

# WAARDERING VAN GEZONDHEID EN TANDVERZORGING BIJ NIJMEEGSE ECHTPAREN (III)

GEZONDHEID EN GEBIT

P. HEIJENDAEL, psycholoog\*\*)

B. TAX, socioloog\*)

A. KETELAAR-VAN IERSSEL, socioloog\*)

M. VAN 'T HOF, statisticus\*)

J. PERSOON, socioloog\*\*)

## Inleiding

Ten einde enig zicht te krijgen op de samenhang tussen leefmilieu en het opgroeiende kind zijn niet alleen milieugegevens verzameld, maar ook opvattingen over gezondheid en gezondheidszorg. Deze opvattingen over gezondheid en gezondheidszorg zullen als intermediaire variabelen in de zorg voor het kind mede een rol vervullen.

In dit artikel komen aan de orde de medische kennis van de ondervraagden, hun opvattingen over algemene gezondheids- en tandheelkundige aspecten en hun mening over uiterlijke ziekteverschijnselen. Aan de hand van deze variabelen wordt geprobeerd duidelijk te maken, dat kennis en attitudes over gezondheid en gebit te maken hebben met leefmilieus waar de 'groeikinderen' vandaan komen. Als milieu-variabelen zijn gebruikt het al dan niet meedoen aan het groei-onderzoek (een indicatie voor de bereikbaarheid van bepaalde bevolkingsgroepen), beroepscategorieën (een indicatie voor de sociale laag) en geslacht (een indicatie voor de invloed van de vader- en moederrol).

Tenslotte zullen, waar mogelijk, de resultaten van dit deel met die van de voorgaande artikelen in verband worden gebracht.

## De populatie en de gevolgde methode

Het totaal aantal echtparen waarvan in de tabellen toetsingen zijn berekend is circa 563, te weten: circa 397 *participerende* en 166 *niet-participerende* echtparen. Het woord *circa* is hier gebruikt om aan te geven,

dat de toetsingen niet steeds op een zelfde aantal zijn verricht.

De p-waarden van het verschil tussen mannen en vrouwen zijn steeds getoetst door middel van de toets van Wilcoxon of de toets van Student voor gepaarde waarnemingen. Die van het verschil tussen *participanten* en *non-participanten* met behulp van de toets van Wilcoxon of Student voor twee steekproeven. De correlaties zijn berekend met behulp van de Pearson-coëfficiënt (De Jonge, 1958; 1960).

Achtereenvolgens komen aan de orde:

1. de medische kennis;
2. de waardering van de gezondheid en van het gebit;
3. de waardering van de extrinsieke gezondheid;
4. de relatie tussen medische kennis, de waardering van gezondheid en gebit en van de extrinsieke gezondheid;
5. de relatie van medische kennis, waardering van gezondheid en gebit, extrinsieke gezondheid enerzijds met waardering van de tandarts en waardering van de tand-(heelkundige) verzorging anderzijds.

Bij elk van de vijf onderwerpen zullen de gebruikte instrumenten en de gevolgde methode nader worden omschreven.

### 1. De medische kennis

Ten einde een indruk te krijgen van de medische kennis van de onderzochte personen hebben wij gebruik gemaakt van een lijst van 20 vragen. Negen hiervan zijn samengesteld aan de hand van een soortgelijke lijst van Van der Velden (1971). De goede antwoorden over de medische kennis zijn opgeteld. (Door middel van iteratieve clusteranalyse (Boon van Ostade, 1969) bleek het om één factor te gaan.)

Alle respondenten zijn gerangschikt van 'véél kennis'

\*) Verbonden aan het Nijmeegse Groei-onderzoek.

\*\*\*) Verbonden aan het Instituut voor Sociale Geneeskunde.

Tabel I. Medische kennis. Items 54 tot en met 73 in de volgorde van meest tot minst correct beantwoord. Percentages correcte en foutieve antwoorden van circa 1150 respondenten.

	antwoord correct	antwoord foutief	weet niet	het correcte antwoord is:
1. Bij reuma kunnen op den duur misvormingen optreden (56).	93	1	6	ja
2. Een plastisch chirurg behandelt vooral mensen die vanwege hun beroep er mooi uit moeten zien (69).	87	7	6	neen
3. De oorzaak van kinderloosheid kan ook bij de man liggen (60).	87	8	5	ja
4. Een melkgebit hoeft nog niet gepoetst te worden (62).	87	11	2	neen
5. Omdat een melkgebit toch uitvalt hoeven gaten niet gevuld te worden (67).	83	13	4	neen
6. Eczeem is meestal het gevolg van onvoldoende wassen (61).	80	10	10	neen
7. Je kunt t.b.c. hebben zonder dat je het weet (54).	79	11	10	ja
8. Verkoudheid is een virusziekte (58).	78	9	13	ja
9. Om tandarts te kunnen worden moet men eerst arts zijn (66).	78	10	12	neen
10. In ons land is iedereen verplicht verzekerd tegen ziektekosten (72).	74	23	3	neen
11. Kanker is soms te genezen door bestraling (64).	71	13	16	ja
12. Astma krijg je als je leeft in een kleine benauwde ruimte (55).	67	15	18	neen
13. Suikerzieken moeten altijd behandeld worden met spuitjes (63).	67	18	15	neen
14. De enige oorzaak van tandbederf is het gebruik van suiker (59).	67	27	6	neen
15. Met fluoridering van het drinkwater kan men alle tandbederf in de toekomst voorkomen (73).	63	17	20	neen
16. Het hebben van een slecht gebit is erfelijk (65).	62	22	16	neen
17. Vooral dikke mensen krijgen last van hun maag (57).	58	18	26	neen
18. Een uroloog opereert onder andere mensen die moeilijkheden hebben met hun blaas (70).	53	17	30	ja
19. De jeugdpsychiatrische dienst zorgt voor kinderen van psychiatrische patiënten (71).	52	15	33	neen
20. Als een kies niet meer gevuld kan worden moet deze altijd getrokken worden (68).	37	54	9	neen

tot 'weinig kennis'. Zo is het mogelijk categorieën respondenten met elkaar te vergelijken.

