn van de tafel van de koning te onthouden. ... 'Neem de proef op de som en laat uw dienaren tien dagen alleen groente eten en water drinken. Vergelijk ons uiterlijk daarna met dat van de jongemannen die de koninklijke spijzen eten, en beslis dan over uw dienaren op grond van wat u ziet.' De kamerheer ging op het voorstel in en gaf hun tien dagen. Aan het eind van de tien dagen zagen zij er gezonder en beter doorvoed uit dan alle jongemannen die de koninklijke spijzen voorgezet hadden gekregen. Dus diende de kamerheer hun geen koninklijke spijzen en wijn meer op, maar gaf hij hun alleen nog groente.

Daniël 6: 17-24 Hierop gaf de koning bevel Daniël te halen en hem in de leeuwenkuil te werpen. De koning zei tegen Daniël: 'Uw God, die u zo vasthoudend dient, zal u redden!' Er werd een steen gebracht waarmee de opening van de kuil werd afgedekt, en de koning verzegelde die met zijn zegelring en met de zegelring van zijn machthebbers, om te verhinderen dat iemand iets aan Daniëls omstandigheden zou veranderen. Daarna keerde de koning terug naar zijn paleis en bracht de nacht door zonder iets te eten; hij kon de slaap niet vatten, maar liet niets ter afleiding brengen. Vroeg in de ochtend, toen het licht begon te worden, stond de koning op en haastte zich naar de leeuwenkuil. Zodra hij in de buurt van de kuil kwam, riep hij Daniël met bedroefde stem toe: 'Daniël, dienaar van de levende God, heeft uw God, die u zo vasthoudend dient, u van de leeuwen kunnen redden?' En Daniël zei tegen de koning: 'Majesteit, leef in eeuwigheid! Mijn God heeft zijn engel gezonden en de leeuwenmuilen gesloten. Ze hebben mij geen kwaad gedaan, omdat hij mij onschuldig acht; maar ook u, majesteit, heb ik niets misdaan.' De koning was bijzonder verheugd en hij beval Daniël uit de kuil te halen. Daniël werd uit de kuil getrokken, en hij bleek ongedeerd te zijn, want hij had op zijn God vertrouwd.

Handelingen 27: 33-35 Kort voor het aanbreken van de dag spoorde Paulus iedereen aan om iets te eten. Hij zei: 'Jullie wachten nu al veertien dagen af, zonder ook maar iets gegeten te hebben. Ik raad jullie aan om nu iets te eten, want dat zal bijdragen tot jullie redding; niemand van jullie zal een haar worden gekrenkt.' Toen hij dat gezegd had, nam hij een stuk brood, dankte God in aanwezigheid van allen, brak het brood en begon te eten

1 Korintiërs 10: 31 Dus of u nu eet of drinkt of iets anders doet, doe alles ter ere van God.

Romeinen 12: 1 Broeders en zusters, met een beroep op Gods barmhartigheid vraag ik u om uzelf als een levend, heilig en God welgevallig offer in zijn dienst te stellen, want dat is de ware eredienst voor u.

1 Korintiërs 6: 19-20 Of weet u niet dat uw lichaam een tempel is van de heilige Geest, die in u woont en die u ontvangen hebt van God, en weet u niet dat u niet van uzelf bent? U bent gekocht en betaald, dus bewijs God eer met uw lichaam.

Lucas 1: 39-56 Kort daarop reisde Maria in grote haast naar het bergland, naar een stad in Juda, waar ze het huis van Zacharias binnenging en Elisabet begroette. Toen Elisabet de groet van Maria hoorde, sprong het kind op in haar schoot; ze werd vervuld van de heilige Geest en riep luid: 'De meest gezegende ben je van alle vrouwen, en gezegend is de vrucht van je schoot! Wie ben ik dat de moeder van mijn Heer naar mij toe komt? Toen ik je groet hoorde, sprong het kind van vreugde op in mijn schoot. Gelukkig is zij die gelooft heeft dat de woorden van de Heer in vervulling zullen gaan.'

Micha 5: 1-4a Uit jou, Betlehem in Efrata, te klein om tot Juda's geslachten te behoren, uit jou komt iemand voort die voor Mij over Israël zal heersen. Zijn oorsprong ligt in lang vervlogen tijden, in de dagen van weleer. Totdat de vrouw die zwanger is haar kind heeft gebaard, worden zijn broeders aan hun lot overgelaten. Daarna zullen wie er nog over zijn terugkeren naar de andere Israëlieten. Hij zal aantreden en hen als een herder weiden, bekleed met de macht van de HEER, zijn God, met de majesteit van diens verheven naam. Zij zullen veilig wonen, want hij zal heersen tot aan de einden der aarde, en hij brengt vrede.

Johannes 4: 1 – 15 Toen Jezus hoorde dat aan de farizeeën verteld werd dat Hij meer leerlingen maakte en er ook meer doopte dan Johannes – Jezus doopte overigens niet zelf, zijn leerlingen deden dat – , verliet Hij Judea en ging weer naar Galilea. Daarvoor moest Hij door Samaria heen. Zo kwam Hij bij de Samaritaanse stad Sichar, dicht bij het stuk grond dat Jakob aan zijn zoon Jozef gegeven had, waar de Jakobsbron is. Jezus was vermoeid van de reis en ging bij de bron zitten; het was rond het middaguur. Toen kwam er een Samaritaanse vrouw water putten. Jezus zei tegen haar: 'Geef Mij wat te drinken.' Zijn leerlingen waren namelijk naar de stad gegaan om eten te kopen. De vrouw antwoordde: 'Hoe kunt U, als Jood, mij om drinken vragen? Ik ben immers een Samaritaanse!' (Joden gaan namelijk niet met Samaritanen om.) Jezus zei tegen haar: 'Als u wist wat God wil geven, en wie het is die u om water vraagt, zou u Héme erom vragen en dan zou Hij u levend water geven.' 'Maar heer,' zei de vrouw, 'U hebt geen emmer, en de put is diep – waar wilt U dan levend water vandaan halen? U kunt toch niet meer dan Jakob, onze voorvader? Hij heeft ons die put gegeven en er zelf nog uit gedronken, en ook zijn zonen en zijn vee.' Jezus antwoordde: 'Iedereen die dit water drinkt zal weer dorst krijgen, maar wie het water drinkt dat Ik hem geef, zal nooit meer dorst krijgen. Het water dat Ik geef, zal in hem een bron worden waaruit water opwelt dat eeuwig leven geeft.' 'Geef mij dat water, heer,' zei de vrouw, 'dan zal ik geen dorst meer hebben en hoef ik ook niet meer hierheen te komen om water te putten.'

Romeinen 8: 4-11 opdat alles wat de wet eist in ons tot vervulling wordt gebracht. Wij leven immers niet volgens aardse maatstaven, maar volgens die van de Geest. Wie beheerst wordt door het aardse, streeft aardse zaken na, maar wie beheerst wordt door de Geest, streeft na wat de Geest wil. Het aardse streven leidt tot de dood, maar het streven waartoe de Geest aanzet leidt tot leven en vrede. Het aardse streven staat vijandig tegenover God, want het onderwerpt zich niet aan zijn wet en is daar ook niet toe in staat. Wie beheerst wordt door het aardse, kan God niet behagen. U daarentegen wordt beheerst door de Geest, want de Geest van God woont in u. Iemand die de Geest van Christus niet heeft, behoort Christus ook niet toe. Als Christus echter in u leeft, is uw lichaam weliswaar door de zonde ten dode opgeschreven, maar de Geest schenkt u leven, omdat u door God rechtvaardig bent verklaard. Want als de Geest van Hem die Jezus uit de dood heeft opgewekt in u woont, zal Hij die Christus heeft opgewekt ook uw sterfelijk lichaam levend maken door zijn Geest, die in u woont.

Galaten 5: 13-25 Broeders en zusters, u bent geroepen om vrij te zijn. Misbruik die vrijheid niet om uw aardse begeerten vrij spel te geven, maar dien elkaar in liefde, want de hele wet is vervuld in één uitspraak: 'Heb uw naaste lief als uzelf.' Maar wanneer u elkaar aanvliegt en verscheurt, pas dan maar op dat u niet door elkaar wordt verslonden. Ik zeg u dus: laat u leiden door de Geest, dan zult u niet toegeven aan aardse begeerten. De aardse begeerte gaat in tegen de Geest, en wat de Geest verlangt gaat in tegen de aardse begeerte. Het een is in strijd met het ander, en u kunt dus niet zomaar doen wat u wilt. Maar wanneer u door de Geest geleid wordt, bent u niet onderworpen aan de wet. De praktijken waartoe de aardse begeerte aanzet zijn bekend: ontucht, zedeloosheid

en losbandigheid, afgoderij en toverij, vijandschap, tweespalt, jaloezie en woede, gekonkel, geruzie en rivaliteit, afgunst, bras- en slompartijen, en nog meer van dat soort dingen. Ik herhaal de waarschuwing die ik u al eerder gaf: wie zich aan deze dingen overgeven, zullen geen deel hebben aan het koninkrijk van God. Maar de vrucht van de Geest is liefde, vreugde en vrede, geduld, vriendelijkheid en goedheid, geloof, zachtmoedigheid en zelfbeheersing. Er is geen wet die daar iets tegen heeft. Wie Christus Jezus toebehoort, heeft zijn aardse natuur met alle hartstocht en begeerte aan het kruis geslagen. Als we leven door de Geest, laten we de Geest dan ook volgen.

1 Timoteüs 4: 8 Oefening van het lichaam heeft wel enig nut, maar het nut van een vroom leven is grenzeloos, omdat het een belofte inhoudt voor dit leven en het leven dat komen zal.

Prediker 11: 9-10 Geniet dus, beste vriend, van je jonge jaren, haal je hart op aan de dagen van je jeugd. Volg de wegen die je hart wil gaan, gun je ogen wat ze wensen. En onthoud bij alles wat je doet dat God je aan zijn oordeel onderwerpt. Belast je hart niet met verdriet en houd je lichaam vrij van kwalen, want je jeugd en jonge jaren zijn al snel voorbij.

Jeremia 29: 10-14 Dit zegt de HEER: Als er in Babel zeventig jaar voorbij zijn, zal Ik naar jullie omzien. Dan zal Ik mijn belofte gestand doen door jullie naar Jeruzalem te laten terugkeren. Mijn plan met jullie staat vast – spreekt de HEER: Ik heb jullie geluk voor ogen, niet jullie ongeluk; Ik zal je een hoopvolle toekomst geven. Jullie zullen Mij aanroepen en weer tot Mij gaan bidden, en Ik zal naar jullie luisteren. Jullie zullen Mij zoeken en ook vinden, als jullie Mij tenminste met hart en ziel zoeken. Ik zal me door jullie laten vinden – spreekt de HEER – en Ik zal in je lot een keer brengen. Ik zal jullie samenbrengen uit alle volken en plaatsen waarheen Ik je verdreven heb – spreekt de HEER – en je laten terugkeren naar Jeruzalem, waaruit Ik je heb laten wegvoeren.

1 Korintiërs 13: 13 Dit is wat blijft: geloof, hoop en liefde, deze drie, maar de grootste daarvan is de liefde.

Appendix B: Interviewscripts

In deze appendix zijn de scripts opgenomen die als leidraad tijdens de interviews met de verscheidene experts zijn gebruikt.

Interviewscript voor christelijk religieuze leiders

Wat houdt uw beroep in? Wat omvatten uw taken, speelt voeding of een gezondheidsboodschap hier een rol in? Hoe ziet voor u een ideale kerkdienst er uit?

Wat verstaat u onder “gezonde voedingsgewoonten”?

Wat is, vanuit uw professie, het belang van gezonde voedingsgewoonten?

In welke mate speelt voeding een rol in uw beroep? Welke manieren ziet u voor een gezondheidsboodschap in uw kerk? Welke mogelijkheden zijn er buiten de kerk zelf die wel relatie hebben met geloof of gemeente?

Hoe belangrijk vindt u het om met gemeenteleden te spreken over voeding? Ziet u dat als deel van uw professionele of persoonlijke verantwoordelijkheid?

Bespreekt u gezonde voedingsgewoontes wel eens in uw preek of tijdens de catechismus? Zou u hiervoor open staan?

Wat zijn inzichten, tools of skills die u aan diëtisten kunt bieden om hun werk wat betreft voorlichting en preventie beter te kunnen doen? Zijn er onderwerpen of situaties waarin u probeert gemeenteleden te overtuigen of hun gedrag te beïnvloeden? Gebruikt u wel eens technieken zoals Motiverende Gespreksvoering?

Wat zou u, op basis van uw professie, tegen gemeenteleden zeggen die hun voedingsgewoonten willen verbeteren? Wat zijn argumenten die u gebruikt om hen te overtuigen of te motiveren?

Wat zou u, op basis van uw professie, tegen gemeenteleden zeggen die hun voedingsgewoonten niet willen verbeteren? Wat zijn argumenten die u gebruikt om hen te overtuigen of te motiveren?

Als u kijkt naar de motiverende voorlichtingsboodschap die ik geschreven heb, hoe zou u deze verbeteren? Welke elementen missen er, welke elementen horen hier niet in thuis, welke elementen kunnen beter of anders verwoord worden? Hoe groot is de rol van Bijbelcitaties in een religieuze voorlichtingsboodschap gericht op bevordering van gezonde voedingsgewoonten?

Zou u open staan voor het ophangen van enkele posters in uw kerk? Zou u interesse hebben in het meewerken aan een op christelijke geloofsovertuiging gebaseerde gezondheidsinterventie en hoe zou u uw rol hierin zien?

Zou dezelfde voorlichting gebruikt kunnen worden voor bijvoorbeeld protestanten en lutheranen? Hebben verschillende christelijke geloofsgemeenschappen een andere aanpak nodig?

Interviewscript voor filosofen

Wat verstaat u onder “gezonde voedingsgewoonten”?

Wat is, vanuit uw professie, het belang van gezonde voedingsgewoonten?

Hoe belangrijk vindt u het om met medeburgers te spreken over voeding? Ziet u dat als deel van uw professionele of persoonlijke verantwoordelijkheid?

Wat zou u, op basis van uw professie, tegen medeburgers zeggen die hun voedingsgewoonten willen verbeteren? Wat zijn argumenten die u gebruikt om hen te overtuigen of te motiveren?

Wat zou u, op basis van uw professie, tegen medeburgers zeggen die hun voedingsgewoonten niet willen verbeteren? Wat zijn argumenten die u gebruikt om hen te overtuigen of te motiveren?

Wat zijn inzichten, tools of skills die u aan diëtisten kunt bieden om hun werk wat betreft voorlichting en preventie beter te kunnen doen?

Welke rol zou een filosoof kunnen spelen in een multidisciplinaire gezondheidsinterventie?

Als u kijkt naar de motiverende voorlichtingsboodschap die ik geschreven heb, hoe zou u deze verbeteren? Welke elementen missen er, welke elementen horen hier niet in thuis, welke elementen kunnen beter of anders verwoord worden?

Interviewscript voor (para)medici

Wat verstaat u onder “gezonde voedingsgewoonten”?

Wat is, vanuit uw professie, het belang van gezonde voedingsgewoonten?

Hoe belangrijk vindt u het om met patiënten te spreken over voeding? Ziet u dat als deel van uw professionele of persoonlijke verantwoordelijkheid?

Wat zou u, op basis van uw professie, tegen patiënten zeggen die hun voedingsgewoonten willen verbeteren? Wat zijn argumenten die u gebruikt om hen te overtuigen of te motiveren?

Wat zou u, op basis van uw professie, tegen patiënten zeggen die hun voedingsgewoonten niet willen verbeteren? Wat zijn argumenten die u gebruikt om hen te overtuigen of te motiveren?

Is het voor u acceptabel om in uw spreekkamer argumenten te gebruiken gebaseerd op ethiek?

Komt religie wel eens ter sprake in uw spreekkamer? Zo ja, op welke manier? Ziet u religie van patiënten als mogelijke belemmering voor gezondheid en gezondheidszorg? Ziet u positieve aspecten van religie in uw spreekkamer of in de behandeling van patiënten?

Ziet of vermoedt u een verband tussen christelijke geloofsovertuiging, voeding en gezondheid? Denkt u dat christelijke patiënten baat kunnen hebben bij een specifiek op hen afgestemde voorlichting? Staat open voor het inzetten van dit soort doelgroepgerichte voorlichting?

Als u kijkt naar de motiverende voorlichtingsboodschap die ik geschreven heb, hoe zou u deze verbeteren? Welke elementen missen er, welke elementen horen hier niet in thuis, welke elementen kunnen beter of anders verwoord worden?

Appendix C: Voorlichtingsboodschappen

Naar aanleiding van het vooronderzoek zijn enkele aanpassingen gedaan aan de in de eerste 3 paragrafen van dit hoofdstuk geformuleerde voorlichtingsboodschappen. De medische boodschap is onveranderd gelaten, aangezien de ontvangen feedback geen concrete aanwijzingen gaf hoe een statische boodschap aansprekender gemaakt kan worden. Van de religieuze boodschap is de openingszin verwijderd, terwijl van de seculier ethische boodschap enkele zinnen zijn geherformuleerd om deze een positievere insteek te geven. Onderstaande boodschappen zijn gebruikt in het onderzoek zoals in hoofdstuk 4 is beschreven.

Christelijke religieuze overtuiging

Onder andere door gezond te eten en gezond te leven, zorg je dat je je lichaam als een God welgevallig offer kunt inzetten in Zijn dienst (Romeinen 12: 1). Je lichaam is immers een tempel van de Heilige Geest (1 Korintiërs 6: 19). We voelen misschien dat het niet altijd makkelijk is om gezonde keuzes te maken, maar we mogen een beroep doen op de kracht van de Heilige Geest. Met de liefde van Jezus kun je de uitdagingen aan die je op je pad vindt, Hij zal je immers nooit meer geven dan je dragen kunt, God gunt het je dat je lichamelijk gezond bent. Als je te veel of te ongezond eet, als je je laat verleiden door onmatigheid, bestaat het gevaar dat vraatzucht jou gaat beheersen en dat staat in de weg van jouw relatie met God. Zoals Paulus zegt: of je nu eet of drinkt of iets anders doet, doe alles ter ere van God (1 Korintiërs 10:31). Gezond eten doe je dus niet alleen voor je fysieke gezondheid, je dient en eert God door goed te zorgen voor het lichaam dat Hij je geschonken heeft!

