

# WAARDERING VAN GEZONDHEID EN TANDVERZORGING BIJ NIJMEEGSE ECHTPAREN (IV EN SLOT)

GEZONDHEIDSATTITUDES EN DENTAL MINDEDNESS

A. KETELAAR-VAN IERSSEL, socioloog\*)

B. TAX, socioloog\*)

P. HEYDENDAEL, psycholoog\*\*)

M. VAN 'T HOF, statisticus\*)

J. PERSOON, socioloog\*\*)

## Inleiding

In dit artikel wordt ingegaan op de waardering van personen werkzaam in de gezondheidszorg, met name van de huisarts, op het vertrouwen in de medische institutie, de geneigdheid van mensen indien zij bepaalde klachten hebben de huisarts te raadplegen en op individuele en algemene medische preventie. Dit zijn eveneens elementen die in het ouderonderzoek van het Instituut voor Sociale Geneeskunde vervat zijn ten einde meer inzicht te verkrijgen in de houding en beleving van mensen ten aanzien van gezondheid, en gezondheidszorg in het algemeen. Een vooronderstelling in het onderzoek is dat de beleving van het gebit en de verzorging ervan deel uitmaken van iemands totale gezondheidsbeleving. Het is een van de doelstellingen van dit artikel om hierin meer inzicht te verschaffen.

Achtereenvolgens zullen aan de orde komen:

1. Een beschrijving van de genoemde gezondheidsattitudes en hun relatie met geslacht, participeren aan het Nijmeegse Groei-onderzoek en sociaal-economisch milieu.
2. De onderlinge samenhang van de gezondheidsattitudes die in het tweede, derde en vierde artikel behandeld zijn.
3. De samenhang tussen gezondheidssattitudes en 'dental mindedness'.

## De onderzoeksgroep

De onderzoeksgroep bestaat uit 592 ouderparen, waarvan er 407 op het moment van de enquête

deelnemen aan het Nijmeegse Groei-onderzoek, de *participanten*. De overige 185 behoren tot de groep, die aan de start van genoemd onderzoek niet of afwijzend reageerde op het verzoek tot deelname van hun kind, de *non-participanten* (Tax et al., 1975).

## Probleemstelling en uitvoering

Ad 1.

### a. Waardering van de (huis)arts en de medische institutie

Om een beeld te krijgen hoe door de ouders in onze gezinnen over de arts en de medische institutie wordt gedacht, is hen een lijst van 16 uitspraken (Freidson, 1961; Kessel en Shepherd, 1965; Cassee, 1969; Kisch en Reeder, 1969; Ludwig en Gibson, 1969; Bice en Kalimo, 1971) voorgelegd. De antwoordmogelijkheden vormen een vijfpuntschaal van 'helemaal mee eens' tot 'helemaal niet mee eens'.

### b. Medische preventie

De vragenlijst met betrekking tot preventie bevat 12 uitspraken waarvan de antwoorden eveneens in een vijfpuntschaal gegeven worden van 'helemaal mee eens' tot 'helemaal niet mee eens'.

### c. Geneigdheid om de huisarts te raadplegen

Aan alle respondenten is een lijst met een 16-tal klachten met betrekking tot gezondheid voorgelegd (Van der Velden, 1971; zie verder Koos, 1954; Ludwig en Gibson, 1969; Berkman, 1969). De vraag was aan te geven wat men zou doen, als men zelf met de betreffende klachten geconfronteerd zou worden. De volgende mogelijkheden waren aanwezig:

- er geen acht op slaan,
- aspirine of een ander (genees)middel gebruiken en/of naar bed gaan,

\*) Verbonden aan het Nijmeegse Groei-onderzoek.

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

- het een paar dagen aanzien en dan naar de dokter gaan,
- zo snel mogelijk naar de dokter gaan.

Eerst zullen we van onze onderzoekspopulatie de frequentieverdelingen presenteren van meningen met betrekking tot bovengenoemde gezondheidsaspecten. Daarna zal nagegaan worden of geslacht, participeren aan het Groei-onderzoek en sociaal-economisch milieu de betreffende attitudes beïnvloeden.

#### Ad 2.

Onze verwachting is dat beleving van gezondheid, kennis met betrekking tot gezondheid en ziekte (Heydendael et al., 1975), beleving van de (huis)arts (Persoon et al., 1975), geneigdheid om de huisarts te raadplegen, preventie enz. geen opzichzelf staande zaken zijn, maar dat deze op de een of andere wijze gekoppeld zijn. We zullen laten zien hoe en in welke mate dit in onze onderzoekspopulatie het geval is.

#### Ad 3.

Het is in dit onderzoek te pretentius om na te willen gaan of 'dental mindedness' (Tax et al., 1975) een geïntegreerd deel uitmaakt van het geheel van ouderlijke gezondheidsattitudes. Wel is het mogelijk raakvlakken op te sporen. In dit verband komen onmiddellijk de volgende vragen op:

A. Heeft waardering van de gezondheid in het algemeen inclusief de uiterlijke aspecten daarvan, consequenties voor de attitude ten aanzien van de tand-(heelkundige) verzorging en hangt ze op enigerlei wijze samen met de houding ten aanzien van de tandarts?