#### Resultaten.

In tabel I staan de percentages correcte en foutieve antwoorden op de 20 vragen betreffende de medische kennis. In tabel II staan gemiddelden met betrekking

tot de medische kennis voor mannen, vrouwen, *participanten* en *non-participanten* en de correlaties met beroep.

De mannen hebben blijkens tabel II gemiddeld meer medische kennis dan de vrouwen. Dit is zowel bij de *participanten* als bij de *non-participanten* het geval.

Tabel II. Gemiddelden en correlatie-coëfficiënten met betrekking tot medische kennis. Significantieniveaus van de gevonden verschillen tussen mannen en vrouwen en tussen participanten en non-participanten.

	score medische kennis****)		
	mannen $\bar{x}$	vrouwen $\bar{x}$	significantie- niveau*)
totaal	14,6	13,8	p <.001
participanten	15,1	14,5	p <.001
non-participanten	13,5	12,2	p <.001
significantieniveau**)	p <.001	p <.001	
	correlatie met beroep***)		
totaal	.50	.42	
participanten	.49	.37	
non-participanten	.47	.46	

\*) Toets van Wilcoxon voor gepaarde waarnemingen.

\*\*) Toets van Wilcoxon voor twee steekproeven.

\*\*\*) Pearson's r.

\*\*\*\*) De schaal loopt van 0-20. Een lage score geeft een relatief lage medische kennis weer, een hoge score een relatief hoge medische kennis.

De *participanten* weten er gemiddeld meer van dan de *non-participanten*.

Wanneer men de relatie nagaat van de zes onderscheiden beroeps categorieën met de medische kennis, dan blijkt dat er een significant verband bestaat, in die zin dat met een hogere plaatsing op de beroeps ladder de medische kennis groter is. Wanneer men het beroep constant houdt, blijkt bij de mannen het verschil tussen *participanten* en *non-participanten* niet van betekenis te zijn, bij hun vrouwen daarentegen wel ( $p < .001$ ).

### Discussie

Opvallend is dat, vergelijkenderwijs, een tamelijk hoog percentage niet goed raad weet met vragen over 'het slechte gebit' (14, 15 en 20). De vraag dringt zich op in hoeverre de respondenten het niet weten door gemis aan kennis of ook door de handelwijze van de behandelende tandartsen. Dit geldt vooral ten aanzien van de *laatste* vraag: 54% geeft een foutief antwoord. Een eventueel verschil tussen ziekenfonds- en particuliere patiënten zou de soort en de hoeveelheid informatie kunnen beïnvloeden.

Voorts geven de verschillen die in tabel II genoemd zijn grond te veronderstellen, dat er vooral onder de

vrouwelijke *non-participanten* respondenten zijn, die moeilijk bereikbaar zijn voor preventieve gezondheidshulp, zoals die bijvoorbeeld in het groei-onderzoek geboden wordt. Er kunnen meer mensen onder zijn die relatief slechter op de hoogte zijn van gezondheidsaspecten, zodat hun attitudes hiertegenover minder positief en minder actief zijn.

2. *De waardering van de gezondheid en van het gebit*  
Ten einde een indruk te krijgen van de algemene gezondheidswaardering (Parsons, 1957) van circa 1150 respondenten hebben wij hun een lijst met 19 uitspraken voorgelegd, waar men het in mindere of meerdere mate mee eens moet zijn (tabel III). Het antwoord op deze uitspraken weerspiegelt een stuk van de attitude ten aanzien van de algemene gezondheid (Baumann, 1961).

Op de uitspraken is ter reductie van het materiaal en ten einde een betere interpretatie te verkrijgen van de resultaten een factoranalyse toegepast. Het resultaat van de factoranalyse op 13 uitspraken staat in tabel IV. Deze reductie leverde 5 onafhankelijke en redelijk te omschrijven factoren op.

De eerste factor (items 76, 74 en 77) zouden wij willen omschrijven met het al dan niet belangrijk vinden dat je je goed voelt. Het gezondheidsgevoel komt hier tot uitdrukking. We zouden deze factor *persoonlijke waardering van de gezondheid* willen noemen.

De tweede factor (items 88 en 87) kan omschreven worden met het al dan niet belangrijk vinden ziekte als medisch ventiel te hanteren. De *bereidheid tot maatschappelijk verzuim* komt hier tot uitdrukking (cf. Lammers, 1966).

De derde factor (items 93 en 91) benadrukt de *esthetisch-relatieve betekenis van het gebit* (extrinsiek aspect).

De vierde factor (items 92 en 82) omvat meer het gezondheidsaspect van het gebit, waarbij inbegrepen de continuïteit in de zorg daarvoor. We noemen deze factor *de betekenis van het eigen gebit*.

De vijfde factor (items 85, 84 en 75) is te omschrijven als het al dan niet belangrijk vinden van de rol van zieke. Wellicht is de benaming *sociale waardering van de gezondheid* hanteerbaar (Butler, 1970).

Het laatste item (89) geeft via de ladingen aan, dat gezondheid eigenlijk altijd gecorreleerd is aan de sociale context.

Iedere respondent heeft op elke factor een zogenaamde factorscore gekregen (zie het eerste artikel). Een

Tabel III. Waardering gezondheid. Items 74 tot en met 92 met antwoordfrequenties in percentages voor alle respondenten ( $\pm 1150$ ), gemiddelde antwoordscores voor mannen, vrouwen, participanten, non-participanten en significantieniveaus van de gevonden verschillen.