Seculiere ethiek

Gezond eten is niet alleen gunstig voor jezelf, maar ook voor de mensen om je heen. Als je je gezond en fit voelt, kun je optimaal voor de mensen om je heen zorgen. Als je door ongezond eetgedrag ziek wordt of beperkingen ervaart, leidt dat tot zorgen bij je vrienden en familie. Je kunt dan ook minder goed voor hen zorgen als zij het nodig hebben. Door slechte gezondheid ben je minder goed in staat om (vrijwilligers)werk te verrichten, terwijl dat een deel is van hoe je als goed burger een bijdrage kunt leveren aan de samenleving. Met gezonde voeding vergroot je dus niet alleen je eigen geluk, maar ook het geluk van de mensen om je heen. Door te helpen voorkomen dat de zorg verder wordt belast met door ongezond eetgedrag veroorzaakte ziekte, kun je helpen om de zorg voor iedereen toegankelijk en beschikbaar te houden. Zorg dus goed voor jezelf met goede voeding, zodat je kunt genieten van het samenleven met de mensen om je heen!

Medische argumenten

Goed voor je eigen gezondheid zorgen, bijvoorbeeld door een gezond voedingspatroon na te streven, maakt je leven een stuk aangenamer. Gezond eetgedrag leidt er toe dat je je fitter, energiever en beter voelt. Hierdoor ben je in staat om meer leuke dingen te doen en meer van het leven te genieten. Elke positieve verandering helpt al, een stuk fruit als tussendoortje geeft je meer energie en gezondheidsvoordelen dan snoep of koek. Als je een niet aan voeding gerelateerd gezondheidsprobleem oploopt, zoals bijvoorbeeld een gebroken been, herstel je sneller en makkelijker en kan een arts je beter en succesvoller behandelen als je een gezond gewicht en een goede conditie hebt. Nu gezond eten is investeren in je toekomst: je verkleint het risico op ernstige ziekten zoals een hartaanval, beroerte, suikerziekte of dementie door gezond te eten. Gezond eetgedrag helpt je dus niet alleen om je op korte termijn beter te voelen, maar ook om op lange termijn gezond te blijven!

Appendix D: Operationalisatie meetinstrumenten

Gender

Omdat de uitkomstmaat in dit onderzoek een psychologisch construct is en geen biologische of fysieke aspecten omvat, wordt niet naar sekse maar naar gender gevraagd. De respondent kan aangeven of hun zich als man, vrouw, non-binair of third gender, of anderszins identificeert.

Leeftijd

In de geraadpleegde literatuur betreffende FBI's is geen verband gevonden tussen leeftijd en waargenomen gedragsverandering. Om de steekproef te kunnen beschrijven, om aan te kunnen geven hoe representatief de steekproef is en naar welke populatie gegeneraliseerd kan worden, zal aan de respondenten hun leeftijd worden gevraagd. Leeftijd (uitgevraagd in gehele jaren) wordt meegenomen als covariaat in de analyse, zoals gebruikelijk is in dit soort onderzoek. Er is geen verwachting omtrent de invloed van leeftijd op gedragsintentie.

Opleidingsniveau

Er bestaan verschillende definities van sociaaleconomische status, waarbij opleiding, inkomen en beroep indicatoren zijn voor de sociaaleconomische status van een individu. De Nederlandse Rijksoverheid gebruikt op de website van Volksgezondheid en Zorg het hoogst behaalde opleidingsniveau als indicator voor sociaaleconomische status (Volksgezondheid en Zorg, z.d.). Dit voorbeeld volgend worden in deze scriptie naast opleidingsniveau geen andere indicatoren van sociaaleconomische status gevraagd, aangezien het vragen naar bijvoorbeeld inkomen door veel respondenten als gevoelige informatie wordt beschouwd en hiernaar vragen de response rate van een vragenlijst kan verlagen (Dillman et al., 2014).

BMI

De Body Mass Index (BMI), berekend als het gewicht in kg gedeeld door het kwadraat van de lengte in meters, is een eenvoudige en veelgebruikte maat om overgewicht en obesitas bij volwassenen te classificeren. Bij een BMI van 25 tot 30 kg/m² is sprake van overgewicht, vanaf 30 kg/m² is sprake van obesitas. Obesitas kan verder worden onderverdeeld in klasse I (BMI 30–35 kg/m²), klasse II (BMI 35–40 kg/m²) en klasse III (BMI ≥ 40 kg/m²) (WHO, 2021).

Subjectieve beoordeling van de mate van gezondheid van het huidige eetpatroon

De respondent wordt gevraagd in welke mate hun het eigen eetgedrag gezond vindt. Dit wordt gedaan door de respondent zichzelf een rapportcijfer te laten geven (Flycatcher Internet Research, 2017: p. 6).

Attitude ten opzichte van gezonde voeding

Deze scriptie onderzoekt het mogelijke effect van een voorlichtingsboodschap op gedragsintentie, waarbij de interventie zich richt op het veranderen van de subjectieve norm van respondenten. Omdat volgens de TPB attitude eveneens een belangrijke determinant van gedragsintentie is, wordt de attitude ten opzichte van gezonde voeding gemeten en als covariaat meegenomen in de analyse. Attitude wordt geoperationaliseerd middels de 8-item semantische differentiaal schaal van Cheng et al. (2019). De respondent wordt gevraagd om op een 7-punts bipolaire schaal voor 8 adjectiefparen aan te geven welk antwoord het beste past aan het einde van de zin "Voor mij is gezond eten ...". De adjectiefparen zijn nuttig/nutteloos, gunstig/schadelijk, verstandig/onverstandig, goed/slecht, plezierig/onplezierig, correct/incorrect, aangenaam/onaangenaam, bevredigend/onbevredigend.

Mate van religiositeit

In deze scriptie wordt onderzocht of de mate waarin een FBI effect heeft op gedragsintentie wordt beïnvloed door de mate waarin religie een rol speelt in het leven van de deelnemer. De Centrality of Religiosity Scale (CRS) is een door Huber en Huber ontworpen vragenlijst die de centraliteit of het belang van religie meet en die wereldwijd wordt gebruikt voor onderzoek op de gebieden van religiewetenschappen, psychologie en sociologie. Er bestaan verschillende operationalisaties van de CRS specifiek voor de Abrahamische religies, die respectievelijk uit 5, 10 en 15 items bestaan. Binnen de vragenlijst worden 5 kerndimensies onderscheiden: publieke beoefening, privé beoefening, religieuze ervaring, ideologie en de intellectuele dimensie. In de Duitse Religie Monitor van 2007 werden voor de betrouwbaarheid van de CRS-5 en de CRS-10 Cronbach's Alpha's van respectievelijk .85 en .93 gevonden (Huber & Huber, 2012).

In de Filipijnen werd door Del Castillo et al. (2021) gevonden dat de betrouwbaarheid toeneemt naarmate er meer items worden gebruikt, Cronbach's Alpha's bedroegen in dit onderzoek respectievelijk .75, .89 en .93 voor de CRS-5, CRS-10 en CRS-15. Esperandio et al. (2019) vonden dat in Brazilië een schaal met meer items inderdaad betrouwbaarder en accurater is, maar geven aan dat het gebruik van de CRS -5 acceptabel is als een korte vragenlijst wenselijk is. Ackert et al. (2020) vonden in Rusland een Cronbach's Alpha van .85 voor de CRS -5. Riegel (2020) vond een zeer sterke correlatie van $r = .92$ tussen de CRS -5 en de Francis Scale of Attitude towards Christianity (FAC). Naar beste weten is de betrouwbaarheid van de CRS nog niet in Nederland onderzocht en bestaat er geen Nederlandstalige versie van de CRS. In overweging nemend dat bij een langere vragenlijst meer respondenten voor het einde ervan afhaken en dat een Cronbach's Alpha van .75 tot .85 ruim voldoende betrouwbaarheid geeft, wordt in dit onderzoek gebruik gemaakt van de CRS-5. De antwoorden op de items van de CRS -5 worden volgens de instructies van Huber & Huber (2012) omgezet naar een numerieke waarde, waarna een gemiddelde over deze 5 items berekend wordt. Een hogere score staat hierbij voor een hogere mate van religiositeit. Er is geen Nederlandstalige versie van de CRS gevonden, daarom is deze door de onderzoeker zelf vertaald vanuit de oorspronkelijke Duitstalige en Engelstalige versie van Huber en Huber (2012). Dit is een beperking van de kracht van dit onderzoek, aangezien de Nederlandstalige versie niet gevalideerd is door anderen.

De antwoorden op de CRS-5 worden volgens de aanwijzingen van Huber en Huber (2012) omgezet naar scores op een 5-puntsschaal. De schalen voor Intellect, Ideologie en Ervaring bestaan al uit 5 antwoordmogelijkheden, die aflopend geordend zijn. Als voorbeeld: de eerste antwoordoptie voor Intellect luidt "erg vaak" en wordt als 5 gecodeerd, de laatste luidt "Nooit" en wordt als 1 gecodeerd. Voor Publieke beoefening worden de antwoordopties "Meerdere keren per week" en "Eenmaal per week" als 5 gecodeerd, de andere opties krijgen aflopende waarden tot een score van 1 voor "Nooit". De codering voor Privé beoefening wordt gedaan zoals aangegeven in Tabel D1.

Tabel D1

Numerieke scores behorende bij de antwoorden op de schaal voor Privé beoefening van de CRS-5.
Bron: Huber & Huber (2012).

Hoe vaak bidt u?	Numerieke score
Meerdere keren per dag	5
Eenmaal per dag	5
Meer dan eenmaal per week	4
Eenmaal per week	3
Eenmaal tot driemaal per maand	3
Enkele keren per jaar	2
Minder vaak dan enkele keren per jaar	2
Nooit	1

Gedragsintentie

Wang et al. (2020) meten gedragsintentie betreffende de aanschaf van biologische voeding middels 3 items op een 5-punts Likert-schaal: *I am willing to / I will make an effort to / I intend to buy organic products*. Wolstenholme et al. (2021) gebruiken 3 vergelijkbare items voor de intentie om de consumptie van rood en bewerkt vlees te verminderen: *I intend to / I plan to / I will reduce my weekly red/processed meat consumption*, maar zij gebruiken hiervoor een 7-punts Likert-schaal. Voor dit onderzoek wordt een door de onderzoeker vertaalde Nederlandse versie van deze 3 items gebruikt: *ik wil / ik zal moeite doen om / ik ben van plan de aan het begin van deze vragenlijst door mij opgeschreven verandering in voedingsgewoonte uit te voeren*. Simms et al. (2019) tonen aan dat er geen psychometrische voordelen zijn aan antwoordschalen met meer dan 5 opties, dus in deze scriptie wordt een 5-punts Likert-schaal gebruikt.

Appendix E: Vragenlijst

Vragen gemarkeerd met een asterisk (*) zijn verplicht om te beantwoorden.

[Pagina 1]

[Q1*: Informed Consent]

Beste deelnemer,

Op dit moment schrijf ik mijn scriptie ter afronding van de HBO-opleiding Voeding en Diëtetiek aan de Hogeschool NTI te Leiden. Als deel van deze scriptie doe ik onderzoek middels een vragenlijst, waaraan uw deelname erg gewaardeerd wordt. Ik onderzoek onder mensen die in Nederland wonen en zich als christen identificeren hoe tevreden zij zijn over hun huidige voedingsgewoonten.

De vragenlijst bestaat uit 8 korte pagina's, het invullen duurt ongeveer 6 tot 8 minuten. Er zijn geen goede of foute antwoorden, ik ben alleen geïnteresseerd in uw persoonlijke mening en verzoek u om de vragen zo eerlijk en accuraat mogelijk te beantwoorden.

De antwoorden die u geeft worden vertrouwelijk en anoniem verwerkt. Uw deelname is geheel vrijwillig en u kunt op elk moment de vragenlijst beëindigen. De resultaten worden voor wetenschappelijke doeleinden gebruikt door de faculteit Voeding en Diëtetiek van de Hogeschool NTI, waarbij er zorg voor wordt gedragen dat identificatie van de deelnemers onmogelijk is.

Onder de deelnemers aan dit onderzoek worden 3 boekenbonnen van €20 verloot. Als u wilt, kunt u na afloop van het onderzoek een verslag met de resultaten ontvangen.

Als u vragen heeft over dit onderzoek, neemt u dan alstublieft contact op via dustindeleeuw@hotmail.com

Hartelijk bedankt voor uw tijd en moeite! Met vriendelijke groet,

Dustin de Leeuw.

Door deelname aan dit onderzoek verklaart u dat u 18 jaar of ouder bent en dat u toestemming geeft om uw antwoorden te gebruiken voor wetenschappelijke doeleinden. [Ik ga akkoord / Ik ga niet akkoord -> einde vragenlijst]

[Q2*: Religieuze affiliatie] Rekent u zichzelf tot: [selecteer 1 optie]

De Rooms-katholieke kerk

Protestantse Kerk in Nederland (PKN)

Christelijke Gereformeerde Kerken (CGK)

Gereformeerde Kerken (vrijgemaakt) (GKV)

Nederlands Gereformeerde Kerken (NGK)

Hersteld Hervormde Kerk

Gereformeerde Gemeenten

Gereformeerde Gemeenten in Nederland

Oud Gereformeerde Gemeenten in Nederland

Baptistengemeenten

Pinkstergemeenten en Evangeliegemeenten

Internationaal Christelijke kerken, zoals Grieks of Russisch orthodox

Kerkgenootschap der Zevende-dags Adventisten

Protestants Christelijk, niet nader gespecificeerd

Anders, namelijk:

Ik reken mezelf niet tot een christelijke stroming [-> einde vragenlijst]

[Pagina 2]

[Q3: Rapportcijfer eetgedrag] Als u denkt aan gezond eetgedrag, welk rapportcijfer zou u uzelf geven als het gaat om uw eigen eetgedrag in het afgelopen jaar? (1 = heel ongezond en 10 = heel gezond)
[1/2/3/4/5/6/7/8/9/10]

[Q4: Verandering voeding] Wat zou u graag aan uw eetgedrag willen verbeteren? Selecteer alle antwoorden die op u van toepassing zijn. [Multiple choice, allow multiple answers]

- Meer groenten eten
- Meer fruit eten
- Gezond(er) eten
- Regelmatiger eten
- (Vaker) ontbijten
- Meer variatie
- Meer zelf koken
- Kleinere porties eten
- Minder snacken
- Minder snoepen
- Minder suiker
- Minder vet
- Anders, namelijk: ...
- Geen van bovenstaande

Lees alstublieft de volgende tekst zorgvuldig door. Stelt u zich voor dat een goede vriend(in) het volgende tegen u zegt: [Willekeurig een van de volgende stimuli, zonder het kopje]

Christelijke religieuze overtuiging

Onder andere door gezond te eten en gezond te leven, zorg je dat je je lichaam als een God welgevallig offer kunt inzetten in Zijn dienst (Romeinen 12: 1). Je lichaam is immers een tempel van de Heilige Geest (1 Korintiërs 6: 19). We voelen misschien dat het niet altijd makkelijk is om gezonde keuzes te maken, maar we mogen een beroep doen op de kracht van de Heilige Geest. Met de liefde van Jezus kun je de uitdagingen aan die je op je pad vindt, Hij zal je immers nooit meer geven dan je dragen kunt, God gunt het je dat je lichamelijk gezond bent. Als je te veel of te ongezond eet, als je je laat verleiden door onmatigheid, bestaat het gevaar dat vraatzucht jou gaat beheersen en dat staat in de weg van jouw relatie met God. Zoals Paulus zegt: of je nu eet of drinkt of iets anders doet, doe alles ter ere van God (1 Korintiërs 10:31). Gezond eten doe je dus niet alleen voor je fysieke gezondheid, je dient en eert God door goed te zorgen voor het lichaam dat Hij je geschonken heeft!

Seculiere ethiek

Gezond eten is niet alleen gunstig voor jezelf, maar ook voor de mensen om je heen. Als je je gezond en fit voelt, kun je optimaal voor de mensen om je heen zorgen. Als je door ongezond eetgedrag ziek wordt of beperkingen ervaart, leidt dat tot zorgen bij je vrienden en familie. Je kunt dan ook minder goed voor hen zorgen als zij het nodig hebben. Door slechte gezondheid ben je minder goed in staat om (vrijwilligers)werk te verrichten, terwijl dat een deel is van hoe je als goed burger een bijdrage kunt leveren aan de samenleving. Met gezonde voeding vergroot je dus niet alleen je eigen geluk, maar ook het geluk van de mensen om je heen. Door te helpen voorkomen dat de zorg verder wordt belast met door ongezond eetgedrag veroorzaakte ziekte, kun je helpen om de zorg voor iedereen toegankelijk en beschikbaar te houden. Zorg dus goed voor jezelf met goede voeding, zodat je kunt genieten van het samenleven met de mensen om je heen!

Medische argumenten

Goed voor je eigen gezondheid zorgen, bijvoorbeeld door een gezond voedingspatroon na te streven, maakt je leven een stuk aangenamer. Gezond eetgedrag leidt er toe dat je je fitter, energiever en beter voelt. Hierdoor ben je in staat om meer leuke dingen te doen en meer van het leven te genieten. Elke positieve verandering helpt al, een stuk fruit als tussendoortje geeft je meer energie en gezondheidsvoordelen dan snoep of koek. Als je een niet aan voeding gerelateerd gezondheidsprobleem oploopt, zoals bijvoorbeeld een gebroken been, herstel je sneller en makkelijker en kan een arts je beter en succesvoller behandelen als je een gezond gewicht en een goede conditie hebt. Nu gezond eten is investeren in je toekomst: je verkleint het risico op ernstige ziekten zoals een hartaanval, beroerte, suikerziekte of dementie door gezond te eten. Gezond eetgedrag helpt je dus niet alleen om je op korte termijn beter te voelen, maar ook om op lange termijn gezond te blijven!

[Q5*: Attentiecheck] Welk argument in deze tekst spreekt u persoonlijk het meest aan? [Paragraaf]

[Pagina 4]

[Q6_1 t/m Q6_3: Gedragsintentie] U heeft eerder in deze vragenlijst een of meerdere mogelijke veranderingen in uw voedingspatroon benoemd. Daarna heeft u enkele argumenten gelezen waarom die verandering wenselijk zou kunnen zijn. In hoeverre bent u het eens met de volgende uitspraken? [Helemaal oneens/Oneens/Noch oneens, noch eens/Eens/Helemaal eens]

- Ik wil deze verandering uitvoeren.
- Ik zal moeite doen om deze verandering uit te voeren.
- Ik ben van plan deze verandering uit te voeren.