Deze vraag is reeds besproken in het derde artikel van deze reeks. De weinige significante correlaties blijken laag te zijn.

B. Heeft de wijze waarop men zich benaderd voelt door de tandarts, evt. zich opstelt tegenover de tandarts, overeenkomsten met de wijze waarop men zich door de huisarts benaderd voelt, c.q. men vertrouwen heeft in de medische institutie? Voor wat betreft de affectieve beleving van het beroep huisarts en tandarts is hierop het antwoord gegeven in het tweede artikel in de reeks. De relatie met de huisarts blijkt zeer significant als persoonlijker beleefd te worden dan die met de tandarts, de tandarts blijkt zeer significant als meer technisch en als meer duur en rijk ervaren te worden dan de huisarts. De tandarts scoort relatief hoog op het

dominantie-aspect, bij de vrouwelijke respondenten significant hoger dan de huisarts.

C. Heeft preventief georiënteerd zijn van de ouders op algemeen geneeskundig terrein repercussies op het gebied van de tand-(heelkundige) verzorging? De vragen B (voorzover nog niet beantwoord) en C zullen hier behandeld worden.

#### Resultaten

1. Een beschrijving van een aantal gezondheidsattitudes en hun relatie met geslacht, participeren aan het Groei-onderzoek en sociaal-economisch milieu

a. Waardering van de (huis)arts en de medische institutie

De uitspraken worden gepresenteerd in volgorde van hoogste naar laagste 'mee-eens'-percentage. Het nummer achter iedere uitspraak is het volgnummer in de vragenlijst. De frequentieverdelingen over alle ondervraagde personen, en de verschillen tussen mannen en hun vrouwen en tussen de *participanten* en *non-participanten* worden weergegeven in tabel I. In 6 van de 16 uitspraken verschillen de mannen significant van hun vrouwen. Het valt daarbij op, dat de mannen uitspraken die scepticisme ten aanzien van een behandeling door de arts weergeven iets sterker onderschrijven en dat de vrouwen het sterker eens zijn met uitspraken, die een persoonlijke relatie met betrekking tot de huisarts en vertrouwen in de medische wetenschap uitdrukken. Wat betreft de verschillen tussen *participanten* en *non-participanten* zien we dat de *non-participanten* het minder sterk oneens zijn met uitspraken die een sceptische houding ten aanzien van de arts uitdrukken.

Bovengenoemde uitspraken zijn door middel van factoranalyse gereduceerd tot drie duidelijk interpreteerbare factoren. De resultaten van de factoranalyse staan weergegeven in tabel II.

Factor I: geeft de beleving van de huisarts als zakelijk versus persoonlijk weer.

Factor II: drukt vertrouwen uit in de medische institutie.

Factor III: noemen we scepticisme ten aanzien van de behandeling door de arts.

Bij iedere factor wordt nagegaan of het man-vrouw zijn, het participeren aan het groei-onderzoek, ofwel

Tabel I. Waardering (huis)arts en medische institutie; items 154 tot en met 169 met antwoordfrequenties in percentages voor alle respondenten ( $\pm 1150$ ), gemiddelde antwoordscores voor participanten, non-participanten, mannen en vrouwen en significantieniveaus van de gevonden verschillen.

	hele- maal mee eens 1	toch wel mee eens 2	weet niet niet eens 3	toch niet mee eens 4	hele- maal niet mee eens 5	man- nen $\bar{x}$	vrou- wen $\bar{x}$	signi- fican- tieni- veau*)	parti- cipan- ten $\bar{x}$	non- parti- cipan- ten $\bar{x}$	signi- fican- tieni- veau**)
1. De meeste huisartsen stellen je op je gemak (155).	51	30	5	9	5	2.03	1.76	p<0,001	1.87	1.94	-
2. Het geeft me een veilig gevoel dat er een speciale hartambulance rondrijdt in Nijmegen (168).	59	19	11	5	5	1.92	1.63	p<0,001	1.80	1.69	-
3. De meeste huisartsen staan erop dat je precies doet wat zij zeggen (160).	52	23	8	11	6	1.97	1.93	-	1.96	1.92	-
4. De meeste huisartsen zijn bereid om naar je moeilijkheden te luisteren (156).	45	28	9	11	6	2.06	2.05	-	2.04	2.07	-
5. De meeste huisartsen geven je het gevoel dat ze zich voor je interesseren (157).	37	33	10	13	7	2.23	2.17	-	2.19	2.23	-
6. Je hebt geluk als je in een plaats woont waar een universiteitsziekenhuis is, want dan ben je verzekerd van de beste medische hulp (169).	43	22	9	13	13	2.37	2.22	-	2.34	2.20	p<0,05
7. De meeste huisartsen hebben vaak te weinig tijd voor je (158).	30	23	8	21	18	2.78	2.69	-	2.80	2.59	p<0,05
8. De meeste huisartsen leggen je precies uit waarom ze iets doen (154).	27	22	8	23	19	3.07	2.66	p<0,001	2.88	2.82	-
9. Er zal een dag komen waarop de medische wetenschap in staat is praktisch alle ziekten te voorkomen (166).	22	19	18	18	22	2.93	3.04	-	3.02	2.89	-
10. De meeste huisartsen interesseren zich alleen voor je ziekte (161).	20	17	11	27	25	3.27	3.12	-	3.23	3.09	-
11. Als je maar luistert naar de dokters leef je gezonder en langer (164).	17	16	21	20	26	3.18	3.25	-	3.24	3.19	-
12. De meeste huisartsen houden de patiënten op een afstand (159).	10	18	14	23	34	3.54	3.50	-	3.57	3.43	-
13. Het beroep van dokter is zo ongeveer de hoogste roeping die een mens kan hebben (167).	13	13	15	23	36	3.73	3.38	p<0,001	3.67	3.30	p<0,001
14. Volgens mij kunnen artsen lang niet zo veel als ze zeggen (165).	8	10	25	25	33	3.58	3.70	-	3.70	3.50	p<0,05
15. Vaak heb ik het gevoel dat ik zelf beter weet wat ik mankeer dan de dokter (162).	9	8	13	26	44	3.77	3.98	p<0,01	3.94	3.73	p<0,05
16. Vaak heb ik het gevoel dat een andere behandeling van mijn ziekte beter zou zijn dan die de dokter mij voorschrijft (163).	8	7	19	22	45	3.81	4.00	p<0,05	3.99	3.71	p<0,01