	hele- maal mee eens 1	toch wel mee eens 2	weet niet 3	toch niet mee eens 4	hele- maal niet mee eens 5	man- nen $\bar{x}$	vrou- wen $\bar{x}$	signi- fican- tieni- veau*) $\bar{x}$	parti- cipan- ten $\bar{x}$	non- parti- cipan- ten $\bar{x}$	signi- fican- tieni- veau**) $\bar{x}$
1. Ik vind het erg als ik door ziekte mijn gewone werk niet kan doen (90).	82	9	1	3	5	1,44	1,36	—	1,40	1,41	—
2. De verzorging van mijn gebit vind ik even belangrijk als de zorg voor mijn gezondheid (79).	72	14	4	5	5	1,73	1,43	p<.001	1,56	1,62	—
3. Verwaarlozing van je gebit kan andere lichamelijke ziekten tot gevolg hebben (80).	69	14	9	3	5	1,62	1,59	—	1,58	1,68	—
4. Ik zou er veel geld en moeite voor over hebben om een goed verzorgd gebit te hebben (92).	54	25	8	7	6	2,06	1,69	p<.001	1,82	1,99	—
5. De meeste werkgevers willen geen risico's lopen door mensen met een slechte gezondheid in dienst te nemen (85).	55	22	8	9	6	1,82	1,96	p<.05	1,91	1,85	—
6. Mensen die ziek zijn, al is het maar een griep, voelen zich maar half mens (74).	48	27	5	11	9	2,26	1,87	p<.001	2,10	1,96	p<.01
7. Een goede gezondheid is absoluut nodig om je plezierig te kunnen voelen (76).	58	16	4	12	10	2,19	1,80	p<.001	2,03	1,91	—
8. Mensen die zich erg ziek voelen hebben niet graag anderen om zich heen (77).	42	18	10	17	13	2,54	2,29	p<.01	2,39	2,47	—
9. Mensen die ziek zijn, al is het maar een griep, gedragen zich vaak als kleine kinderen (75).	24	16	11	22	27	3,10	3,14	—	3,15	3,04	—
10. Als je een lichamelijk gebrek hebt word je door veel mensen gemeden (84).	19	20	13	25	23	3,10	3,19	—	3,22	2,99	p<.05
11. Je kunt beter een kunstgebit hebben dan iedere keer problemen met je eigen tanden en kiezen (82).	26	12	7	18	37	3,08	3,48	p<.001	3,44	2,93	p<.001
12. Veel mensen hebben liever hoofdpijn dan kiespijn (83).	25	13	36	12	15	2,89	2,69	p<.01	2,77	2,83	—
13. Scheefstaande tanden hebben is voor meisjes erger dan voor jongens (93).	21	16	12	13	38	2,90	3,68	p<.001	3,28	3,34	—
14. Mensen met een slechte gezondheid kunnen nooit hogerop komen in deze maatschappij (89).	17	17	14	25	27	3,40	3,18	p<.05	3,36	3,12	p<.05
15. Mensen met een mooi en gaaf gebit hebben het veel gemakkelijker in het maken van nieuwe vrienden en kennissen (91).	16	15	12	19	37	3,51	3,44	—	3,51	3,38	—
16. Soms vind ik het plezierig een tijdje ziek te zijn (87).	9	9	5	11	66	4,17	4,18	—	4,21	4,11	—
17. Ziekte is een goed middel om van vervelende verplichtingen af te komen (88).	9	8	7	14	63	4,23	4,03	p<.01	4,18	4,00	p<.01
18. Je kunt beter dood zijn dan de rest van je leven met hoofdpijn te moeten rondlopen (78).	7	3	8	20	61	4,26	4,25	—	4,31	4,12	p<.05
19. Meisjes die een bril dragen hebben minder kans om te trouwen (86).	7	3	4	9	77	4,40	4,52	—	4,53	4,30	p<.01

\*) Zie onderschrift tabel II.

\*\*) Idem.

Tabel IV. Factoranalyse over 13 items. Waardering gezondheid en gebit.

item	5 factoren	I	II	III	IV	V	
76	Een goede gezondheid is absoluut nodig om je plezierig te kunnen voelen.	.75					
74	Mensen die ziek zijn, al is het maar een griep, voelen zich maar een half mens.	.73					
77	Mensen die zich erg ziek voelen hebben niet graag anderen om zich heen.	.50					
88	Ziekte is een goed middel om van vervelende verplichtingen af te komen.		.78				
87	Soms vind ik het plezierig een tijdje ziek te zijn.		.75				
93	Scheefstaande tanden hebben is voor meisjes erger dan voor jongens.			.74			
91	Mensen met een mooi en gaaf gebit hebben het veel gemakkelijker in het maken van nieuwe vrienden en kennissen.			.59			
92	Ik zou er veel geld en moeite voor over hebben om een goed verzorgd gebit te hebben.				.84		
82	Je kunt beter een kunstgebit hebben dan iedere keer problemen met je eigen tanden en kiezen.			.43	-.56		
85	De meeste werkgevers willen geen risico's lopen door mensen met een slechte gezondheid in dienst te nemen.					.71	
84	Als je een lichamelijk gebrek hebt, word je door veel mensen gemeded.					.66	
75	Mensen die ziek zijn, al is het maar een griep, gedragen zich vaak als kleine kinderen.		.32			.43	
Verder:							
89	Mensen met een slechte gezondheid kunnen nooit hogerop komen in deze maatschappij.			.31		.39	
totaal verklaarde variantie		.51	.11	.10	.10	.09	.11

Factor I: persoonlijke waardering van de gezondheid.

Factor II: bereidheid tot maatschappelijk verzuim.

Factor III: esthetisch-relatieve betekenis van het gebit.

Factor IV: betekenis van het eigen gebit.

Factor V: sociale waardering van de gezondheid.

lage score (beneden de 500) betekent, dat de respondent hoog gerangordend is op een factor. Gemiddelden en correlatie-coëfficiënten met betrekking tot de vijf factoren staan in tabel V.

### Resultaten

In tabel III staan de uitspraken vermeld met de verkregen antwoordpercentages en gemiddelden.

Wanneer we ons hier beperken tot de uitspraken met betrekking tot tandheelkundige aspecten, dan is er een aantal punten te vermelden. In de eerste plaats blijken de uitspraken die overwegend betrekking hebben op verzorging (2, 3 en 4) van het gebit duidelijk hoger in de rangorde van 'mee eens' te staan dan de uitspraken die overwegend het esthetische (11, 13 en 15) benadrukken. Mogelijke ziekte wordt erger gevonden dan de extrinsieke gezondheid. Of: bedreiging van de eigen gezondheid lijkt men erger te vinden dan relationele aspecten ('toonbaarheid' aan anderen).

In de tweede plaats vindt 86% de verzorging van het gebit even belangrijk als de zorg voor de algemene gezondheid.