[Pagina 5]

[Q7_1 t/m Q7_8: Attitude gezonde voeding] Voor mij is gezond eten: [7-punts semantische differentiaal]

- nuttig/nutteloos
- gunstig/schadelijk
- verstandig/onverstandig
- goed/slecht
- plezierig/onplezierig
- correct/incorrect
- aangenaam/onaangenaam
- bevredigend/onbevredigend

[Pagina 6]

[Q8: Intellect] Hoe vaak denkt u aan religieuze zaken? [Erg vaak/Vaak/Soms/Zelden/Nooit]

[Q9: Ideologie] In welke mate gelooft u dat God of een hogere macht bestaat? [Heel sterk/Behoorlijk sterk/Enigszins/Niet zo sterk/Helemaal niet]

[Q10: Publieke beoefening] Hoe vaak neemt u deel aan religieuze diensten (fysiek of online)? [Meerdere keren per week/Eenmaal per week/Eenmaal tot driemaal per maand/Enkele keren per jaar/Minder vaak dan enkele keren per jaar/Nooit]

[Q11: Privé beoefening] Hoe vaak bidt u? [Meerdere keren per dag/Eenmaal per dag/Meer dan eenmaal per week/Eenmaal per week/Eenmaal tot driemaal per maand/Enkele keren per jaar/Minder vaak dan enkele keren per jaar/Nooit]

[Q12: Ervaring] Hoe vaak ervaart u situaties waarbij u het gevoel heeft dat God of een hogere macht zich in uw leven inmengt? [Erg vaak/Vaak/Soms/Zelden/Nooit]

[Pagina 7]

[Q13: Gender] Wat is uw geslacht? [Man/Vrouw/Non-binary of third gender/Anders, namelijk:]

[Q14: Leeftijd] Wat is uw leeftijd (in jaren)? [Korte tekst]

[Q15: Lengte] Wat is uw huidige lengte (in meter)? [Korte tekst]

[Q16: Gewicht] Wat is uw huidige gewicht (in kilogram)? [Korte tekst]

[Q17: Opleidingsniveau] Wat is uw hoogst afgeronde opleiding? [basisonderwijs, vmbo, de eerste 3 leerjaren van havo of vwo, assistentenopleiding (mbo-1) / bovenbouw van havo of vwo, basisberoepsopleiding (mbo-2), vakopleiding (mbo-3), middenkader- en specialistenopleiding (mbo-4) / HBO of WO (universiteit)]

[Pagina 8]

[Q18: Opmerkingen] Dank u wel voor uw deelname aan dit onderzoek, u heeft het einde van de vragenlijst bereikt! Als u nog vragen, commentaar of opmerkingen heeft, kunt u die hier noteren.
[Paragraaf]

[Q19: Boekenbon] Onder de deelnemers aan deze vragenlijst worden 3 boekenbonnen van €20 verloot. Als u hierop kans wilt maken en/of als u na afloop van het onderzoek een verslag van de resultaten wilt ontvangen, kunt u onderstaande link openen. Hiermee wordt u verwezen naar een Google Form waar u uw e-mail adres kunt invullen. Dit e-mail adres kan niet worden gekoppeld aan de antwoorden die u zojuist heeft gegeven, het wordt niet gedeeld met anderen en u ontvangt verder geen e-mails op dit adres. Alleen als u een van de winnaars bent, wordt eenmalig contact met u opgenomen. Dit zal rond DATUM [een week na sluiten vragenlijst] zijn. Als u heeft aangegeven een verslag te willen ontvangen, krijgt u ongeveer DATUM [een maand na sluiten vragenlijst] eenmalig een e-mail.

Appendix F: Aanvullende statistische analyses

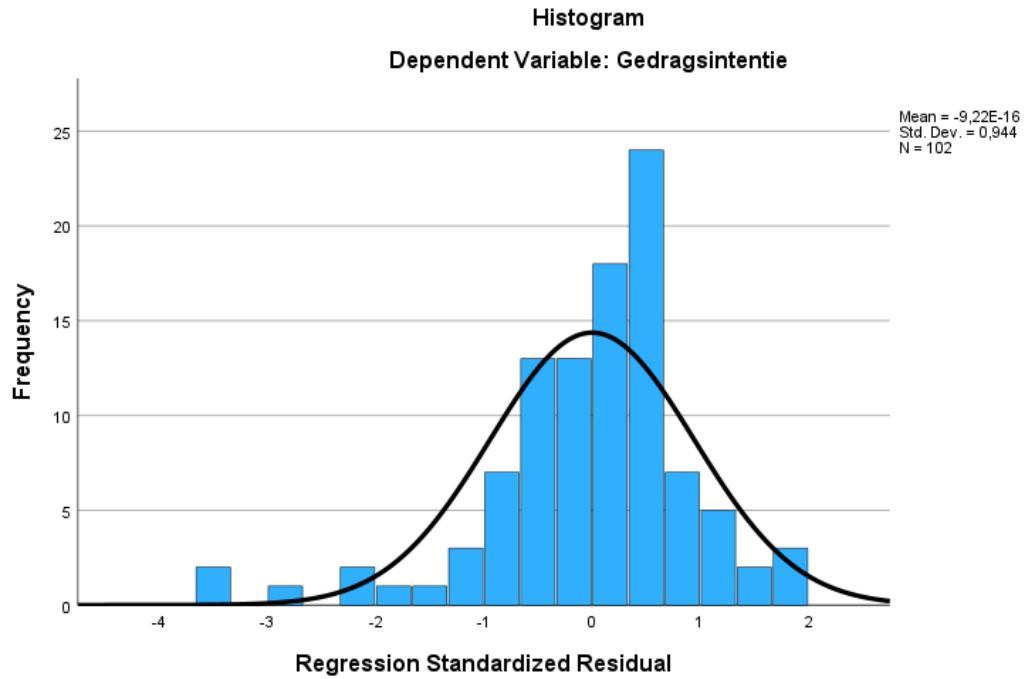
In deze appendix staat de SPSS output voor de voorbereidende analyses en de assumptiechecks van de in hoofdstuk 4 uitgevoerde hiërarchische multiple lineaire regressieanalyse.

Tabel F1

Antwoorden op de vraag "Wat zou u graag aan uw eetgedrag willen verbeteren?"

Verbeterpunt eetgedrag	n	%
Minder snoepen	37	36.3
Minder snacken	36	35.3
Meer fruit eten	34	33.3
Minder suiker	29	28.4
Meer groenten eten	25	24.5
Meer variatie	21	20.6
Minder vet	15	14.7
Kleinere porties	14	13.7
Gezond(er) eten	12	11.8
Regelmatiger eten	9	8.8
Anders, namelijk:	7	6.9
Meer zelf koken	6	5.9
Geen van bovenstaande	6	5.9
(Vaker) ontbijten	5	4.9
Totaal	256	251%

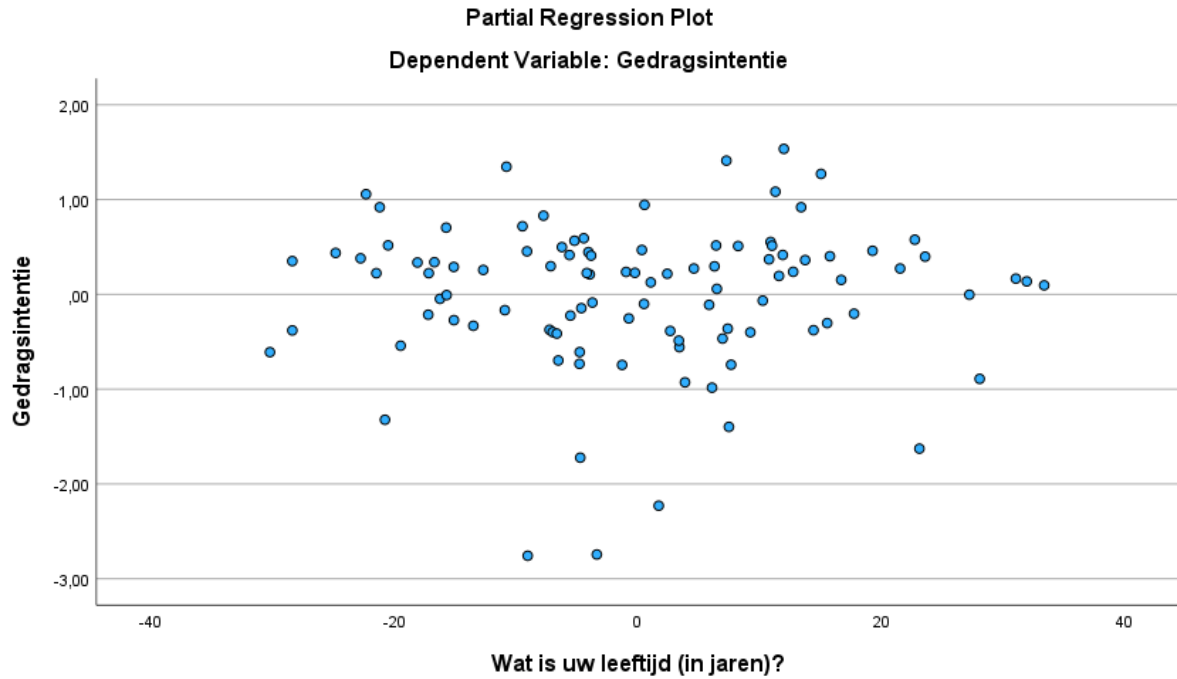
De verdeling van de residuen is significant afwijkend van normaal ($W(102) = .916, p < .001$), wat komt doordat deze te gepiekt (kurtosis = 2.83) en linksscheef (skewness = -1.22) is; zie Figuur G1. Deze afwijking kan deels verklaard worden door 2 respondenten die een voorspelde gedragsintentie van 3.7 hebben maar in werkelijkheid een gedragsintentie van 1.0 hebben; deze respondenten hebben echter geen onevenredig grote invloed op het model (Cook's distances van 0.10 respectievelijk 0.15 en leverage values ruim onder $2(k+1)/n$). Daarom is deze schending van de assumptie van normaal verdeelde residuen niet problematisch en kan de analyse voortgezet worden.



Figuur F1

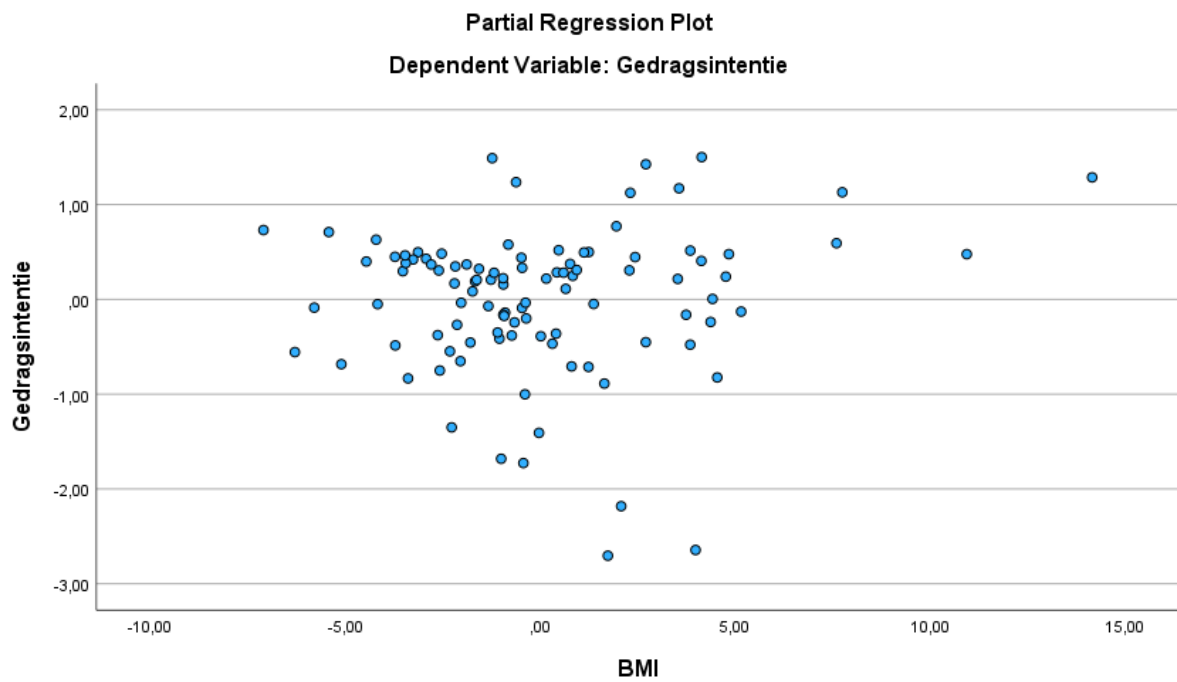
Histogram van de gestandaardiseerde residuen

Op basis van de partiële regressieplots (zie Figuur G2.1 tot en met G2.5) is er geen aanleiding om een non-lineair verband te veronderstellen tussen gedragsintentie enerzijds en mate van religiositeit, BMI, attitude betreffende gezonde voeding en rapportcijfer eetgedrag anderzijds.



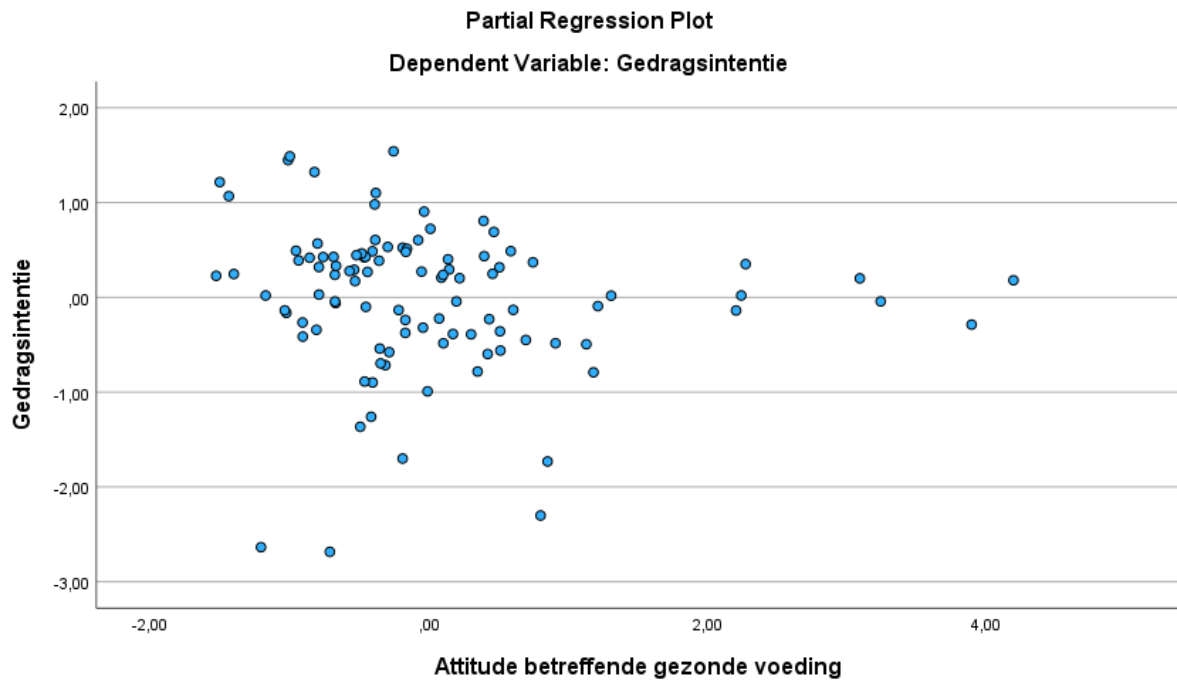
Figuur F2.1

Scatterplot van de gedragsintentie uitgezet tegen de leeftijd



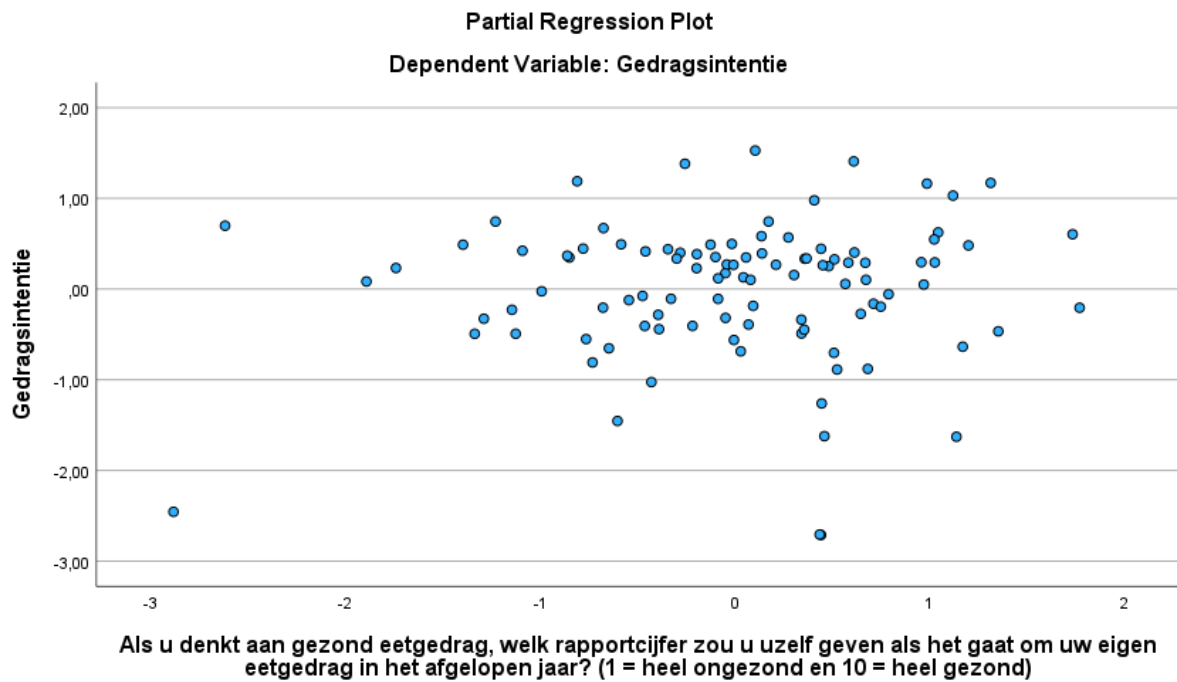
Figuur F2.2

Scatterplot van de gedragsintentie uitgezet tegen de BMI



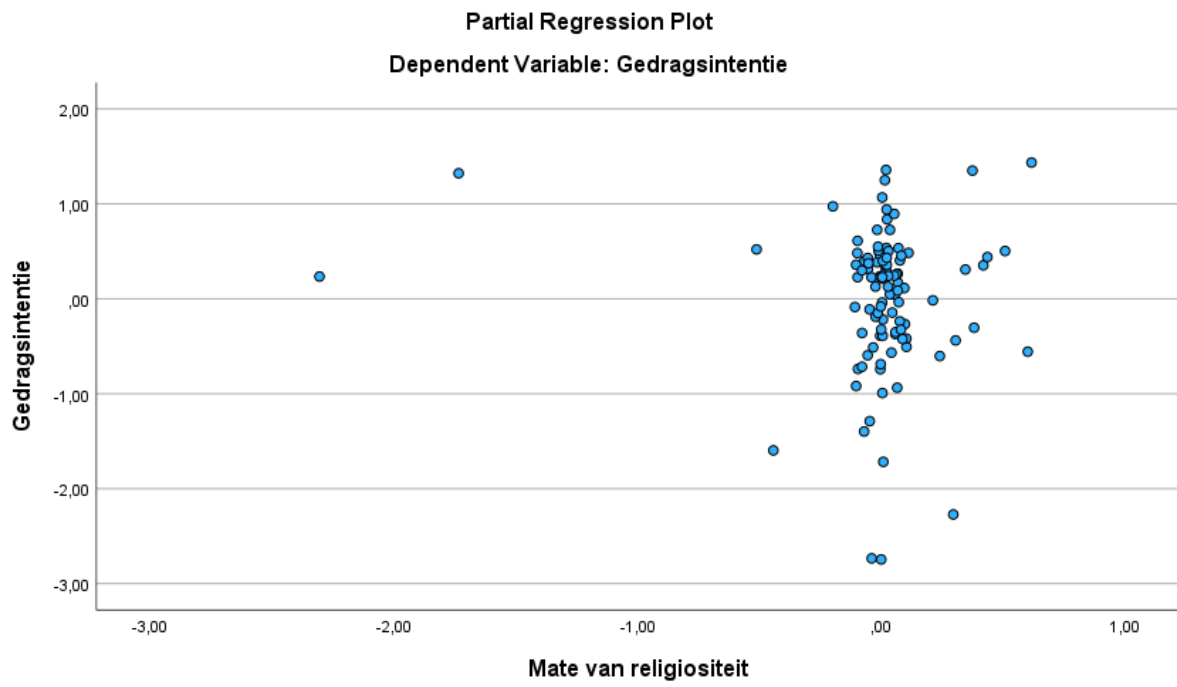
Figuur F2.3

Scatterplot van de gedragsintentie uitgezet tegen de attitude betreffende gezonde voeding



Figuur F2.4

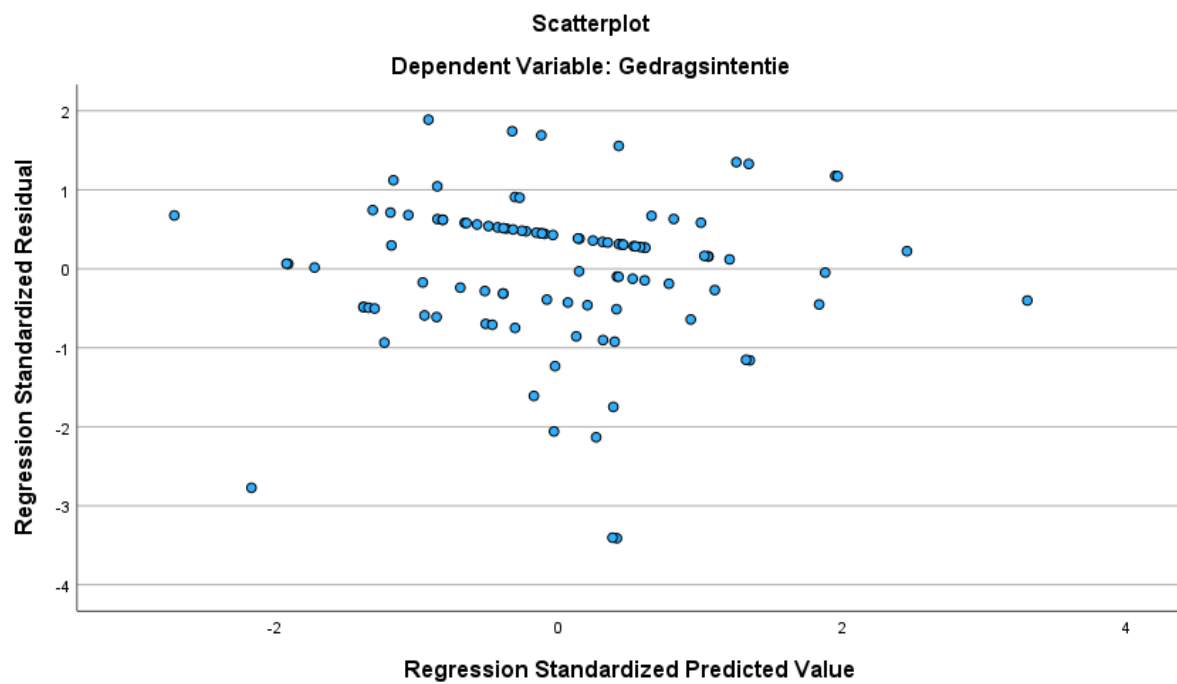
Scatterplot van de gedragsintentie uitgezet tegen het rapportcijfer eetgedrag



Figuur F2.5

Scatterplot van de gedragsintentie uitgezet tegen de mate van religiositeit

Het scatterplot in Figuur F3 waarin de residuen zijn uitgezet tegen de voorspelde waarde van gedragsintentie laat geen significante heteroscedasticiteit zien: de nauwkeurigheid van de voorspelling is niet afhankelijk van de voorspelde waarde (Breusch-Pagan's $X^2(1) = 0.09, p = .769$; White's $X^2(63) = 70.39, p = .244$).



Figuur F3

Scatterplot van de gestandaardiseerde residuen uitgezet tegen de gestandaardiseerde voorspelde gedragsintentie

Appendix G: Plan van Aanpak

Op de volgende pagina's staat het Plan van Aanpak waarop deze scriptie is gebaseerd. De eerste versie is ingeleverd op 24 augustus 2023. De tweede, herziene, versie is ingeleverd op 20 oktober 2023. Hoewel deze versie is goedgekeurd door mevrouw Odette Bruls, gaf zij als feedback de aanbeveling om de eerste drie deelvragen samen te nemen tot één deelvraag en de hier geformuleerde deelvraag 4 juist op te splitsen in twee aparte deelvragen. Voor deze wijziging van de deelvragen na goedkeuring van het Plan van Aanpak is, in overleg met mevrouw Rianne Hakfoort, geen toestemming gevraagd aan de examencommissie. Zoals zij namens mevrouw Bruls in een e-mail schreef: *de aanpassingen in de onderzoeksvragen zijn eerder praktisch/tekstueel dan inhoudelijk, dus prima om dit nu zo te doen* (persoonlijke communicatie, 8 november 2023).

Spiritus Sanctus in corpore sano (de Heilige Geest in een gezond lichaam)

Het effect van op christelijke religieuze overtuiging gebaseerde voorlichting op gedragsintentie betreffende gezonde voeding



© Jorge Torrões

Dustin de Leeuw (995190169)

Amsterdam, 20 oktober 2023

Plan van aanpak voor de scriptie van de HBO-opleiding Voeding en Diëtetiek van de Hogeschool NTI

Inhoud

Lijst van gebruikte afkortingen.....	83
1. Aanleiding tot het onderzoek.....	84
2. Doel.....	85
3. Centrale vraag.....	86
4. Deelvragen.....	87
5. Verkennende literatuurstudie.....	87
6. Onderzoeksmethoden.....	94
7. Planning.....	96
Referenties.....	98
Appendix A: Vragenlijst.....	103

Lijst van gebruikte afkortingen

BMI	Body Mass Index
CRS	Centrality of Religiosity Scale
FBI	Faith-Based Intervention
RCT	Randomised Controlled Trial
RGV	Richtlijnen goede voeding 2015
TPB	Theory of Planned Behavior

1. Aanleiding tot het onderzoek

Een ongezond eetpatroon is een risicofactor voor niet-overdraagbare ziektes (Gezondheidsraad, 2015). Daarnaast kan een ongezond eetpatroon leiden tot ongewenste gewichtstoename die resulteert in overgewicht of obesitas, wat een andere risicofactor is voor niet-overdraagbare ziektes (Purnell, 2023). Hoewel obesitas door de World Health Organization (WHO) en het Europees Parlement als ziekte wordt beschouwd, is dit niet wereldwijd het geval. Bijvoorbeeld in het Verenigd Koninkrijk is het debat gaande of obesitas als ziekte moet worden beschouwd en wat de implicaties hiervan zijn voor mensen met obesitas (Luli et al., 2023).

De prevalentie van overgewicht en obesitas is wereldwijd sterk toegenomen, wat leidt tot een verhoogd risico op morbiditeit en mortaliteit en een afgenomen kwaliteit van leven (Suhaimi et al., 2022). In Nederland heeft 53% van de mannen en 47% van de vrouwen overgewicht, terwijl 12% van de mannen en 17% van de vrouwen obesitas heeft (CBS, 2022). Tevens is er sprake van een epidemie van niet-overdraagbare ziektes zoals hart- en vaatziekten en diabetes mellitus type 2, onder andere ten gevolge van ongezonde leefstijl en ongezonde voeding. Dit heeft een grote impact op de maatschappij als geheel, onder andere door de stijgende druk op en de toenemende kosten van de zorg (Noordman et al., 2023). Daarom heeft de Rijksoverheid in het Preventieakkoord (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2018) afspraken vastgelegd om Nederlanders gezonder te maken door roken, problematisch alcoholgebruik en overgewicht terug te dringen. De diëtist kan mensen ondersteunen in het verbeteren van hun leefstijl door preventief beleid, voorlichting en coaching (NVD, 2022). Het bevorderen van zelfmanagement speelt hierbij een sleutelrol (Noordman et al., 2023).

Er is een significant verband tussen de mate van godsdienstigheid (religiositeit) en een hoger lichaamsgewicht, waarbij een toenemende mate van beoefening van religie of bezoeken van religieuze bijeenkomsten is geassocieerd met een hogere BMI; de uitzondering hierop vormen de leden van het Kerkgenootschap der Zevende-dags Adventisten, die juist een significant lagere BMI hebben dan niet-gelovigen en aanhangers van andere religies (Yeary et al., 2017). In Nederland vormen zij met 6.000 gedoopte leden slechts een zeer klein gedeelte van de protestantse gelovigen (Kerkgenootschap der Zevende-dags Adventisten, z.d.). Dit impliceert dat juist onder de gelovige Nederlanders veel winst te behalen valt wat betreft gezondheid.

Een door diëtisten en andere gezondheidswerkers veelgebruikte techniek om cliënten te motiveren tot gedragsverandering is Motiverende Gespreksvoering, waarbij de intrinsieke motivatie en ambivalentie van de cliënt worden verkend en hun⁶ eigen doelen centraal staan (Miller & Rollnick, 2018). Dit staat haaks op de traditionele aanpak in verschillende christelijke kerken⁷, waar de focus ligt op wat Gods wil zou zijn. Desondanks lijken sommige christenen deze externe doelen te internaliseren en zich levenslang aan de vanaf de kansel opgelegde ge- en verboden te houden. Professor Renger Witkamp (2017) stelt in zijn artikel *Nutri-theologie: een internetspecialisatie met toekomst*: “we moeten de existentiële vragen van de consument proberen te begrijpen. Daarvoor zouden we, ik heb het vaker gezegd, te rade moeten gaan bij onze theologische collega’s”. Isaac et al. (2016) werpen de vraag op of spiritualiteit een plaats verdient in de klinische praktijk, aangezien spiritualiteit voor veel cliënten een belangrijke rol in hun leven speelt en zo de zorg beter kan worden afgestemd op hun beleavingswereld.

6 In navolging van de 7e editie van de APA-richtlijnen worden in deze scriptie waar van toepassing genderneutrale voornaamwoorden gebruikt, bijvoorbeeld als gerefereerd wordt aan een niet nader gespecificeerde persoon (American Psychological Association, 2019). Een Nederlands equivalent voor het Engelse they/them/their is hun/hen/hun.

7 Het woord *kerk* kan in deze context zowel het fysieke gebouw als het kerkverband betekenen. *Kerk* wordt in deze scriptie gebruikt als overkoepelende term voor kerken, gebedshuizen, tempels, koninkrijkszalen, et cetera.

Hoewel volgens het CBS zowel het kerkbezoek als de religieuze betrokkenheid steeds verder afneemt, identificeert 18,2% van de volwassen Nederlanders zich als katholiek, 13,2% als protestants en nog een klein percentage als anderszins christelijk (Schmeets & Houben, 2023). Dat betekent dat een interventie die specifiek gebaseerd is op christelijke normen en waarden en speciaal ontwikkeld is voor deze doelgroep, een potentieel bereik van ongeveer 5 miljoen mensen heeft. Net zoals er campagnes voor gezondheidsbevordering zijn specifiek gericht op mensen met een Turkse of Marokkaanse achtergrond, zouden er ook campagnes specifiek voor Nederlanders met een christelijke achtergrond ontwikkeld kunnen worden.

Deze scriptie wordt geschreven in opdracht van Neelemaat Wetenschappelijk Onderzoek en Advies. Dit is de eenmanszaak van dr. ir. Floor Neelemaat, met als doel kennis omtrent voeding en gezondheid te vergroten en hierover advies uit te brengen aan verschillende opdrachtgevers. Dr. ir. Floor Neelemaat is de opdrachtgever en is degene die de uiteindelijke scriptie in ontvangst neemt, de begeleiding tijdens het schrijven wordt grotendeels gedaan door Nina Komrij, MSc, gezondheidswetenschapper en promovenda aan het Instituut Psychologie aan de Universiteit Leiden.

Momenteel geeft de opdrachtgever onder andere wetenschappelijk advies aan de redactie van de Dieetbehandelingsrichtlijnen uitgegeven door 20/10 Uitgevers. Mogelijke uitbreiding van de dienstverlening van dit bedrijf zijn wetenschappelijk onderbouwde trainingen voor diëtisten en andere gezondheidswerkers, bijvoorbeeld een training die erop gericht is gezondheidswerkers evidence-based tools te geven die hen helpen om hun cliënten te motiveren zich een gezonder voedingspatroon eigen te maken.

Preventieprogramma's blijken in de Nederlandse praktijk veel minder effectief dan ze zouden kunnen zijn. Informatieverstrekking in de context van preventieprogramma's richt zich nu met name op het vergroten van kennis, het benoemen van verwachte voor- en nadelen van gedragsverandering en het sturen op bewustzijn van persoonlijk risico. Er valt nog winst te behalen door ook te kijken naar andere factoren, zoals welke gevoelens de informatie oproept en de invloed van de sociale context op de bereidheid deel te nemen aan preventieprogramma's (Koopmans et al., 2012). Deze bevindingen zijn in lijn met wat de Theory of Planned Behavior (TPB; Ajzen, 1985) stelt: gedrag vloeit niet alleen voort uit kennis, ook attitude, subjectieve norm en zelfeffectiviteit spelen hierbij een rol. Deze theorie wordt verder uitgewerkt in hoofdstuk 5.

In andere landen, waaronder de Verenigde Staten, worden in samenwerking met kerkelijke instanties op geloofsovertuiging gebaseerde interventies (Faith-Based Interventions, FBI's) uitgevoerd met als doel cliënten gezondere voedingskeuzes te laten maken (Onyishi et al., 2021). Deze interventies hebben een positief effect op diverse uitkomstmaten zoals BMI, buikomvang en bloeddruk (Chew et al., 2018; Griffith & Jaeger, 2020; Sanusi et al., 2023). Op dit moment is er een hiaat in de kennis omtrent de effectiviteit van de inzet van FBI's in Nederland. Om goed onderbouwd advies te kunnen geven aan potentiële toekomstige cliënten, wil de opdrachtgever middels een literatuurstudie en veldonderzoek inzicht krijgen in de verwachte effectiviteit wat betreft gedragsintentie van een FBI in Nederland die als doel heeft om volwassen christenen te motiveren om gezondere keuzes te maken op het gebied van voeding. Hierbij wordt het effect van een FBI vergeleken met het effect van voorlichting gebaseerd op medische respectievelijk seculier ethische argumenten, zoals in het volgende hoofdstuk nader wordt uitgewerkt.

2. Doel

Het doel van dit onderzoek is om in een kleinschalige RCT te onderzoeken of onder volwassen Nederlanders die zichzelf als christen identificeren een op christelijke normen en waarden gebaseerde voorlichting in vergelijking met een op seculiere ethiek of op medische argumenten gebaseerde voorlichting (FBI) kan leiden tot een grotere toename van de intentie tot het veranderen van gedrag op het gebied van gezonde voeding. De afhankelijke variabele in dit onderzoek is dus gedragsintentie om gezondere keuzes te maken op het gebied van voeding, aangezien voor het meten van daadwerkelijke

gedragsverandering meer tijd en middelen nodig zijn dan in het kader van een scriptie beschikbaar zijn. Het is belangrijk om met beide andere soorten boodschappen een vergelijking te maken: de Bijbel wordt door veel gelovigen beschouwd als een autoriteit die normatieve voorschriften doet die goed zijn om op te volgen, net zoals medisch professionals als autoriteit voor goed gezondheidsadvies worden gezien. Aan de andere kant kan de Bijbel ook geïnterpreteerd worden als een bron van waarden en een ethische leidraad. Daarmee rijst de vraag of de eventuele effectiviteit van religieuze argumenten gestoeld is op de metafysische component, de ethische component of beide componenten. De op ethische argumenten gebaseerde voorlichtingsboodschap is dus expliciet seculier van aard en refereert niet aan niet-christelijke religie of spiritualiteit.