Met betrekking tot 11 uitspraken zijn er significante verschillen tussen mannen en vrouwen. In tabel III is dit aangegeven met de p-waarde achter de desbetreffende gemiddelden. Vijf van deze 11 verschillen hebben betrekking op tandheelkundige zaken.

De verschillen tussen mannen en vrouwen blijken vooral bij de *participanten* voor te komen. Het is daarom interessant na te gaan waarin dezen verschillen van de *non-participanten*.

Bij zeven uitspraken (zie tabel III) zijn er significante verschillen. De *participanten* zijn het met al deze uitspraken (op één na (11)) *sterker* eens dan de *non-participanten*.

De resultaten per factor (zie tabellen IV en V) zijn als volgt.

### De persoonlijke waardering van de gezondheid

De vrouwelijke respondenten vinden de gezondheid (het gezondheidsgevoel) belangrijker dan hun mannen. Er is geen verschil tussen *participanten* en *non-participanten*. Dit geldt zowel voor de mannen alsook voor hun vrouwen. De samenhang met beroep is matig. Degenen die hoger op de beroeps ladder staan hebben minder waardering voor de eigen gezondheid. Dit is het duidelijkst voor de mannelijke *non-participanten*, hoewel het verschil met de andere categorieën zeker niet overtrokken mag worden.

Tabel V. Gemiddelde factorscores en correlatie-coëfficiënten met betrekking tot de vijf onderscheiden factoren van waardering van gezondheid en gebit voor mannen, vrouwen, participanten en non-participanten.

	Factor I: persoonlijke waardering van de gezondheid			Factor II: bereidheid tot maatschappelijk verzuim		
	mannen $\bar{x}$	vrouwen $\bar{x}$	significantie- niveau verschil m-vr*)	mannen $\bar{x}$	vrouwen $\bar{x}$	significantie- niveau verschil m-vr*)
totaal	521,8	478,9	p < .001	504,7	495,5	—
participanten	525,8	480,1	p < .001	507,5	499,4	—
non-participanten	512,2	476,3	p < .001	497,8	486,6	—
signif. niveau verschil part.-non-part.	—	—		—	—	—
	correlatie met beroep***)					
totaal	.16	.15		—	—	
participanten	—	.17		—	—	
non-participanten	.30	—		—	—	

  

	Factor III: esthetisch-relatieve betekenis van het gebit			Factor IV: de betekenis van het eigen gebit			Factor V: sociale waardering van de gezondheid		
	mannen $\bar{x}$	vrouwen $\bar{x}$	significantie- niv. verschil m-vr*)	mannen $\bar{x}$	vrouwen $\bar{x}$	significantie- niv. verschil m-vr*)	mannen $\bar{x}$	vrouwen $\bar{x}$	significantie- niv. verschil m-vr*)
totaal	485,1	514,3	p < .001	519,3	481,3	p < .001	498,0	501,9	—
participanten	486,5	519,9	p < .001	512,2	474,6	p < .001	502,3	506,8	—
non-participanten	481,8	501,6	—	536,5	496,7	p < .001	487,6	490,6	—
signif. niv. verschil part.-non-part.**)	—	p < .05		p < .05	p < .05		—	—	
	correlatie met beroep***)								
totaal	—	.13		-.10	-.12		—	.09	
participanten	—	—		—	—		—	—	
non-participanten	—	.23		—	—		—	—	

\*) Toets van Student voor gepaarde waarneming op  $\pm$  563 ouderparen.\*\*) Toets van Student voor twee steekproeven op  $\pm$  397 participanten en  $\pm$  165 non-participanten.

\*\*\*) Pearson's r.

*De bereidheid tot maatschappelijk verzuim*

De vrouwen zijn hier even sterk toe geneigd als hun mannen. Tussen *participanten* en *non-participanten* zijn geen verschillen. Met het beroep bestaat evenmin verband.

*De esthetisch-relatieve betekenis van het gebit*

De vrouwen achten deze minder belangrijk dan hun mannen. Bij de *non-participanten* is er overigens geen significant verschil. Zijn de mannelijke *participanten* meer bezorgd over het beeld van zichzelf dan hun vrouwen? De vrouwelijke *non-participanten* hechten wat meer waarde aan de esthetisch-relatieve beteke-

nis van het gebit dan de vrouwelijke *participanten*. Bij factor 4, de betekenis van het eigen gebit, ligt het verschil overigens net andersom. Vooral de vrouwelijke *non-participanten* van de lagere beroeps categorieën hechten relatief meer waarde aan het esthetisch-relatieve van het gebit. Misschien dat dit ook bijdraagt tot de veronderstelling, dat de categorie *non-participanten* minder homogeen van aard is dan de *participanten*.

*De betekenis van het eigen gebit*

De vrouwen hechten hier sterker waarde aan dan de mannen. Er zijn hier ook duidelijke verschillen tussen

*participanten* en *non-participanten*: zowel de mannelijke als de vrouwelijke *participanten* achten het eigen gebit meer van betekenis dan de mannelijke en vrouwelijke *non-participanten*.

Er is een laag verband met beroep, in die zin, dat de respondenten uit de hogere beroepslagen relatief wat meer belang hechten aan het eigen gebit.

#### *De sociale waardering van de gezondheid*

De verschillen zijn nergens van zichtbare betekenis. De correlatie met beroep is eveneens laag.

#### *Discussie*

Dat de overgrote meerderheid (86%) de verzorging van het gebit *even belangrijk* vindt als de zorg voor algemene gezondheid hoeft niet te betekenen, dat het werkelijke percentage niet lager zal liggen: veel mensen *zeggen* het wel belangrijk te vinden doch handelen er niet naar. Opvallend hoog is ook het percentage mensen dat meent dat verwaarlozing van het gebit andere ziekten tot gevolg kan hebben (3). De uitspraak over het kunstgebit (11) geeft een spreiding te zien, die tot nadenken kan stemmen. Het is bijvoorbeeld mogelijk dat ook hier een eventueel verschil in behandeling tussen particuliere en ziekenfondspatiënten mede oorzaak is van deze spreiding. Uitspraak 15, 'mensen met een mooi en gaaf gebit hebben het veel gemakkelijker in het maken van nieuwe vrienden en kennissen', klopt nauwelijks met de TV-reclames voor tandpasta. Veel mensen lijken daar niet in te geloven.

Opvallend is voorts, dat de vrouwen het sterker eens zijn met de uitspraken die de extrinsieke gezondheid benadrukken: kunstgebit, scheefstaande tanden. Mannen zijn het sterker eens met uitspraken die betrekking hebben op maatschappelijke verplichtingen.

Tenslotte blijkt uit de inhoud van de uitspraken, dat de *non-participanten* minder waardering hebben voor de gezondheid. Dit zou niet direct wijzen op de 'echte' dental mindedness. Op één verschil echter mag een dergelijke conclusie niet getrokken worden.

#### *3. De waardering van de extrinsieke gezondheid*

Tabel VI bevat een lijst van 16 uiterlijke ziekteverschijnselen, die niet alle kentekenen hebben, in de strikte zin van het woord, van ziekte. De andere items zijn erin gebracht om enigermate aan te geven, dat er

ook andere bedreigingen van de gezondheid bestaan dan alleen ziekte.

Door middel van factoranalyse op deze vragenlijst zijn twee redelijk te omschrijven factoren verkregen. In tabel VII zijn de uitspraken gegroepeerd.

De eerste factor (de items 265, 261, 262, 254 en 258) is te omschrijven als het al dan niet erg vinden van afwijken van een schoonheidsideaal: *gevoeligheid voor schoonheidsfouten*.

De tweede factor (de items 256, 257 en 252) duidt op de wenselijkheid van een 'verstrekking', om in ziekenfondstermen te spreken. Het gaat hier om kunstmiddelen ter verbetering van enkele functies: *de gevoeligheid voor het dragen van kunstmiddelen*.

Ook hier hebben alle respondenten een score op elke factor gekregen.

#### *Resultaten*

Uit de volgorde van de belangrijkheid die de respondenten aan deze kentekenen geven, blijkt dat waardering van de extrinsieke gezondheid in werkelijkheid ook méér omvat dan alleen uiterlijke onvolkomenheden. Zo blijkt de algemene status van 'ziekelijk zijn' als het meest erg opgevat te worden, direct gevolgd door 'slecht huis'. Dan volgen er twee duidelijke interactie-remmende verschijnselen (stotteren, eczeem), tegelijk met 'beroep dat je niet bevalt'. Het minst erg vindt men een bril, grijze haren en een klein gezichtsletten.

Opvallend is dat – wanneer wij ons nu beperken tot de tandheekkundige aspecten – de 'kunstmiddelen' (11 en 12) minder erg gevonden worden dan de tandheekkundige aandoeningen. Ten aanzien van de significante verschillen geldt, dat de mannen de kentekenen steeds minder erg vinden dan de vrouwen. Er zijn slechts enkele significante verschillen tussen *participanten* en *non-participanten*: een tandenbeugel wordt erger gevonden door de *participanten*, terwijl de *non-participanten* het kunstgebit erger vinden.

Wanneer we nu kijken naar de factoren, dan zien we de volgende verschillen.

#### *De gevoeligheid voor schoonheidsfouten*

Vrouwen zijn gevoeliger voor schoonheidsfouten dan mannen. Tussen *participanten* en *non-participanten* zijn geen verschillen. Wanneer men hoger op de beroepsladder staat is men relatief minder gevoelig voor schoonheidsfouten.

#### *De gevoeligheid voor het dragen van kunstmiddelen*

Tabel VI. Waardering extrinsieke gezondheid. Items 251 tot en met 266 met antwoordfrequenties in percentages voor alle respondenten ( $\pm 1150$ ), gemiddelde antwoordscores voor mannen, vrouwen, participanten, non-participanten en significantieniveau van de gevonden verschillen.

	heel erg 1	toch wel erg 2	weet niet 3	toch niet zo erg 4	hele- maal niet erg 5	mannen $\bar{x}$	vrouwen $\bar{x}$	signi- cantie- niveau*)	part. $\bar{x}$	non-part. $\bar{x}$	signifi- cantie- niveau**)
1. Ziekelijk zijn (253)	85	11	2	1	2	1,27	1,22	—	1,26	1,22	—
2. Slecht thuis (251)	82	12	2	2	1	1,28	1,28	—	1,27	1,29	—
3. Stotteren (263)	72	20	4	4	1	1,48	1,39	$p < .05$	1,44	1,43	—
4. Eczeem (259)	70	22	3	3	1	1,51	1,39	$p < .01$	1,46	1,42	$p < .05$
5. Beroep dat je niet bevalt (260)	74	16	6	1	3	1,39	1,47	—	1,38	1,55	$p < .001$
6. Geldproblemen (255)	52	32	8	5	3	1,84	1,67	$p < .01$	1,77	1,71	—
7. Bruine tanden (266)	52	29	8	8	3	2,02	1,61	$p < .001$	1,84	1,75	—
8. Kind dat niet kan leren (264)	45	33	7	11	3	1,96	1,94	—	1,97	1,90	—
9. Scheefstaande voortanden (258)	40	33	10	13	4	2,26	1,90	$p < .001$	2,05	2,14	—
10. Gehoorapparaat (256)	38	27	9	14	13	2,31	2,43	—	2,37	2,38	—
11. Tandengebuit (262)	23	24	11	21	22	2,98	2,94	—	3,02	2,81	$p < .05$
12. Kunstgebit (257)	24	21	9	18	28	3,25	2,89	$p < .001$	2,97	3,29	$p < .01$
13. Kaalhoofdigheid voor mannen (254)	17	18	11	23	30	3,34	3,26	—	3,39	3,10	$p < .01$
14. Klein litteken in het gezicht (261)	8	23	11	24	34	3,90	3,19	$p < .001$	3,55	3,52	—
15. Grijze haren op jonge leeftijd (265)	11	18	11	26	34	3,78	3,32	$p < .001$	3,59	3,44	—
16. Bril moeten dragen (252)	9	14	10	24	42	3,77	3,73	—	3,81	3,62	—

\*) Zie onderschrift tabel II.

\*\*) Idem.