Indien blijkt dat een christelijke boodschap gezondheidsbevorderend kan werken, heeft dit relevantie voor de opdrachtgever, voor diëtisten en andere gezondheidswerkers, voor religieuze leiders en voor de maatschappij. De opdrachtgever kan op de in dit onderzoek opgedane inzichten gebaseerde producten aanbieden, zoals: lezingen en workshops voor diëtisten en religieuze leiders, voorlichtingsmateriaal in de vorm van posters en brochures, en ondersteunende materialen voor de consument (zoals bijvoorbeeld een fruitschaal of koelkastmagneet met inspirerende tekst). Diëtisten en andere gezondheidswerkers kunnen, indien zij dat wensen, religieuze overtuigingen van hun cliënten betrekken in hun motiverende gespreksvoering. Religieuze leiders kunnen hun volgelingen inspireren tot een gezonder leven en zich zo niet alleen om hun zielenheil maar ook om hun fysieke gezondheid bekommeren. "Aangezien God herders oproept om de kudde te leiden, moeten pastors in woord en daad laten zien hoe het is om God in ons lichaam te verheerlijken" (Waters, 2019). Op maatschappelijk niveau is de relevantie evident: zelfs als maar een deel van de bevolking door deze voorlichting positieve aanpassingen in het voedingsgedrag of leefstijl maakt, leidt dat tot afgenomen ziektelast, minder zorgkosten en een verminderde druk op de zorg.

De verwachting is dat in Nederland, net zoals in landen waar dit reeds onderzocht is, een FBI tot een hogere gedragsintentie om gezondere keuzes te maken op het gebied van voeding leidt dan een voorlichting gebaseerd op medische argumenten. Op basis van de bestudeerde literatuur is er geen expliciete verwachting over het effect van de seculier ethische voorlichting op voornoemde gedragsintentie. Als blijkt dat de religieuze voorlichtingsboodschap niet significant beter werkt dan de seculier ethische maar wel significant beter dan de medische, kan op basis van deze kennis een voorlichting gebaseerd op deze seculiere argumenten breed worden ingezet. Als blijkt dat de religieuze voorlichtingsboodschap significant beter werkt dan zowel de seculier ethische als de medische, dan is het dus van belang om op de doelgroep toegespitste voorlichting te maken die expliciet religieuze componenten bevat, en kan gekeken worden of dit ook voor andere religies dan het Christendom werkt. Tevens wordt verwacht dat het positieve effect van een FBI op voornoemde gedragsintentie sterker is voor personen bij wie religie een centralere rol in hun leven speelt. Als in het onderzoek voor deze scriptie ondersteuning wordt gevonden voor deze hypothese, is dat een argument om FBI's gericht in te zetten op plaatsen waar veel mensen met een hoge mate van religiositeit aan de boodschap worden blootgesteld, zoals kerken en bijbelstudiegroepen.

3. Centrale vraag

In welke mate kan een op christelijke religieuze overtuiging gebaseerde voorlichtingsboodschap, in vergelijking met een op seculiere ethiek respectievelijk op medische argumenten gebaseerde voorlichtingsboodschap, leiden tot een toename van de intentie om gezondere keuzes te maken op het gebied van voeding onder volwassen christelijke Nederlanders en in hoeverre wordt dit effect gemodereerd door mate van religiositeit?

De onderzoeksmethode bestaat ten eerste uit een literatuurstudie om te onderzoeken welke FBI's er in de context van de theorie van gepland gedrag TPB er bestaan, wat hun effectiviteit is en welke elementen kenmerkend zijn voor succesvolle interventies. Tevens wordt in de literatuurstudie onderzocht welke factoren een direct of modererend effect kunnen hebben op de gedragsintentie voor het maken van gezondere keuzes op het gebied van voeding. Daarnaast wordt een literatuurstudie gedaan om christelijk religieuze, ethische en medische argumenten te verzamelen voor gezond

eetgedrag. Deze worden vertaald naar stimulusmateriaal, welke in een pilot getest zal worden op onderscheidendheid en geloofwaardigheid.

Daarna wordt een Randomised Controlled Trial (RCT) in de vorm van een online vragenlijst uitgevoerd, waarbij elke respondent willekeurig aan een van de drie condities wordt toegekend, waarbij het effect van een christelijk religieuze versus seculier ethische respectievelijk medische motiverende op de afhankelijke variabele intentie tot het uitvoeren van een zelfbenoemde gedragsverandering op het gebied van gezonde voeding wordt gemeten. Vervolgens wordt onderzocht of dit effect wordt gemodereerd door de mate van religiositeit. De doelgroep, de methode van sampling en de in het onderzoek meegenomen covariaten worden in hoofdstuk 6: Onderzoeksmethoden verder toegelicht.

4. Deelvragen

- 1) Welke argumenten zijn er om gezondere keuzes te maken op het gebied van voeding, gebaseerd op christelijke religieuze overtuiging zoals blijkt uit Bijbelteksten en christelijke traditie?
- 2) Welke argumenten zijn er om gezondere keuzes te maken op het gebied van voeding, gebaseerd op seculiere ethische argumenten van klassieke en hedendaagse filosofen?
- 3) Welke argumenten zijn er om gezondere keuzes te maken op het gebied van voeding, gebaseerd op de medische wetenschap?
- 4) In welke mate kan een op christelijke religieuze overtuiging gebaseerde voorlichting, in vergelijking met een op seculiere ethiek of op medische argumenten gebaseerde voorlichting, leiden tot een hogere mate van gedragsintentie betreffende het maken van gezondere keuzes op het gebied van voeding?
- 5) Is voornoemd effect sterker bij mensen voor wie religie een centralere rol in hun leven speelt?

5. Verkennende literatuurstudie

Dit hoofdstuk begint met een zeer beknopte beschrijving van de bronnen die gebruikt zullen worden voor het inventariseren van argumenten om gezonde voedingsgewoonten na te streven. Vervolgens wordt het theoretisch kader beschreven waarbinnen dit onderzoek wordt uitgevoerd, namelijk Ajzens Theory of Planned Behavior. Tevens wordt beschreven wat een FBI is en hoe deze gezondheidsgerelateerd gedrag kan beïnvloeden. Daarna worden achtereenvolgens verschillende factoren besproken die volgens dit literatuuronderzoek mogelijk een rol spelen bij gedragsintentie betreffende gezonde voeding: mate van religiositeit, Body Mass Index (BMI), attitude betreffende gezonde voeding, opleidingsniveau en gender (Grzymisławska et al., 2020). Ten slotte wordt besproken hoe gedragsintentie in dit onderzoek wordt geoperationaliseerd. Het hoofdstuk sluit af met een visuele weergave van de hypothesen in een conceptueel model.

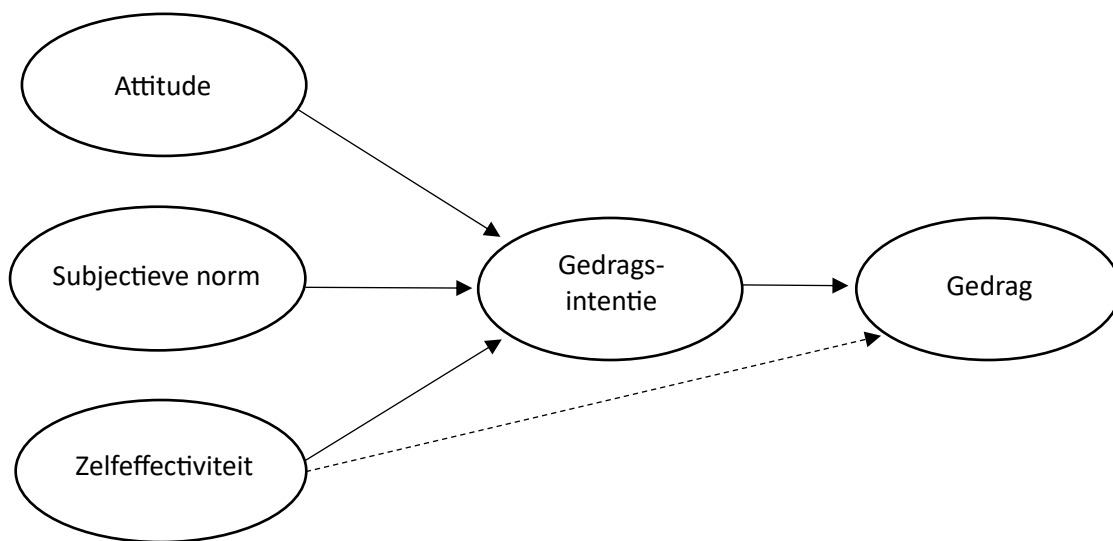
5.1 Argumenten om gezonde voedingsgewoonten na te streven

De belangrijkste bron voor op christelijke religie gebaseerde argumenten om gezonde voedingsgewoonten na te streven is vanzelfsprekend de Bijbel, eventueel aangevuld met argumenten zoals die mogelijk in interviews met experts naar voren zullen komen. Voor ethische argumenten zal gekeken worden naar filosofen zoals Plato, Aristoteles, Thompson, Scanlon, Swierstra en Korthals. Afdoende medische argumenten kunnen worden gevonden in de toelichting op de Richtlijnen goede voeding (RGV; Gezondheidsraad, 2015). Dit deel van het literatuuronderzoek wordt vanwege de paginalimiet niet verder uitgewerkt in het Plan van Aanpak.

5.2 Theoretisch kader

Gezondheidsbevorderende interventies met als doel de prevalentie van overgewicht en obesitas te verminderen kunnen in verschillende settings worden geïmplementeerd, waaronder op het werk, in gezondheidscentra, sportverenigingen en kerken. Het succes van zo'n interventie is groter als het wordt afgestemd op de culturele en sociaaleconomische achtergrond van de doelgroep. Een interventie baseren op bestaande theorieën en modellen kan bijdragen aan de effectiviteit en het succes van gezondheidsbevorderende interventies, zeker voor de preventie van overgewicht en obesitas (Suhaimi et al., 2022).

Volgens de TPB (Ajzen, 1985; Ajzen, 2020) is gedragsintentie een voorspeller van daadwerkelijk gedrag. Gedragsintentie betreft het voornemen om een bepaald gedrag in de toekomst te zullen vertonen, bijvoorbeeld om morgen geen koekje bij de koffie te nemen of om volgende week een abonnement op de sportschool af te sluiten. Attitude en subjectieve norm zijn determinanten van gedragsintentie. Om uiteindelijk gezondheidsgedrag te bevorderen, kan dus gestuurd worden op het veranderen van deze determinanten. Attitude betreft de subjectieve beoordeling van voor- en nadelen van het gedrag alsmede de gevolgen (uitkomsten) van het gedrag. Subjectieve norm betreft de overtuiging dat anderen het gedrag positief of negatief beoordelen en de motivatie om zich aan die veronderstelde normen te conformeren. De TPB wordt in de literatuur vaak schematisch weergegeven zoals in Figuur 1. De TPB geeft dus een raamwerk waarin wordt verklaard dat voorlichting gericht op het veranderen van attitude of subjectieve norm kan leiden tot gedragsverandering. Om daadwerkelijke gedragsverandering te meten, zijn meer tijd en financiële middelen nodig dan in het kader van deze scriptie beschikbaar zijn. De TPB geeft aan dat de gedragsintentie zoals gemeten kan worden in een vragenlijst een valide indicatie is voor daadwerkelijk gedrag.



Figuur 1

Schematische weergave van de Theory of Planned Behavior (Ajzen, 1985).

Ajzen (2020) betoogt dat zelfeffectiviteit (de mate waarin men ervan overtuigd is dat men in staat is het beoogde gedrag daadwerkelijk uit te voeren) zowel in zijn oorspronkelijke formulering van de TPB in 1985 als op basis van recent wetenschappelijk onderzoek geen determinant maar een modererende variabele is. Zelfeffectiviteit kan worden vergroot door het trainen van praktische vaardigheden of door motiverende gespreksvoering (Bilgin et al., 2022), maar het lijkt onwaarschijnlijk dat zelfeffectiviteit kan worden beïnvloed op basis van ethische of medische argumenten; daarom wordt zelfeffectiviteit niet meegenomen in deze scriptie. In vervolgonderzoek zou verder onderzocht kunnen worden of een op geloof gebaseerde interventie de zelfeffectiviteit kan vergroten.

De klassieke benadering waarbij een gezondheidsprofessional de patiënt vertelt dat hun gezonder moet leven omdat anders een groot risico op ziekte en overlijden bestaat, is volgens Kok en collega's gebaseerd op de gedachte dat een emotionele confrontatie met negatieve effecten zal leiden tot gedragsverandering. Dit is een veelgebruikte techniek, bijvoorbeeld in de voorlichting omtrent roken. Echter, deze aanpak is zelden effectief. Alleen als sprake is van een angstaanjagende boodschap gecombineerd met een niet-dreigende boodschap die de zelfeffectiviteit verhoogt en die mensen helpt hun gedrag daadwerkelijk aan te passen, kan zo'n boodschap het beoogde doel bereiken (Kok et al., 2018). Om gedragsverandering te bevorderen, kan een voorlichtingsboodschap dus beter op een andere basis geformuleerd worden. In deze scriptie worden enkele mogelijkheden daartoe onderzocht.

De TPB beschrijft gedragsintentie als noodzakelijke voorwaarde voor gedrag en dus ook voor gedragsverandering. Om gedragsverandering in gang te zetten en vol te houden, is motivatie nodig. Volgens de Self-Determination Theory van Ryan & Deci (2000, 2017) is een gevoel van autonomie of zelfdeterminatie nodig om motivatie te ervaren. Iemand kan zich aan een streng regime wat betreft dieet of beweging houden, als hun de gezondheidsvoordelen op lange termijn daarvan begrijpt en internaliseert, waardoor het gedrag autonoom wordt. Extrinsieke motivatie, het verlangen om aan druk of normen van buitenaf te voldoen, is minder autonoom en daarmee minder duurzaam. In een meta-analyse vonden Ntoumanis et al. (2020) dat interventies gericht op autonome motivatie een significant positieve impact hebben op gezondheidsgedrag en dat dit gedrag ook op de langere termijn blijft bestaan. Voor een religieus persoon voor wie het behagen van hun God al een geïntegreerd doel is, is het koppelen van gezonde eetgewoonten aan dit reeds bestaande doel waarschijnlijk makkelijker dan het maken van een nieuw doel. Dit impliceert dat een FBI niet alleen op de korte termijn effectiever kan zijn dan seculiere voorlichtingscampagnes, maar dat dit effect ook duurzaam van aard is.

5.3 Op geloofsovertuiging gebaseerde gezondheidsinterventies

Voor het zoeken van literatuur is de volgende PICO opgesteld:

Patiënt: volwassen Nederlanders die zich als christen identificeren;

Intervention: voorlichting gebaseerd op christelijke geloofsovertuiging, gericht op het veranderen van subjectieve norm (zoals gedefinieerd binnen de Theory of Planned Behavior);

Comparison: voorlichting gebaseerd op ethische of medische argumenten, gericht op het veranderen van subjectieve norm;

Outcome: intentie tot gedragsverandering op het gebied van voedingsgewoonten of intentie tot gewichtsverlies.

Er is met Google Scholar gezocht naar literatuur vanaf 2018 met de volgende zoekstring, waarbij in eerste instantie is gefilterd op reviews:

((theory of planned behavior) OR (TPB) OR (subjective norm)) AND ((religious beliefs) OR (religion) OR (faith) OR (christian) OR (faith-based interventions)) AND ((diet) OR (nutrition) OR (health) OR (weight) OR (weight loss))

5.3.1 Kenmerken van een FBI

Een FBI wordt volgens Onyishi en collega's gekenmerkt door 4 factoren: de kerk wordt gebruikt als plaats om deelnemers te werven, de interventie wordt uitgevoerd in een kerk, leden van de lokale kerk zijn betrokken bij het uitvoeren van de interventie en de gezondheidsboodschap van de interventie bevat spirituele elementen. Voorbeelden van spirituele elementen zijn gebeden, meditatie, verschillende varianten van vasten, het bestuderen van heilige geschriften en het uitvoeren van rituelen. Gebeden kunnen leiden tot een verandering in gedachten en zijn daarmee een geschikt middel voor het bereiken van cognitieve gedragsverandering. Voorbeelden van dit soort gedragsverandering zijn het volgen van een dieet, fysieke activiteit en emotieregulatie. FBI's kunnen tot beter zelf-management leiden door gezondheid en spiritualiteit te integreren (Onyishi et al., 2021).

Francis en Liverpool (2009) benoemen 5 kernaspecten van een FBI: (1) betrek de geloofsgemeenschap in alle aspecten van het onderzoeksproces. (2) Erken dat de beschikbare tijd van de religieuze leider van de gemeenschap beperkt is. (3) Integreer spirituele en religieuze overtuigingen in voorlichtingsboodschappen op een niet-oordelende manier en zorg dat er ruimte is voor flexibiliteit. (4) Zorg dat de boodschap past binnen de cultuur van de gemeenschap. (5) Creëer een gevoel van eigenaarschap bij de religieuze organisatie.

5.3.2 Het effect van religieuze overtuiging op gezondheidsgerelateerd gedrag

Religieuze overtuiging is volgens Litalien en collega's geassocieerd met een gevoel van empowerment, controle over de eigen gezondheid en voor de meeste mensen met subjectief welbevinden (dit laatste geldt niet voor oudere en lesbische mensen). Religieuze overtuigingen en religieuze levensstijl kunnen gezondheidswinst opleveren doordat zij mensen helpen om schadelijke levensstijlen te veranderen. Dit is een argument om de religie van een patiënt te betrekken in de behandeling en om behandelaars te trainen wat betreft kennis en bewustzijn van culturele, religieuze en spirituele overtuigingen (Litalien et al., 2022). Paul Victor en Treschuk (2020) betogen zelfs dat een gebrek aan kennis betreffende holistische principes een barrière kan zijn voor succesvolle gezondheidszorg en pleiten ervoor dat zorgverleners de spirituele behoeftes van hun patiënten herkennen en erkennen. Een gezondheidsinterventie gericht op het bevorderen van zelf-management is effectiever als rekening wordt gehouden met de culturele en religieuze achtergrond van de deelnemers (Noordman et al., 2023).

Religie is geassocieerd met een positieve houding ten opzichte van het leven en van gebeurtenissen in iemands leven, geeft motivatie en energie, waardoor religie in verschillende onderzoeken geassocieerd is met betere klinische uitkomsten. Bij patiënten met diabetes is er een significant verband gevonden tussen spirituele en religieuze overtuigingen en kwaliteit van het dieet. Dit suggereert dat religie een verband heeft met eetgewoonten en ander gezondheidsgerelateerd gedrag (Onyishi et al., 2021). Een ander voorbeeld hiervan is rookgedrag, zoals onderzocht door Junainah en collega's. Mensen die regelmatig religieuze diensten bijwonen roken minder vaak sigaretten dan mensen die nooit religieuze diensten bijwonen en dan mensen die atheïst zijn. Er is daarnaast een negatief verband gevonden tussen mate van religiositeit en de hoeveelheid sigaretten die iemand rookt (Junainah et al., 2021).