Tabel VII: Waardering extrinsieke gezondheid. Factoranalyse over acht items.

item	2 factoren	I	II
265	Grijze haren op jonge leeftijd	.72	
261	Klein litteken in het gezicht	.70	
262	Tandenbeugel	.58	.34
254	Kaalhoofdigheid voor mannen	.54	.35
258	Scheefstaande voortanden	.47	
256	Gehoorapparaat		.73
257	Kunstgebit		.73
252	Bril moeten dragen		.66
Totaal verklaarde variantie		.45	.24

Factor I: gevoeligheid voor schoonheidsfouten.

Factor II: gevoeligheid voor het dragen van kunstmiddelen.

Er zijn ten aanzien van deze variabele geen verschillen van betekenis. Een lage correlatie wijst erop, dat de vrouwelijke *participanten* uit de hogere beroepsstappen relatief wat gevoeliger zijn voor bedoelde kunstmiddelen dan de vrouwen uit de lager geklasseerde beroepsstappen.

### Discussie

De bevinding dat de 'kunstmiddelen' minder erg

worden gevonden dan de tandheelkundige aandoeningen stemt overeen met wat reeds eerder met betrekking tot de waardering van algemene gezondheidsaspecten is gevonden. Ons lijkt, dat hier een aanwijzing ligt voor benadering door de tandarts van zijn patiënten. Vele mensen vinden een kunstgebit niet zo erg als misschien wordt verondersteld. Wellicht hoeven tandartsen minder nadruk te leggen op het behoud van het eigen gebit, anderszins misschien juist meer.

### 4. De relatie tussen medische kennis, de waardering van gezondheid en gebit en van de extrinsieke gezondheid

In het algemeen wordt aangenomen dat de mate van medische kennis samenhangt met de waardering voor gezondheidsaspecten. In tabel IX zijn enkele samenhangen weergegeven. Voor de correlaties is thans gebruik gemaakt van de somscores (mannen plus vrouwen), een weergave dus van een *echtparenscore*.

### Resultaten

Zoals in tabel IX te zien is, zijn de gevonden correlaties laag tot matig. In het algemeen gesproken blijkt medische kennis (als onafhankelijke variabele) *niet* bij te dragen tot meer persoonlijke waardering van de gezondheid, tot meer waardering voor het esthetisch-relatieve van het gebit en tot meer sociale



Tabel VIII. Gemiddelde factorscores en correlatie-coëfficiënten met betrekking tot de twee onderscheiden factoren van waardering van de extrinsieke gezondheid voor mannen, vrouwen, participanten en non-participanten.

	Factor I: gevoeligheid voor schoonheidsfouten			Factor II: gevoeligheid voor het dragen van kunstmiddelen		
	mannen $\bar{x}$	vrouwen $\bar{x}$	significantie- niveau ver- schil m-vr*)	mannen $\bar{x}$	vrouwen $\bar{x}$	significantie- niveau verschil m-vr*)
totaal	520,6	480,1	$p < .001$	499,6	500,4	—
participanten	524,8	485,4	$p < .001$	499,8	496,2	—
non-participanten	510,8	468,2	$p < .001$	499,1	509,9	—
significantieniveau verschil part-nonp.**)	—	—		—	—	
	correlatie***) met beroep					
totaal	.20	.22		—	—,14	
participanten	.19	.22		—	—,17	
non-participanten	.20	.19		—	—	

\*) Zie onderschrift tabel V.

\*\*) Idem.

\*\*\*) Idem.

Tabel IX. Significante ( $p < .05$ ) correlatie-coëfficiënten\*) tussen de vijf factoren van de waardering gezondheid en gebit en de twee factoren van de waardering extrinsieke gezondheid met medische kennis.

	medische kennis**)
Waardering gezondheid en gebit	
1. persoonlijke waardering van de gezondheid	.21
2. bereidheid tot maatschappelijk verzuim	—
3. esthetisch-relatieve betekenis van het gebit	.18
4. betekenis van het eigen gebit	—,19
5. sociale waardering van de gezondheid	.10
Waardering extrinsieke gezondheid	
1. gevoeligheid voor schoonheidsfouten	.31
2. gevoeligheid voor het dragen van kunstmiddelen	—,09

\*) Pearson's r.

\*\*) De medische kennis wordt weergegeven door een somscore (zie tekst); in tegenstelling tot de factorscores drukt een lage score een relatief lage medische kennis uit, een hoge score een relatief hoge medische kennis.

waardering van de gezondheid. Integendeel. Wél is het zo, dat meer medische kennis gepaard gaat met sterkere betekenisverlening aan het eigen gebit. Ge-

voeligheid voor schoonheidsfouten blijkt samen te gaan met weinig medische kennis. Hoe meer kennis, hoe minder belangrijk men deze vindt. Dit geldt met name voor de *participanten* ( $r = .37$  tegen een  $r$  van  $.16$  bij de *non-participanten*).

##### 5. De relatie van medische kennis, waardering van gezondheid en gebit, extrinsieke gezondheid enerzijds met waardering van de tandarts en waardering van de tand-(heelkundige) verzorging anderzijds

In tabel X geven wij de correlaties voor alle respondenten van in de aanhef genoemde factoren (zie ook het eerste artikel). Hierbij is weer gebruik gemaakt van de echtparen scores.

##### Resultaten

De meeste correlaties zijn laag tot matig. We kijken daarom in eerste instantie naar consistentie van vóórkomen.

Het esthetisch-relatieve aspect van het gebit hangt samen met enerzijds de drie 'soorten' benaderingen van de tandarts (zie het eerste artikel) en anderzijds met andere, eigen, houdingen ten aanzien van het gebit.

De nonchalance ten aanzien van het gebit hangt samen met een aantal waarderingen van de gezondheid. Het begrip nonchalance wordt hierdoor gevalideerd: min-

Tabel X. Significante ( $p < .05$ ) correlatie-coëfficiënten\*) tussen medische kennis, waardering gezondheid en gebit, waardering extrinsieke gezondheid met waardering tandarts en waardering tandverzorging en tandgezondheidszorg.

Waardering tandarts				Waardering tand-(heelkundige) verzorging		
	beleving van de tandarts als persoonlijk vs. zakelijk	zakelijk-critische instelling t.a.v. de tandarts	vertrouwen in de tandarts als vakman	nonchalance t.a.v. het gebit	waardering voor preventieve tandheelkundige maatregelen	defaitisme t.a.v. het eigen gebit
Waardering gezondheid en gebit	A					
1. persoonlijke waardering van de gezondheid			.12	.10		.18
2. bereidheid tot maatschappelijk verzuim				.14		
3. esthetisch-relatieve betekenis van het gebit	.13	.10	.15	.14		.24
4. betekenis van eigen gebit	.12	-.08		-.28	.22	
5. sociale waardering van gezondheid		.15	.11			.13
Waardering extrinsieke gezondheid	B					
1. gevoeligheid voor schoonheidsfouten	.11		.13	.16		.18
2. gevoeligheid voor het dragen van kunstmiddelen			-.07		.13	-.12
Medische kennis**)	C			.39	-.13	.34

\*) Zie onderschrift tabel IX.

\*\*) Idem.

der betekenis hechten aan het eigen gebit. Meer kennis gaat gepaard met minder nonchalance.

### Discussie

Uit de consistentie van het vóórkomen van een verband tussen het esthetisch-relatieve aspect van het gebit met (op één na) alle andere factoren betreffende de waardering van de tandarts en de tandverzorging, zou men kunnen veronderstellen, dat de handelwijze van de tandarts en de houding ten opzichte van het eigen gebit vooral te merken moet zijn aan de esthetisch-relatieve betekenis die men aan het gebit toekent. Anders gezegd: de tandarts moet het vooral 'mooi' doen. Opvallend is ook, dat de betekenis die men aan het eigen gebit toekent nauwelijks samenhangt met de waardering voor de tandarts, maar met andere eigen houdingen ten aanzien van het gebit.

### Conclusies

Er zijn samenhangen gevonden tussen enkele milieuvariabelen en medische kennis en attitudes ten opzichte van algemene gezondheidsaspecten en het gebit. Het beroep als indicatie voor de sociale laag, het geslacht als indicatie van de vader- en moederrol en het al dan niet meedoen aan het Nijmeegse Groei-onderzoek als indicatie voor de bereikbaarheid van gezondheidszorg blijken te differentiëren tussen kennis en attitudes over gezondheid en gebit.

Een relatief hogere plaats op de beroepenladder blijkt in het algemeen samen te gaan met een relatief hogere medische kennis, een relatief minder grote gevoeligheid voor schoonheidsfouten en een minder grote persoonlijke waardering van de gezondheid. Vrouwelijke *participanten* uit de hogere beroepscategorieën zijn relatief gevoeliger voor het dragen van kunstmid-

delen dan vrouwelijke *participanten* uit de lagere beroeps categorieën.

Mannen blijken in het algemeen over meer medische kennis te beschikken, hebben minder persoonlijke waardering voor de gezondheid en hechten relatief meer esthetisch-relatieve betekenis aan het gebit (ten minste bij de *participanten*). Vrouwen hechten meer waarde aan het eigen gebit en zijn meer gevoelig voor schoonheidsfouten dan mannen.

*Participanten* hebben in het algemeen meer medische kennis dan *non-participanten*; bij de mannen gaat dit niet meer op wanneer voor beroep gecorrigeerd wordt. De *participanten* hechten relatief meer betekenis aan het eigen gebit. De vrouwelijke *non-participanten*, met name uit de lagere beroeps categorieën, hechten relatief meer esthetisch-relatieve betekenis aan het gebit dan de vrouwelijke *participanten*.

De samenhangen zijn echter nog niet zo duidelijk, dat hieraan vergaande conclusies verbonden mogen worden. Daarvoor is verder onderzoek nodig, in die zin, dat ook andere – en waarschijnlijk meer belangrijke – milieugegevens worden meegenomen. Hiermee is reeds een begin gemaakt.

#### Algemene discussie

De mate van medische kennis blijkt samen te hangen met het beroep. Respondenten uit de lager geklasseerde beroepen hebben relatief minder medische kennis. Zoals bekend, is de beroeps slaag, via het inkomen, ook gecorreleerd met de wijze van verzekerd zijn en deze weer met de behandelwijze door de tandartsen. Dat de kennis over het gebit bij de lagere beroepen minder is, kan daarom mede veroorzaakt worden door de wijze van tandheelkundige zorg.

De medische kennis gaat positief samen met de betekenis die men aan het eigen gebit toekent en met geringe mate van nonchalance. Deze uitkomst moet men leggen naast de bevinding, dat geringe kennis gepaard gaat met meer waardering voor extrinsieke gezondheid én met lagere beroeps categorieën. De cirkel lijkt gesloten: mensen uit de lagere beroeps categorieën kijken meer naar het 'mooie' dan naar het 'gezonde' van het gebit.

Vragenderwijs: waarderen de ziekenfondspatiënten meer de *actuele* gebitstoestand (opgelegd sanerings- en controlesysteem) waardoor interesse in de gezondheidszorg minder kan zijn en waarderen de particuliere patiënten meer de *continuïteit* van de tandheelkundige zorg?

Een laatste punt dat wij hier willen aanvoeren, is het verschil tussen *participanten* en *non-participanten*. Ook hier vervullen de mate van de medische kennis en het beroep een intermediaire rol. De *non-participanten* weten er minder van. Bij constant houden van beroep (onder de *non-participanten* zijn, zoals bekend, relatief meer personen uit de lagere beroeps categorieën) lijkt het erop dat de *vrouwelijke non-participanten* het minste weten. De vraag doet zich voor: zou deze categorie ook het minst benaderbaar zijn voor tandheelkundige zorg? Ligt in het samengaan van weinig kennis, lagere beroepsgroep en geslacht – of liever de vrouwelijke- en moederrol in het gezin – niet een aanwijzing voor niet-deelnemen aan aangeboren tandheelkundige zorg?

Bovenstaande vragen zijn pas te beantwoorden wanneer ook andere milieufactoren in het onderzoek betrokken worden. Eén van de doeleinden van het ouderonderzoek binnen het Nijmeegse Groei-onderzoek is dan ook: het construeren van sociaal-culturele milieus (Tax, B. et al., 1975).