In een systematische review vonden Sanusi et al. (2023) dat het risico op hart- en vaatziekten verlaagd kan worden door gezondheidsvaardigheden en management van leefstijlfactoren te verbeteren. Religieuze geschriften kunnen hierbij helpen, aangezien zij onderstrepen dat er een goddelijk plan bestaat voor goede gezondheid en een gezonde leefstijl, en dat mensen persoonlijk verantwoordelijk en capabel zijn om hun leefstijl aan te passen. Sanusi en collega's vonden dat de belangrijkste voorspellers voor een succesvolle gedragsverandering de religieuze factoren zijn die de kerken bijdragen: pastoraal leiderschap, gerichte voorlichting en trainingen gegeven door mensen van de kerkgemeenschap. Hoewel de bijdragen van seculiere professionals, de wetenschap en overheidsinstellingen vitaal zijn, worden de daadwerkelijke gedragsveranderingen direct bepaald door de aan religie gerelateerde factoren.

Patiëntgeoriënteerde zorg leidt tot meer betrokkenheid van de patiënt en tot afgenomen risicogedrag, een verlaagd risico op ziekte en minder ernstige consequenties van ziekte. Patiëntgeoriënteerde zorg houdt rekening met wie de patiënt is, wat hun culturele achtergrond is en wat hun spirituele of religieuze overtuiging is. Deze overtuiging beïnvloedt hun houding, gedrag en keuzes betreffende gezondheid. Spiritualiteit kan zowel bevorderend als belemmerend werken wat betreft gezondheidsgedrag: een fatalistische geloofsovertuiging waarin gezondheid door een hogere macht wordt bepaald en waarin de persoon zelf weinig tot geen invloed heeft op ziekte en gezondheid, kan leiden tot een passieve houding wat betreft preventie van ziekte. Aan de andere kant kan een zorgverlener die positieve spirituele coping skills verwerkt in hun communicatie patiënten motiveren om een actievere rol te kiezen. Positieve boodschappen betreffende gezondheid kunnen met spirituele of religieuze doctrines gecombineerd worden om verandering in voedingsgewoontes en compliantie te bevorderen (Isaac et al., 2016).

Door de persoonlijke normen, waarden en doelen van een patiënt in overweging te nemen, kan een persoonlijk plan worden opgesteld om voorgenomen gezondheidsgedrag daadwerkelijk uit te voeren. Hierdoor nemen gezondheidsvaardigheden, motivatie en kwaliteit van leven toe. Omdat het systeem van normen en waarden vaak verbonden is aan religie en spiritualiteit, kan een op religieuze waarden en op persoonlijke emoties en doelen gebaseerd psychologisch framework leiden tot effectieve gedragsverandering (Chew et al., 2018). Opvattingen met betrekking tot gezondheid komen vaak voort uit culturele en religieuze overtuigingen. De overtuiging dat zelf-management leidt tot verbetering van de gezondheid en van kwaliteit van leven bevordert compliance op de lange termijn (Noordman et al., 2023).

Mighty Men is een FBI met als doel gewichtsverlies om het risico op kanker bij Afrikaans-Amerikaanse mannen te verlagen. Een van de grootste uitdagingen bij deze doelgroep is om een setting te vinden die geschikt is om een interventie uit te voeren en waar er een kans is dat het gewenste gedrag wordt voortgezet na afloop van de interventie. Kerken zijn in de Verenigde Staten vaker betrokken geweest bij gezondheidsinterventies en zijn een belangrijke mogelijkheid om correcte informatie op een gevoelige en cultureel passende manier te verspreiden. Kerkelijke instellingen worden echter nog onvoldoende gebruikt als een manier om de gezondheid van Afrikaans-Amerikaanse mannen te bevorderen (Griffith & Jeager, 2020). De lessen die geleerd zijn van deze interventie kunnen, in aangepaste vorm, worden gebruikt voor het ontwikkelen van een interventie in Nederland. Hierbij kan met name gedacht worden aan gemeentes waar de kerk een centrale rol speelt en waar wantrouwen heerst tegenover informatie uit seculiere bronnen, zoals in sommige gemeentes in de Bible Belt het geval is.

5.4 Mate van religiositeit

In deze scriptie wordt onderzocht of de mate waarin een FBI effect heeft op gedragsintentie wat betreft het maken van gezonde voedingskeuzes wordt beïnvloed door de mate waarin religie een rol speelt in het leven van de persoon die wordt blootgesteld aan de FBI. De Centrality of Religiosity Scale (CRS) is een door Huber en Huber ontworpen vragenlijst die de centraliteit of het belang van religie meet en die wereldwijd wordt gebruikt voor onderzoek op de gebieden van religiewetenschappen, psychologie en sociologie. Er bestaan verschillende operationalisaties van de CRS specifiek voor de Abrahamische religies, die respectievelijk uit 5, 10 en 15 items bestaan. Binnen de vragenlijst worden 5 kerndimensies onderscheiden: publieke beoefening, privé beoefening, religieuze ervaring, ideologie en de intellectuele dimensie. In de Duitse Religie Monitor van 2007 werden voor de betrouwbaarheid van de CRS-5 en de CRS-10 Cronbach's Alpha's van respectievelijk .85 en .93 gevonden (Huber & Huber, 2012).

In de Filipijnen werd door Del Castillo et al. (2021) gevonden dat de betrouwbaarheid toeneemt naarmate er meer items worden gebruikt, Cronbach's Alpha's bedroegen in dit onderzoek respectievelijk .75, .89 en .93 voor de CRS-5, CRS-10 en CRS-15. Esperandio et al. (2019) vonden dat in Brazilië een schaal met meer items inderdaad betrouwbaarder en accurater is, maar geven aan dat het gebruik van de CRS -5 acceptabel is als een korte vragenlijst wenselijk is. Ackert et al. (2020) vonden in Rusland een Cronbach's Alpha van .85 voor de CRS -5. Riegel (2020) vond een zeer sterke correlatie van $r = .92$ tussen de CRS -5 en de Francis Scale of Attitude towards Christianity (FAC). Naar beste weten is de betrouwbaarheid van de CRS nog niet in Nederland onderzocht en bestaat er geen Nederlandstalige versie van de CRS. In overweging nemend dat bij een langere vragenlijst meer respondenten voor het einde ervan afhaken en dat een Cronbach's Alpha van .75 tot .85 ruim voldoende betrouwbaarheid geeft, wordt in dit onderzoek gebruik gemaakt van de CRS-5. De antwoorden op de items van de CRS -5 worden volgens de instructies van Huber & Huber (2012) omgezet naar een numerieke waarde, waarna een gemiddelde over deze 5 items berekend wordt. Een hogere score staat hierbij voor een hogere mate van religiositeit. Er is geen Nederlandstalige versie van de CRS gevonden, daarom is deze door de onderzoeker zelf vertaald vanuit de oorspronkelijke Duitstalige en Engelstalige versie van Huber en Huber (2012). Dit is een beperking van de kracht van dit onderzoek, aangezien de Nederlandstalige versie niet gevalideerd is door anderen.

5.5 Body Mass Index (BMI)

De Body Mass Index (BMI), berekend als het gewicht in kg gedeeld door het kwadraat van de lengte in meters, is een eenvoudige en veelgebruikte maat om overgewicht en obesitas bij volwassenen te classificeren. Bij een BMI van 25 tot 30 kg/m² is sprake van overgewicht, vanaf 30 kg/m² is sprake van obesitas. Obesitas kan verder worden onderverdeeld in klasse I (BMI 30–35 kg/m²), klasse II (BMI 35–40 kg/m²) en klasse III (BMI ≥ 40 kg/m²) (WHO, 2021). Barte et al. (2014) vonden in hun meta-analyse slechts zeer kleine verschillen in effectiviteit van interventies gericht op gewichtsvermindering bij mensen met een BMI tussen de 25 en 40 kg/m², waarbij mensen met overgewicht iets minder gewicht verloren dan mensen met obesitas. Woźniak et al. (2022) vonden juist een één procentpunt groter gewichtsverlies bij mensen met overgewicht in vergelijking met mensen met obesitas, terwijl Bauer et al. (2020) in hun systematische review geen betekenisvolle verschillen vonden in gewichtsverlies tussen de verschillende klassen van obesitas. Huidige BMI lijkt dus geen significante voorspeller te zijn voor de effectiviteit van een interventie gericht op gewichtsreductie.

In deze scriptie is de uitkomstmaat gedragsintentie voor het gezonder maken van het voedingspatroon, wat kan bijdragen aan gewichtsreductie maar wat dus een breder en algemener doel betreft. Er is onvoldoende bekend over het eventuele effect van BMI op deze uitkomstmaat. Daarom wordt BMI als covariaat opgenomen in het model.

5.6 Attitude ten opzichte van gezonde voeding

Deze scriptie onderzoekt het mogelijke effect van FBI's op de gedragsintentie wat betreft het maken van gezonde voedingskeuzes. Omdat volgens de TPB attitude eveneens een belangrijke determinant van gedragsintentie is, wordt de attitude ten opzichte van gezonde voeding gemeten en als covariaat meegenomen in de analyse. Attitude wordt geoperationaliseerd middels de 8-item semantische differentiaal schaal van Cheng et al. (2019). De respondent wordt gevraagd om op een 7-punts bipolaire schaal voor 8 adjectieparen aan te geven welk antwoord het beste past aan het einde van de zin "Voor mij is gezond eten ...". De adjectieparen zijn nuttig/nutteloos, gunstig/schadelijk, verstandig/onverstandig, goed/slecht, plezierig/onplezierig, correct/incorrect, aangenaam/onaangenaam, bevredigend/onbevredigend.

5.7 Overige factoren die invloed hebben op gedragsintentie

Grzymisławska et al. (2020) noemen als andere factoren die invloed kunnen hebben op gedragsintentie en daadwerkelijk gedrag onder andere opleidingsniveau en sociaaleconomische status. Een belangrijke determinant is bovendien gender: in vergelijking met mannen zijn vrouwen zich meer bewust van de relatie tussen voeding en gezondheid, is het waarschijnlijker dat zij op basis van nieuwe informatie hun mening veranderen en volgen zij vaker een gezond en uitgebalanceerd dieet. In een onderzoek naar het eten van groenten, hadden vrouwen in vergelijking met mannen een grotere mate van zelf-effectiviteit een positievere attitude en positievere subjectieve normen wat betreft het eten van groenten, en als gevolg daarvan hadden zij ook een sterkere intentie om groenten te eten. Opleidingsniveau en gender worden daarom als covariaten meegenomen in de analyse.

Er bestaan verschillende definities van sociaaleconomische status, waarbij opleiding, inkomen en beroep indicatoren zijn voor de sociaaleconomische status van een individu. De Nederlandse Rijksoverheid gebruikt op de website van Volksgezondheid en Zorg het hoogst behaalde opleidingsniveau als indicator voor sociaaleconomische status (Volksgezondheid en Zorg, z.d.). Dit voorbeeld volgend worden in deze scriptie naast opleidingsniveau geen andere indicatoren van sociaaleconomische status gevraagd, aangezien het vragen naar bijvoorbeeld inkomen door veel respondenten als gevoelige informatie wordt beschouwd en hiernaar vragen de response rate van een vragenlijst kan verlagen (Dillman et al., 2014).

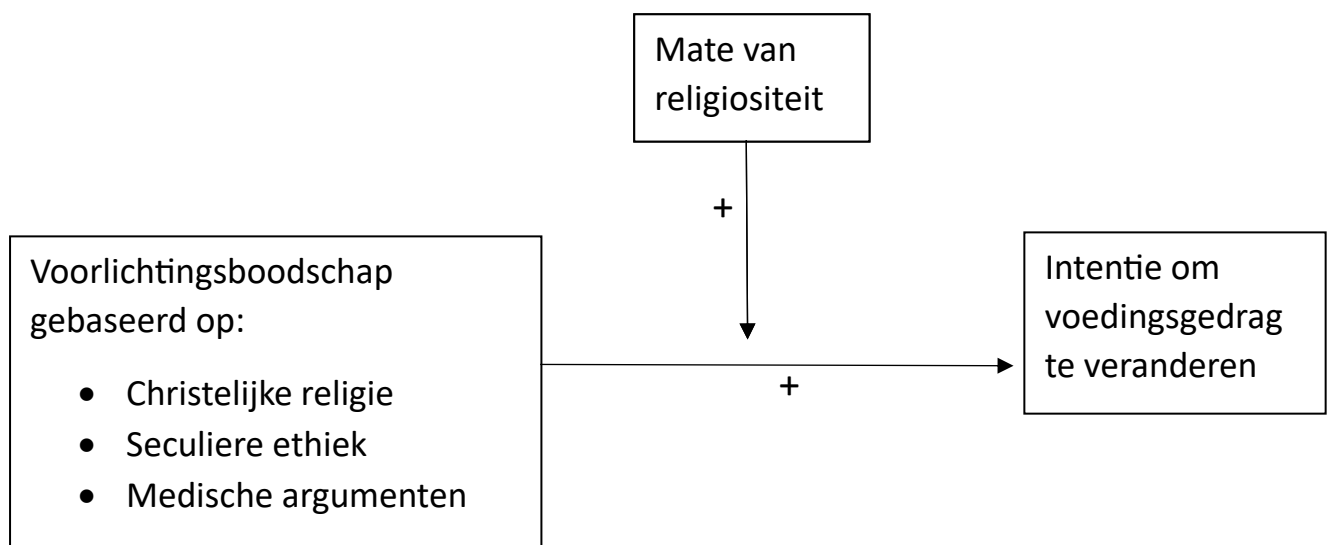
In de geraadpleegde literatuur betreffende FBI's is geen verband gevonden tussen leeftijd en waargenomen gedragsverandering. Om de steekproef te kunnen beschrijven, om aan te kunnen geven hoe representatief de steekproef is en naar welke populatie gegeneraliseerd kan worden, zal aan de respondenten hun leeftijd worden gevraagd. Leeftijd wordt meegenomen als covariaat in de analyse, zoals gebruikelijk is in dit soort onderzoek. Er is geen verwachting omtrent de invloed van leeftijd op gedragsintentie.

5.8 Gedragsintentie

Wang et al. (2020) meten gedragsintentie betreffende de aanschaf van biologische voeding middels 3 items op een 5-punts Likert-schaal: *I am willing to / I will make an effort to / I intend to buy organic products*. Wolstenholme et al. (2021) gebruiken 3 vergelijkbare items voor de intentie om de consumptie van rood en bewerkt vlees te verminderen: *I intend to / I plan to / I will reduce my weekly red/processed meat consumption*, maar zij gebruiken hiervoor een 7-punts Likert-schaal. Voor dit onderzoek wordt een door de onderzoeker vertaalde Nederlandse versie van deze 3 items gebruikt: *ik wil / ik zal moeite doen om / ik ben van plan de aan het begin van deze vragenlijst door mij opgeschreven verandering in voedingsgewoonte uit te voeren*. Simms et al. (2019) tonen aan dat er geen psychometrische voordelen zijn aan antwoordschalen met meer dan 5 opties, dus in deze scriptie wordt een 5-punts Likert-schaal gebruikt.

5.9 Conceptueel model

De in het literatuuronderzoek gevonden factoren, hun samenhang en de verwachtingen omtrent de richtingen van de verbanden zijn weergegeven in het conceptueel model in Figuur 2. De voorlichtingsboodschappen gebaseerd op christelijke religie en seculiere ethiek worden verondersteld de gedragsintentie te verhogen door het beïnvloeden van de subjectieve norm van de respondent, terwijl de voorlichtingsboodschap gebaseerd op medische argumenten wordt verondersteld de gedragsintentie te verhogen door het beïnvloeden van de attitude van de respondent.



Figuur 2

Conceptueel model

Noot. Bij de verbanden is aangegeven wat de verwachting van de richting van het verband is, waarbij '+' staat voor een positief verband. De hypothesen betreffen de vergelijking van de voorlichtingsboodschap gebaseerd op christelijke religie ten opzichte van beide andere voorlichtingsboodschappen, gecontroleerd voor gender, leeftijd, opleidingsniveau, BMI, subjectieve beoordeling van de mate van gezondheid van het huidige eetpatroon, en attitude ten opzichte van gezonde voeding.

6. Onderzoeksmethoden

Voor deelvraag 1 wordt in eerste instantie onderzocht welke argumenten er in de Bijbel staan om gezonde voeding na te streven. Deze kennis wordt vervolgens aangevuld met interviews met experts, onder wie in ieder geval een katholieke voorganger (bijvoorbeeld pastor Eugène Brussee) en een protestantse voorganger (bijvoorbeeld dominee Jacob Folkerts).

Voor deelvragen 2 tot en 3 wordt eerst een literatuuronderzoek uitgevoerd om een overzicht te verkrijgen van welke argumenten er zijn voor het nastreven van een gezond voedingspatroon zoals beschreven in de Richtlijnen goede voeding 2015 (RGV; Gezondheidsraad, 2015). Deze kennis wordt vervolgens aangevuld met interviews met experts, respectievelijk een filosoof/ethicus (bijvoorbeeld prof. dr. Michiel Korthals) en een arts/gezondheidswetenschapper (bijvoorbeeld huisarts Zoltan Gramantik). Deze experts zullen op basis van hun kennis en ervaring kunnen helpen om de argumenten voor gezonde voeding vanuit het perspectief van hun eigen vakgebied kernachtig en aansprekend te verwoorden. Bovendien kunnen zij aangeven waar zich in het literatuuronderzoek betreffende deze specifieke argumenten hiaten bevinden.

Op basis van dit literatuuronderzoek worden 3 stimuli geformuleerd: een motiverende tekst om aan te zetten tot gedragsverandering wat betreft gezonde voeding, gebaseerd op respectievelijk christelijke, seculier ethische en medische argumenten. In een pilot studie wordt onderzocht of deze stimuli onderling onderscheidend zijn wat betreft de stellingen: *deze tekst is gebaseerd op religieuze/ethische/medische argumenten*. Verder wordt onderzocht of deze stimuli onderling vergelijkbaar zijn wat betreft de stellingen: *deze tekst is geloofwaardig/acceptabel/duidelijk*. Voor een repeated measures ANOVA met 1 groep, 3 metingen, grote effect size $f^2 = .4$, $\alpha = .10$ en power = .8 volstaat een sample size van $n = 10$, voor een power van .95 zijn 15 respondenten benodigd.