#### Samenvatting:

In dit artikel zijn gegevens besproken over de mate van medische kennis van circa 600 echtparen, hun waardering van gezondheidsaspecten en hun opvattingen over tandheelkundige zaken.

Uit de resultaten van verschillende analyses is gebleken dat het sociaal-economisch milieu te maken heeft met de mate van medische kennis: de hoger geklassificeerden weten er meer van. De waardering van de gezondheid en van het gebit is door middel van een statistische procedure uiteengelegd in een aantal facetten. Op deze facetten zijn mannen met vrouwen vergeleken, deelnemers met niet-deelnemers en is de relatie met het beroep nagegaan. De resultaten zijn in de discussie besproken. Voorts is de relatie nagegaan tussen de bovengenoemde aspecten en eerder besproken facetten zoals de waardering van de tandarts en de waardering van de tand(heelkundige) verzorging.

Kennis van de gezondheid en het gebit gaat positief samen met de betekenis die men hieraan hecht. Deze kennis is beroepsgebonden: met name de vrouwelijke niet-deelnemers weten er weinig van. Dit heeft tot de hypothese gevoerd, dat vooral de categorie vrouwen uit de zogenaamde lagere sociale milieus moeilijk toegankelijk en/of benaderbaar is voor tandheelkundige zorg.

#### Summary:

Title: Valuation of health and dental care in Nijmegen parents (III). Health and teeth.

In this article data have been discussed about the amount of medical knowledge of circa 600 married couples, their valuation of aspects of health and their views on dental matters.

From the results of several analyses it has appeared that social class has to do with the amount of medical knowledge: the higher classified ones know more about it. The valuation of health and of

teeth has been discerned into some aspects by means of a statistical procedure. On these aspects men have been compared with women, participants with non-participants, and the relation with occupation has been examined. The results have been talked about in the discussion. Afterwards the relation has been examined between the above-mentioned aspects and before discussed facets like the valuation of the dentist and the valuation of care of the teeth and of dental care.

Knowledge of health and the teeth is positively connected with the importance one attaches to them. This knowledge has a positive correlation with the 'height' of social class; especially the female *non-participants* know little about it. This leads to the hypothesis that above all the category of women of the so-called lower social strata is with difficulty accessible and/or to get near to dental care.

*Literatuur:*

1. *Baumann, B. M. A.* (1961): Diversities in conceptions of health and physical fitness. *J Health and Social Behaviour* 2: 39.
2. *Boon van Ostade, A. H.* (1969): De iteratieve clusteranalyse. Een classificatiemethode voor psychologische data. Nijmegen, Psychologisch Laboratorium.

3. *Butler, J. R.* (1970): Illness and the sick role: an evaluation in three communities. *Brit J Sociology* 21: 241.
4. *Jonge, H. de* (1958; 1960): Inleiding tot de medische statistiek. Ned Inst Praeventieve Geneeskunde, Leiden. Deel I en II.
5. *Lammers, C. J.* (1966): Sociale oorzaken van het ziekteverzuim. *Soc Maandbl Arbeid* 21: 480.
6. *Parsons, T.* (1957): Definitions of health and illness in the light of American values and social structure. *Patients, physicians and illness.* New York.
7. *Tax, B., P. Heyndael, A. Ketelaar-van Ierssel, J. Persoon, M. van 't Hof* (1975): Waardering van gezondheid en tandverzorging bij Nijmeegse echtparen (I). Een kijk op tanden en tandarts. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 82: 23.
8. *Twaddle, A. C.* (1969): Health decisions and sick role variations: an exploration. *J Health and Social Behaviour* 10: 105.
9. *Velden, H. G. M. van der* (1971): Huisvrouw, huisarts, huisgezin. Dekker en van de Vegt, Nijmegen.

November 1974.

Adres: P. Heijndael,  
 Instituut voor Sociale Geneeskunde,  
 Verlengde Groenestraat 75,  
 Nijmegen.

GEGEVENS OVER CARIËS BIJ KINDEREN  
 VAN HET NIJMEEGSE GROEI-ONDERZOEK

A. J. VAN DEN BROEK

*Uit de afdeling Orthodontie  
 van de Katholieke Universiteit te Nijmegen.  
 Hoofd: Prof. Dr. F. P. G. M. van der Linden.*

*Inleiding*

De tandheelkundige verzorging van kinderen vraagt om verbetering. Om tot verbetering te kunnen komen is het noodzakelijk over nauwkeurige gegevens te beschikken met betrekking tot onder andere de cariës en de cariës-toename, het aantal aanwezige gebits-elementen, het effect van volledige tandheelkundige behandeling op gebitsontwikkeling, etc.

Met behulp van dergelijke basisgegevens en met de kennis van het effect van preventieve maatregelen, is het mogelijk een prognose en een gerichte planning op te stellen.

Er zijn echter weinig gegevens beschikbaar over het vóórkomen van cariës en de cariës-toename bij Nederlandse kinderen.

Het Nijmeegse Groei-onderzoek (Prah-Andersen, 1973; Prah-Andersen en Van der Linden, 1974), hetwelk gerealiseerd kan worden dank zij een subsidie van het Preventiefonds, biedt de mogelijkheid om

nadere informatie over een aantal van deze basisgegevens te verschaffen. Bij dit onderzoek worden ± 450 kinderen gedurende vijf jaren longitudinaal en transversaal op een aantal medische, psychologische, tandheelkundige en sociale aspecten onderzocht.

In dit artikel worden gegevens over de cariës-experience (status praesens), de cariës-incidence (cariës-toename) en het aantal aanwezige elementen bij kinderen van vier tot elf en een halfjaar, verzameld gedurende de eerste twee en een halfjaar van het onderzoek, weergegeven.

Ter vergelijking wordt een overzicht gegeven van elders verzamelde informatie over de toestand van het gebit van de Nederlandse kinderen.

*Doel en opzet van het Nijmeegse Groei-onderzoek*

Over een aantal aspecten van de groei en ontwikkeling van het kind is in de loop van de jaren veel informatie verzameld. Zelden echter, en dan nog in beperkte