Voor deelvraag 4 wordt eerst een literatuuronderzoek uitgevoerd: er is al veel bekend over welke factoren van invloed kunnen zijn op de intentie om gezonde voeding te nemen. Door het bestuderen van de internationale literatuur worden de relevante covariaten en de bijbehorende meetinstrumenten gevonden.

Voor deelvragen 4 en 5 wordt een RCT in de vorm van een online vragenlijst uitgevoerd, omdat de benodigde gegevens voor het beantwoorden van deze vragen nog niet beschikbaar zijn. In RCT's worden deelnemers op basis van het toeval in groepen verdeeld, waarbij een of meerdere groepen de behandelingen krijgen waarvan de onderzoekers het effect willen meten, terwijl een andere groep als controle dient. Goed uitgevoerd onderzoek van dit type kent weinig vertekening van resultaten en geeft de beste aanwijzingen over de causaliteit van een verband (Gezondheidsraad, 2015: p. 18).

De doelpopulatie bestaat uit volwassen Nederlanders die zich als christen identificeren. De steekproef wordt gedaan op basis van convenience sampling: de vragenlijst wordt via e-mail verspreid onder christelijke kennissen van de auteur en hun kerkelijke gemeentes. Ook zullen via lokale kerken respondenten geworven worden. Voor een beoogde power van .95 bij een significantieniveau van $\alpha = .05$ en een middelgrote effect size van $f^2 = .15$ in een hiërarchische multiple lineaire regressie analyse met 6 covariaten waarvan 1 bestaat uit 3 levels, 1 onafhankelijke variabele bestaande uit 3 levels en 1 moderator is bij toetsen op een toename van R^2 volgens G*Power (HHU, versie 3.1.9.7) een minimale steekproefomvang van $n = 107$ benodigd, voor een power van .8 volstaat een steekproefomvang van $n = 68$ (Faul et al., 2009).

De vragenlijst is opgezet conform de Tailored Design Method (Dillman et al., 2014): de vragenlijst begint met heldere informatie over de inhoud en het doel van het onderzoek. Er wordt vermeld dat alle gegevens vertrouwelijk zullen worden behandeld, anoniem worden verwerkt en uitsluitend voor

studiedoeleinden zullen worden gebruikt. Om de response rate te vergroten en de deelnemers te belonen voor hun tijd en moeite van deelname aan de vragenlijst, worden onder de respondenten 3 boekenbonnen van €20 verloot en wordt hen de mogelijkheid geboden om na afloop van het onderzoek een overzicht van de resultaten te ontvangen. Door het gebruik van gevalideerde meetinstrumenten uit de wetenschappelijke literatuur wordt de betrouwbaarheid van het onderzoek gewaarborgd.

Er wordt alleen gebruik gemaakt van een *forced response* (verplicht antwoord) waar absoluut noodzakelijk, omdat verplichte antwoorden respondenten kunnen irriteren wat leidt tot een hogere mate van voortijdige uitval (Dillman et al., 2014) en om nonresponse error niet onnodig te vergroten (Albaum et al., 2014). Verplichte antwoorden zijn alleen vereist voor de volgende drie vragen: ten eerste de *informed consent*, omdat anders de verkregen gegevens niet gebruikt mogen worden en dus nutteloos zijn. Ten tweede de vraag betreffende religieuze affiliatie, aangezien de doelgroep van deze vragenlijst uitsluitend mensen betreft die zich als christen identificeren. Ten slotte de attentiecheck, zodat de respondent niet onbewust door het scherm met de stimulus heen kan klikken zonder deze te lezen.

Eerst worden de demografische factoren uitgevraagd: religieuze affiliatie volgens de formulering en met de antwoordmogelijkheden van Schmeets en Houben (2023) maar met toevoeging van de optie *Kerkgenootschap der Zevende-dags Adventisten*, mate van religiositeit volgens de CRS-5 van Huber en Huber (2012), gender, leeftijd, lengte en gewicht (zodat later de BMI berekend kan worden), en ten slotte opleidingsniveau conform de indeling van het CBS in laag/middelbaar/hog (Pleijers & De Vries, 2021). Hoewel bekend is dat zelf-gerapporteerde lengte vaak groter is dan werkelijke lengte en zelf-gerapporteerd gewicht lager is dan het werkelijke gewicht, zijn de absolute verschillen klein. De BMI die wordt berekend op basis van deze gegevens is dus een lichte onderschatting van de werkelijke BMI, maar is nog steeds voldoende accuraat en betrouwbaar (Hodge et al., 2020).

De respondent wordt gevraagd in welke mate hun het eigen eetgedrag gezond vindt. Dit wordt gedaan door de respondent hunzelf een rapportcijfer te laten geven (Flycatcher Internet Research, 2017: p. 6). Daarna wordt de respondent gevraagd zelf een of meerdere mogelijke veranderingen in hun voedingspatroon te benoemen, aangezien er geen standaard doel te benoemen valt dat voor iedere respondent acceptabel, realistisch of wenselijk is. Open vragen kosten meer tijd en energie om te beantwoorden dan gesloten vragen en kunnen er toe leiden dat respondenten voortijdig hun deelname aan de vragenlijst staken (Dillman et al., 2014). Daarom wordt gebruik gemaakt van de in opdracht van het Voedingscentrum ontwikkelde checklist, die veelvoorkomende verbeteringen weergeeft. Voorbeelden van deze verbeteringen zijn meer fruit eten, minder snoepen en kleinere porties eten (Flycatcher Internet Research, 2017: p. 7). Er wordt ook de optie "geen van bovenstaande" aangeboden; als de respondent deze optie aanvinkt of als hun geen enkele verandering aanvinkt, wordt de respondent van verdere analyse uitgesloten. Immers, als hun niets wenst te verbeteren, zal hun ook niet ontvankelijk zijn voor een motiverende boodschap en is het niet aannemelijk dat de inhoud van de boodschap effect zal hebben op hun mate van intentie om hun gedrag te veranderen.

De respondent wordt vervolgens willekeurig blootgesteld aan een van de drie stimuli: een voorlichtingsboodschap gebaseerd op christelijke religie respectievelijk seculiere ethiek respectievelijk medische argumenten. Hoewel een christelijke boodschap misschien overtuigender overkomt wanneer deze wordt uitgesproken door een religieus leider en een medische boodschap mogelijk overtuigender is wanneer deze afkomstig is van een arts, is er voor gekozen in dit onderzoek elke boodschap te introduceren met de tekst: *stelt u zich voor dat een goede vriend(in) het volgende tegen u zegt*. Op deze manier wordt in het experiment alleen de inhoud van de boodschap gemanipuleerd en wordt geen vertekening veroorzaakt door de bringer van de boodschap en eventuele associaties die de respondent met hen heeft. Het nadeel van deze aanpak is dat het daadwerkelijke effect van de boodschap zoals die in een realistische setting zou worden geuit, in dit onderzoek waarschijnlijk wordt onderschat.

Om de respondent te dwingen actief de stimulus te verwerken, wordt aan de respondent gevraagd welk argument uit de zojuist gelezen tekst hen het meest aanspreekt. Deze vraag fungeert tevens als attentiecheck. Als de respondent hier niets invult of een antwoord invult dat niets te maken heeft met de zojuist gelezen tekst, wordt de respondent van verdere analyse uitgesloten.

Aansluitend wordt de gedragsintentie gemeten met 3 items op een 5-punts Likert-schaal (Wang et al., 2020; Wolstenholme et al., 2021). Vervolgens worden de mate van religiositeit gemeten met de 5 items van de CRS-5 (Huber & Huber, 2012) en de attitude ten opzichte van gezonde voeding wordt volgens de 8 items van de Attitude towards Healthy Eating schaal van Cheng et al. (2019) gemeten.

De vragenlijst wordt afgesloten met een open tekstveld waarin de respondent vragen en commentaar kan achterlaten. Als hun kans wil maken op een van de boekenbonnen en/of informatie over de resultaten wil ontvangen, kan hun een link openen naar een Google Form en daar een e-mail adres achterlaten. Deze adressen kunnen niet worden gekoppeld aan de antwoorden in de vragenlijst en worden niet gedeeld met de opdrachtgever of het opleidingsinstituut.

In Appendix A staat de vragenlijst in platte tekst, deze zal in een aantrekkelijkere opmaak in Qualtrics verspreid worden. Respondenten worden willekeurig aan een van de drie voorlichtingsboodschappen toegewezen. De in dit Plan van Aanpak gebruikte teksten zijn een eerste schets van het te gebruiken stimulusmateriaal, deze zullen nog aangepast worden na uitgebreider literatuuronderzoek en na de interviews met de experts. Als uit de pilot studie blijkt dat verdere aanpassingen nodig zijn, worden de teksten nog verder bijgeschaafd voordat de vragenlijst wordt verspreid.

De statistische analyse zal worden gedaan in SPSS (IBM, versie 29.0) middels een hiërarchische multiple lineaire regressie analyse. Hierbij is gedragsintentie de afhankelijke variabele, de soort stimulus met de christelijk religieuze conditie als referentie conditie is de onafhankelijke variabele (geoperationaliseerd als 2 dummy variabelen voor de seculier ethische respectievelijk de medische conditie), de mate van religiositeit is de moderator. Gender, leeftijd, opleidingsniveau, BMI, attitude betreffende gezonde voeding en rapportcijfer eetgedrag worden als covariaten opgenomen.

In stap 1 van het model worden alle covariaten en de mate van religiositeit opgenomen. In stap 2 worden de beide dummy-variabelen voor de conditie toegevoegd, in stap 3 worden de interacties tussen de dummy's en de mate van religiositeit toegevoegd. Er wordt getoetst of de verandering van de proportie verklaarde variantie in stap 2 en stap 3 significant toeneemt, waarbij een significantieniveau van $\alpha = .05$ wordt gehanteerd. De analyse wordt gestratificeerd naar religieuze denominatie (katholiek of protestants, met uitsluiting van Zevende-dags Adventisten) uitgevoerd, mits het aantal respondenten van beide denominaties voldoende groot is.

7. Planning

Juli 2023: verkennend literatuuronderzoek

19 juli 2023: eerste training Plan van Aanpak

Eind juli t/m augustus 2023: literatuuronderzoek

24 augustus 2023: tweede training Plan van Aanpak

Eind augustus 2023: inleveren eerste versie Plan van Aanpak

Eind augustus t/m september 2023: interviews met experts

September 2023: aanvullend literatuuronderzoek

Oktober 2023: inleveren herziene versie Plan van Aanpak

Eind oktober 2023: finaliseren vragenlijst, uitvoeren pilot studie

Begin november 2023: verspreiden van vragenlijst

Eind november 2023: analyse van vragenlijstresultaten, discussie, conclusie

December 2023: eerste draft van de scriptie

Januari 2024: inleveren definitieve scriptie

Overleg met Floor Neelemaat vindt telkens wanneer nodig plaats via Teams. Er zijn sowieso contactmomenten voor het inleveren van het definitieve Plan van Aanpak, voor uitvoering van de pilot studie, na de statistische analyse van de resultaten en na het inleveren van de eerste draft van de scriptie. Er is maandelijks contact met Nina Komrij via Teams, per telefoon of in persoon.

Referenties

Ackert, M., Prutskova, E., & Zabaev, I. (2020). Validation of the Short Forms of Centrality of Religiosity Scale in Russia. *Religions*, 11(11), 577. <https://doi.org/10.3390/rel11110577>

Ajzen, I. (1985). *From intentions to actions: A theory of planned behavior*. In Action control: From cognition to behavior (pp. 11-39). Springer Berlin Heidelberg.

Ajzen, I. (2020). The theory of planned behavior: Frequently asked questions. *Human Behavior and Emerging Technologies*, 2(4), 314– 324. <https://doi.org/10.1002/hbe2.195>

Albaum, G., Roster, C.A., Wiley, J., Rossiter, J. & Smith, S.M. (2014) Designing Web Surveys in Marketing Research: Does Use of Forced Answering Affect Completion Rates? *Journal of Marketing Theory and Practice*, 18(3), 285-294. <https://doi.org/10.2753/MTP1069-6679180306>

American Psychological Association (2019, september). *Singular “They”*. <https://apastyle.apa.org/style-grammar-guidelines/grammar/singular-they>

Barte, J.C., Veldwijk, J., Teixeira, P.J., Sacks, F.M., & Bemelmans, W.J. (2014). Differences in weight loss across different BMI classes: a meta-analysis of the effects of interventions with diet and exercise. *International Journal of Behavioral Medicine*, 21(5), 784-93. <https://doi.org/10.1007/s12529-013-9355-5>

Bauer, K., Lau, T., Schwille-Kiuntke, J., Schild, S., Hauner, H., Stengel, A., Zipfel, S., & Mack, I. (2020). Conventional weight loss interventions across the different BMI obesity classes: A systematic review and quantitative comparative analysis. *European Eating Disorders Review*, 28(5), 492-512. <https://doi.org/10.1002/erv.2741>

Bilgin, A., Muz, G., & Erdogan Yuce, G. (2022). The effect of motivational interviewing on metabolic control and psychosocial variables in individuals diagnosed with diabetes: Systematic review and meta-analysis. *Patient Education and Counseling*, 105(9), 2806-2823. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2022.04.008>

CBS (2022). *Hoeveel volwassenen hebben overgewicht?* <https://longreads.cbs.nl/nederland-in-cijfers-2022/hoeveel-volwassenen-hebben-overgewicht/>

Cena, H., & Calder, P.C. (2020). Defining a Healthy Diet: Evidence for the Role of Contemporary Dietary Patterns in Health and Disease. *Nutrients*, 12(2), 334. <https://doi.org/10.3390/nu12020334>

Cheng, O. Y., Yam, C. L. Y., Cheung, N. S., Lo Penny Lee, P., Ngai, M. C., & Lin, C. Y. (2019). Extended theory of planned behavior on eating and physical activity. *American Journal of Health Behavior*, 43(3), 569–581. <https://doi.org/10.5993/ajhb.43.3.11>

Chew, B., Fernandez, A., & Shariff-Ghazali, S. (2018) Psychological interventions for behavioral adjustments in diabetes care – a value-based approach to disease control. *Psychology Research and Behavior Management*, 11, 145-155. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S117224>

Del Castillo, F., Del Castillo, C.D., Ching, G., Ackert, M., Aliño, M.A., & Nob, R. (2021). Validation of the Abrahamic Forms of the Centrality of Religiosity Scale (CRS-5, CRS-10, and CRS-15): Evidence from Selected University Students in the Philippines. *Religions*, 12(2), 84. <https://doi.org/10.3390/rel12020084>

Dillman, D.A., Smyth, J.D., & Christian, L.M. (2014). *Internet, Phone, Mail, and Mixed-Mode Surveys: The Tailored Design Method* (4th Edition). John Wiley & Sons.

Esperandio, M. R. G., August, H., Viacava, J. J. C., Huber, S., & Fernandes, M. L. (2019). Brazilian Validation of Centrality of Religiosity Scale (CRS-10BR and CRS-5BR). *Religions*, 10(9), 508. <https://doi.org/10.3390/rel10090508>

Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A.-G. (2009). Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods*, 41, 1149-1160.

Flycatcher Internet Research (2017, november). *Quickscan Voedselvaardigheid*. <https://www.voedingscentrum.nl/Assets/Uploads/voedingscentrum/Documents/Professionals/Pers/Per smappen/Quickscan%20Voedselvaardigheid/Quickscan%20Voedselvaardigheid%20-%20publicatiedatum%2015%20januari%202018.pdf>

Francis, S.A., & Liverpool, J. (2009). A Review of Faith-Based HIV Prevention Programs. *Journal of Religion and Health*, 48, 6–15. <https://doi.org/10.1007/s10943-008-9171-4>

Gezondheidsraad (2015). *Richtlijnen goede voeding 2015* (publicatienr. 2015/24). <https://www.gezondheidsraad.nl/documenten/adviezen/2015/11/04/richtlijnen-goede-voeding-2015>

Griffith, D.M., & Jaeger, E.C. (2020). Mighty men: A faith-based weight loss intervention to reduce cancer risk in African American men. *Advances in Cancer Research*, 146, 189-217, <https://doi.org/10.1016/bs.acr.2020.01.010>

Grzymisławska, M., Puch, E.A., Zawada, A., & Grzymisławski, M. (2020). Do nutritional behaviors depend on biological sex and cultural gender? *Advances in Clinical and Experimental Medicine*, 29(1), 165-172. <https://doi.org/10.17219/acem/111817>

Hodge, J.M., Shah, R., McCullough, M.L., Gapstur, S.M., & Patel, A.V. (2020). Validation of self-reported height and weight in a large, nationwide cohort of U.S. adults. *PLoS ONE* 15(4): e0231229. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0231229>

Huber, S., & Huber, O.W. (2012). The Centrality of Religiosity Scale (CRS). *Religions*, 3(3), 710-724. <https://doi.org/10.3390/rel3030710>

Isaac, K. S., Hay, J. L., & Lubetkin, E. I. (2016). Incorporating Spirituality in Primary Care. *Journal of religion and health*, 55(3), 1065–1077. <https://doi.org/10.1007/s10943-016-0190-2>

Junainah, A., Sharifah Munirah, S.E., Mohd Said, N., & Hanida Hani, M.M. (2021). Religiosity and its Relationship with Smoking Cessation A Systematic Review. *International Medical Journal Malaysia*. 20(4), 85-94. <https://doi.org/10.31436/imjm.v20i4.1654>

Kerkgenootschap der Zevende-dags Adventisten (z.d.). *Over ons*. <https://www.adventist.nl/korte-introductie/>

Kok, G., Peters, G.Y., Kessels, L.T.E., Ten Hoor, G.A., & Ruiter, R. A.C. (2018). Ignoring theory and misinterpreting evidence: the false belief in fear appeals. *Health Psychology Review*, 12(2), 111-125. <https://doi.org/10.1080/17437199.2017.1415767>

Koopmans, B., Korevaar, J., Nielen, M., Verhaak, P., De jong, J., Van Dijk, L., Noordman, J., Veenhof, C., & Schellevis, F. (2012). *Nivel overzichtsstudies – Preventie kan effectiever!* Nivel. <https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Overzichtstudie-preventie.pdf>

Litalien, M., Atari, D.O., & Obasi, I. (2022). The Influence of Religiosity and Spirituality on Health in Canada: A Systematic Literature Review. *Journal of Religion and Health*, 61, 373–414. <https://doi.org/10.1007/s10943-020-01148-8>

Luli, M., Yeo, G. S., Farrell, E. P., Ogden, J., Parretti, H., Frew, E., Bevan, S., Brown, A., Logue, J., Menon, V., Isack, N., Lean, M. E. J., McEwan, C., Gately, P., Williams, S., Astbury, N. M., Bryant, M., Clare, K., Dimitriadis, G. K., . . . Miras, A. D. (2023). The implications of defining obesity as a disease: a report from the Association for the Study of Obesity 2021 annual conference. *EClinicalMedicine*, 58, 101962. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2023.101962>

Miller, W.R., & Rollnick, S. (2018). *Motiverende Gespreksvoering* (derde editie). Ekklesia.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2018). *Nationaal Preventieakkoord: naar een gezonder Nederland*. <https://open.overheid.nl/documenten/ronl-1f7b7558-4628-477d-8542-9508d913ab2c/pdf>

Noordman, J., Meurs, M., Poortvliet, R., Rusman, T., Orego-Villagran, C., Ballester, M., Ninov, L., Niño de Guzmán, E., Alnoso-Coello, P., Groene, O., Suñol, R., Heijmans, M., & Wagner, C. (2023). Contextual factors for the successful implementation of self-management interventions for chronic diseases: A qualitative review of reviews. *Chronic Illness*. Epub ahead of print. <https://doi.org/10.1177/17423953231153337>

Ntoumanis, N., Ng, J.Y.Y., Prestwich, A., Quested, E., Hancox, J.E., Thøgersen-Ntoumani, C., Deci, E.L., Ryan, R.M., Lonsdale, C., & Williams, G.C. (2021). A meta-analysis of self-determination theory-informed intervention studies in the health domain: effects on motivation, health behavior, physical, and psychological health. *Health Psychology Review*, 15(2), 214-244. <https://doi.org/10.1080/17437199.2020.1718529>

NVD (2022). *Een visie op de diëtetiek en de diëtist in 2030*. https://nvdietist.nl/app/uploads/2022/01/NVD_visie_digitaal.pdf

Onyishi, C. N., Ilechukwu, L. C., Victor-Aigbodion, V., & Eseadi, C. (2021). Impact of spiritual beliefs and faith-based interventions on diabetes management. *World journal of diabetes*, 12(5), 630–641. <https://doi.org/10.4239/wjd.v12.i5.630>

Paul Victor, C.G., & Treschuk, J.V. (2020). Critical Literature Review on the Definition Clarity of the Concept of Faith, Religion, and Spirituality. *Journal of Holistic Nursing*, 38(1), 107-113. <https://doi.org/10.1177/0898010119895368>

Pleijers, A., & De Vries, R. (2021). *Indeling van opleidingen op basis van niveau en oriëntatie*. CBS. <https://www.cbs.nl/nl-nl/longread/discussion-papers/2021/invulling-praktisch-en-theoretisch-opgeleiden/3-indeling-van-opleidingen-op-basis-van-niveau-en-orientatie>

Purnell, J.Q. (2023). *Definitions, Classification, and Epidemiology of Obesity*. In: Feingold, K.R., Anawalt, B., & Blackman, M.R. (reds.). Endotext [Internet]. MDText.com. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK279167/>

Riegel, U. (2020). Centrality of Religiosity, Attitude towards Christianity and Post-Critical Belief: Comparing Three Measures of Religiosity. *Religions*, 11(1), 46. <https://doi.org/10.3390/rel11010046>

Ryan, R.M., & Deci, E.L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55(1), 68–78. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.68>

Ryan, R.M., & Deci, E.L. (2017). *Self-Determination Theory: Basic Psychological Needs in Motivation, Development, and Wellness*. Guilford Press.

Sanusi, A., Elsey, H., Golder, S., Sanusi, O., & Oluyase, A. (2023) Cardiovascular health promotion: A systematic review involving effectiveness of faith-based institutions in facilitating maintenance of normal blood pressure. *PLOS Global Public Health*, 3(1), e0001496. <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0001496>

Schmeets, H., & Houben, M. (2023, 7 april). *Religieuze betrokkenheid in Nederland*. CBS. <https://www.cbs.nl/nl-nl/longread/statistische-trends/2023/religieuze-betrokkenheid-in-nederland?onepage=true>

Simms, L. J., Zelazny, K., Williams, T. F., & Bernstein, L. (2019). Does the number of response options matter? Psychometric perspectives using personality questionnaire data. *Psychological Assessment*, 31(4), 557–566. <https://doi.org/10.1037/pas0000648>

Suhaimi, T., Wajihah Wafa Syed Saadun Tarek Wafa, S., Farhan Mohd Rasdi, H., & Abd Talib, R. (2022). Models and theories to support health promotion programmes for overweight and obese adults: A scoping review. *Malaysian Journal of Nutrition*, 28(3), 335-355. <https://doi.org/10.31246/mjn-2021-0126>

Volksgezondheid en Zorg (z.d.). *Sociaaleconomische status | Verantwoording | Definities*. <https://www.vzinfo.nl/sociaaleconomische-status/verantwoording/definities>

Wang, J., Pham, T. L., & Dang, V. T. (2020). Environmental Consciousness and Organic Food Purchase Intention: A Moderated Mediation Model of Perceived Food Quality and Price Sensitivity. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(3), 850. <https://doi.org/10.3390/ijerph17030850>

WHO (2021, 9 juni). *Obesity and overweight*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

Wolstenholme, E., Carfora, V., Catellani, P., Poortinga, W., & Whitmarsh, L. (2021), Explaining intention to reduce red and processed meat in the UK and Italy using the theory of planned behaviour, meat-eater identity, and the Transtheoretical model. *Appetite*, 166, 105467. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2021.105467>

Woźniak, J., Garbacz, K., Wojciechowska, O., Wrzosek, M., & Włodarek, D. (2022). Effectiveness of a 12-Month Online Weight Reduction Program in Cohorts with Different Baseline BMI-A Prospective Cohort Study. *Nutrients*, 14(16), 3281. <https://doi.org/10.3390/nu14163281>

Yeary, K.H.K., Sobal, J., & Wethington, E. (2017). Religion and body weight: a review of quantitative studies. *Obesity Reviews*, 18(10), 1210-1222. <https://doi.org/10.1111/obr.12569>

Waters, G.P. (2019). *The Pastor and the Care of the Body*. Servants of Grace. <https://servantsofgrace.org/the-pastor-and-the-care-of-the-body/>

Witkamp, R. (2017). Nutri-theologie: een interspecialisatie met toekomst. *Voeding Magazine*, 30(1), 13. https://www.zuivelengezondheid.nl/wp-content/uploads/2017/03/voeding_magazine_nummer_1_2017.pdf

Appendix A: Vragenlijst

Vragen gemarkeerd met een asterisk (*) zijn verplicht om te beantwoorden.

[Pagina 1]

[Q1*: Informed Consent]

Beste deelnemer,

Op dit moment schrijf ik mijn scriptie ter afronding van de HBO-opleiding Voeding en Diëtetiek aan de Hogeschool NTI te Leiden. Als deel van deze scriptie doe ik onderzoek middels een vragenlijst, waaraan uw deelname erg gewaardeerd wordt. Ik onderzoek onder mensen die in Nederland wonen en zich als christen identificeren hoe tevreden zij zijn over hun huidige voedingsgewoonten.

De vragenlijst bestaat uit 8 korte pagina's, het invullen duurt ongeveer 8 minuten. Er zijn geen goede of foute antwoorden, ik ben alleen geïnteresseerd in uw persoonlijke mening en verzoek u om de vragen zo eerlijk en accuraat mogelijk te beantwoorden.

De antwoorden die u geeft worden vertrouwelijk en anoniem verwerkt. Uw deelname is geheel vrijwillig en u kunt op elk moment de vragenlijst beëindigen. De resultaten worden voor wetenschappelijke doeleinden gebruikt door de faculteit Voeding en Diëtetiek van de Hogeschool NTI, waarbij er zorg voor wordt gedragen dat identificatie van de deelnemers onmogelijk is.

Onder de deelnemers aan dit onderzoek worden 3 boekenbonnen van €20 verloot. Als u wilt, kunt u na afloop van het onderzoek een verslag met de resultaten ontvangen.

Als u vragen heeft over dit onderzoek, neemt u dan alstublieft contact op via dustindeleeuw@hotmail.com

Hartelijk bedankt voor uw tijd en moeite! Met vriendelijke groet,
Dustin de Leeuw.

Door deelname aan dit onderzoek verklaart u dat u 18 jaar of ouder bent en dat u toestemming geeft om uw antwoorden te gebruiken voor wetenschappelijke doeleinden. [Ik ga akkoord / Ik ga niet akkoord -> einde vragenlijst]

[Pagina 2]

[Q2*: Religieuze affiliatie] Rekent u zichzelf tot: [selecteer 1 optie]

De Rooms-katholieke kerk

Protestantse Kerk in Nederland (PKN)

Christelijke Gereformeerde Kerken (CGK)

Gereformeerde Kerken (vrijgemaakt) (GKV)

Nederlands Gereformeerde Kerken (NGK)

Hersteld Hervormde Kerk

Gereformeerde Gemeenten

Gereformeerde Gemeenten in Nederland

Oud Gereformeerde Gemeenten in Nederland

Baptistengemeenten

Pinkstergemeenten en Evangeliegemeenten

Internationaal Christelijke kerken, zoals Grieks of Russisch orthodox

Kerkgenootschap der Zevende-dags Adventisten

Protestants Christelijk, niet nader gespecificeerd

Anders, namelijk:

Ik reken mezelf niet tot een christelijke stroming [-> einde vragenlijst]

[Q3: Gender] Wat is uw geslacht? [Man/Vrouw/Non-binary of third gender/Anders, namelijk:]

[Q4: Leeftijd] Wat is uw leeftijd (in jaren)? [Korte tekst]

[Q5: Lengte] Wat is uw lengte (in meter)? [Korte tekst]

[Q6: Gewicht] Wat is uw gewicht (in kilogram)? [Korte tekst]

[Q7: Opleidingsniveau] Wat is uw hoogst afgeronde opleiding? [basisonderwijs, vmbo, de eerste 3 leerjaren van havo of vwo, assistentenopleiding (mbo-1) / bovenbouw van havo of vwo, basisberoepsopleiding (mbo-2), vakopleiding (mbo-3), middenkader- en specialistenopleiding (mbo-4) / HBO of WO (universiteit)]

[Pagina 3]

[Q8: Rapportcijfer eetgedrag] Als u denkt aan gezond eetgedrag, welk rapportcijfer zou u uzelf geven als het gaat om uw eigen eetgedrag? (1 = heel ongezond en 10 = heel gezond) [1/2/3/4/5/6/7/8/9/10]

[Q9: Verandering voeding] Wat zou u graag aan uw eetgedrag willen verbeteren? Selecteer alle antwoorden die op u van toepassing zijn. [Multiple choice, allow multiple answers]

- Meer fruit eten
- Gezond(er) eten
- Minder snoepen
- Kleinere porties eten
- Minder snacken
- Minder suiker
- Meer groenten eten
- Meer variatie
- Minder vet
- Regelmatiger eten
- (Vaker) ontbijten
- Meer zelf koken
- Geen van bovenstaande

[Pagina 4]

Lees alstublieft de volgende tekst zorgvuldig door. Stelt u zich voor dat een goede vriend(in) het volgende tegen u zegt: [Willekeurig een van de volgende stimuli, zonder het kopje]

Christelijke religieuze overtuiging

Goed voor uw eigen gezondheid zorgen, bijvoorbeeld door uw zojuist genoemde verandering in voedingsgewoonte uit te voeren, is wat God van u verwacht. Weet u dan niet dat uw lichaam een tempel is van de Heilige Geest? Bewijs God dus eer met uw lichaam (1 Kor 6:19-20⁸). Paulus zegt: of u nu eet of drinkt of iets anders doet, doe alles ter ere van God (1 Kor 10:31) en roept u op om uw lichamen aan God te wijden als een levend, heilig en God welgevallig offer, want dat is de ware eredienst voor u (Rom 12:1). Johannes wenst Gajus toe dat het met zijn lichamelijke gezondheid net zo goed gesteld moge zijn als met zijn ziel (3 Joh 1:2). Al in het Oude Testament waarschuwt God voor de gevaren van ongezond eetgedrag: overmatig honing eten is niet goed (Spr 25:27). Gezond eten doet u dus niet alleen voor uw fysieke gezondheid, u dient en eert God door goed te zorgen voor het lichaam dat Hij u geschonken heeft!

Seculiere ethiek

Goed voor uw eigen gezondheid zorgen, bijvoorbeeld door uw zojuist genoemde verandering in voedingsgewoonte uit te voeren, is wat de samenleving van u verwacht. Alleen als u in goede gezondheid bent, kunt u optimaal voor de mensen om u heen zorg dragen. Als u door ongezond eetgedrag in slechte gezondheid geraakt, leidt dat tot zorgen bij uw vrienden en familie en bent u minder goed in staat om voor hen te zorgen als zij het nodig hebben. Ook bent u door slechte gezondheid minder goed in staat om (vrijwilligers)werk te verrichten, terwijl dat deel is van goed burgerschap. Het Nederlandse zorgstelsel staat al zwaar onder druk, het is onethisch om de zorg nodeloos te belasten met door ongezond eetgedrag veroorzaakte ziekte. Gezond eten doet u dus niet alleen voor uzelf, maar ook voor de mensen om u heen!

Medische argumenten

Goed voor uw eigen gezondheid zorgen, bijvoorbeeld door uw zojuist genoemde verandering in voedingsgewoonte uit te voeren, maakt uw leven een stuk aangenamer. Gezond eetgedrag leidt er toe dat u zich fitter, energiever en beter voelt. Veel gezondheidsproblemen ontstaan als gevolg van ongezond eetgedrag en zijn dus te voorkomen. Als u een niet aan voeding gerelateerd gezondheidsprobleem oploopt, zoals bijvoorbeeld een gebroken been, herstelt u sneller en makkelijker en kan een arts u beter en succesvoller behandelen als u een gezond gewicht en een goede conditie heeft. Nu gezond eten is investeren in uw toekomst: u verkleint het risico op ernstige ziekten zoals een hartaanval, beroerte, suikerziekte of dementie door gezond te eten. Gezond eetgedrag helpt u dus niet alleen om zich op korte termijn beter te voelen, maar ook om op lange termijn gezond te blijven!

[Q10*: Attentiecheck] Welk argument in deze tekst spreekt u persoonlijk het meest aan? [Paragraaf]

[Pagina 5]

[Q11_1 t/m Q11_3: Gedragsintentie] U heeft eerder in deze vragenlijst een of meerdere mogelijke veranderingen in uw voedingspatroon benoemd. Daarna heeft u enkele argumenten gelezen waarom die verandering wenselijk zou kunnen zijn. In hoeverre bent u het eens met de volgende uitspraken? [Helemaal oneens/Oneens/Noch oneens, noch eens/Eens/Helemaal eens]

- Ik wil deze verandering uitvoeren.
- Ik zal moeite doen om deze verandering uit te voeren.

8 Alle citaten uit de Bijbel zijn afkomstig uit de Nieuwe Bijbelvertaling (NBV): een vertaling in hedendaags, natuurlijk Nederlands. Het is een interconfessionele vertaling, uitgebracht door het Nederlands Bijbelgenootschap (NBG) en de Katholieke Bijbelstichting (KBS), in samenwerking met Vlaamse partnerorganisaties. Bron: www.nbv.nl

- Ik ben van plan deze verandering uit te voeren.

[Pagina 6]

[Q12: Intellect] Hoe vaak denkt u aan religieuze zaken? [Erg vaak/Vaak/Soms/Zelden/Nooit]

[Q13: Ideologie] In welke mate gelooft u dat God of een hogere macht bestaat? [Heel sterk/Behoorlijk sterk/Enigszins/Niet zo sterk/Helemaal niet]

[Q14: Publieke beoefening] Hoe vaak neemt u deel aan religieuze diensten (fysiek of online)? [Meerdere keren per week/Eenmaal per week/Eenmaal tot driemaal per maand/Enkele keren per jaar/Minder vaak dan enkele keren per jaar/Nooit]

[Q15: Privé beoefening] Hoe vaak bidt u? [Meerdere keren per dag/Eenmaal per dag/Meer dan eenmaal per week/Eenmaal per week/Eenmaal tot driemaal per maand/Enkele keren per jaar/Minder vaak dan enkele keren per jaar/Nooit]

[Q16: Ervaring] Hoe vaak ervaart u situaties waarbij u het gevoel heeft dat God of een hogere macht zich in uw leven inmengt? [Erg vaak/Vaak/Soms/Zelden/Nooit]

[Pagina 7]

[Q17_1 t/m Q17_8: Attitude gezonde voeding] Voor mij is gezond eten: [7-punts semantische differentiaal]

- nuttig/nutteloos
- gunstig/schadelijk
- verstandig/onverstandig
- goed/slecht
- plezierig/onplezierig
- correct/incorrect
- aangenaam/onaangenaam
- bevredigend/onbevredigend

[Pagina 8]

[Q18: Opmerkingen] Dank u wel voor uw deelname aan dit onderzoek, u heeft het einde van de vragenlijst bereikt! Als u nog vragen, commentaar of opmerkingen heeft, kunt u die hier noteren. [Paragraaf]

[Q19: Boekenbon] Onder de deelnemers aan deze vragenlijst worden 3 boekenbonnen van €20 verloot. Als u hierop kans wilt maken en/of als u na afloop van het onderzoek een verslag van de resultaten wilt ontvangen, kunt u onderstaande link openen. Hiermee wordt u verwezen naar een Google Form waar u uw e-mail adres kunt invullen. Dit e-mail adres kan niet worden gekoppeld aan de antwoorden die u zojuist heeft gegeven, het wordt niet gedeeld met anderen en u ontvangt verder geen e-mails op dit adres. Alleen als u een van de winnaars bent, wordt eenmalig contact met u opgenomen. Dit zal ongeveer rond DATUM [een week na sluiten vragenlijst] zijn. Als u heeft aangegeven een verslag te willen ontvangen, krijgt u ongeveer rond DATUM [een maand na sluiten vragenlijst] eenmalig een e-mail.