\*) Toets van Wilcoxon voor één steekproef voor het verschil tussen mannen en vrouwen.

\*\*) Toets van Wilcoxon voor twee steekproeven voor het verschil tussen participanten en non-participanten.

Tabel II. Waardering (huis)arts en medische institutie. Factoranalyse over 15 items.

	I	II	III
157 De meeste huisartsen geven je het gevoel dat zij zich voor je interesseren.	-.71		
156 De meeste huisartsen zijn bereid om naar je moeilijkheden te luisteren.	-.70		
159 De meeste huisartsen houden de patiënten op een afstand.	.61		
158 De meeste huisartsen hebben vaak te weinig tijd voor je.	.60		
161 De meeste huisartsen interesseren zich alleen voor je ziekte.	.58		
154 De meeste huisartsen leggen je precies uit waarom ze iets doen.	.50		
169 Je hebt geluk als je in een plaats woont waar een universiteitsziekenhuis is want dan ben je verzekerd van de beste medische hulp.	.59		
167 Het beroep van dokter is zo ongeveer de hoogste roeping die een mens kan hebben.	.59		
164 Als je maar luistert naar de dokter leef je gezonder en langer.	.57		
168 Het geeft me een veilig gevoel dat er een speciale hartambulance rondrijdt in Nijmegen.	.57		
166 Er zal een dag komen waarop de medische wetenschap in staat is praktisch alle ziekten te voorkomen.	.46		
160 De meeste huisartsen staan erop dat je precies doet wat zij zeggen.	.46		
163 Vaak heb ik het gevoel dat een andere behandeling van mijn ziekte beter zou zijn dan die de dokter mij voorschrijft.	.81		
162 Vaak heb ik het gevoel dat ik zelf beter weet wat ik mankeer dan de dokter.	.80		
165 Volgens mij kunnen artsen lang niet zo veel als ze zeggen.	.62		
totaal verklaarde variantie .42	.16	.14	.12

Factor I: beleving van de huisarts als zakelijk versus persoonlijk.

Factor II: vertrouwen in de medische institutie.

Factor III: scepticisme ten aanzien van de behandeling door de arts.

de beroepscategorie, waartoe het gezin via de man behoort, verschillen in attitudes laat zien. De factorscores van mannen, vrouwen, *participanten* en *non-participanten* en de correlaties ervan met beroep staan weergegeven in tabel III.

*Beleving van de huisarts als zakelijk versus persoonlijk*  
Er is geen verschil tussen mannen en hun vrouwen in de wijze waarop ze de huisarts ervaren. Er is evenmin verschil tussen de *participanten* en *non-participanten* in ervaren van de huisarts en er is geen samenhang met beroep.

#### *Vertrouwen in de medische institutie*

Vrouwen hebben meer vertrouwen in de medische institutie dan hun mannen. De *non-participanten* hebben meer vertrouwen in de medische institutie dan de *participanten*. Naarmate men tot een hogere beroepscategorie behoort, heeft men minder vertrouwen in de medische institutie. Het geconstateerde verschil tussen *participanten* en *non-participanten* verdwijnt na correctie voor beroep.

#### *Scepticisme ten aanzien van de behandeling door de arts*

Mannen staan sceptischer tegenover de behandeling door de arts dan hun vrouwen. Bij de *non-participanten* is dit verschil niet-significant. De *non-participanten* zijn sceptischer dan de *participanten*. Er is geen samenhang met beroep.

#### b. *Medische preventie*

In tabel IV worden de items weergegeven in volgorde van hoogste naar laagste 'mee-eens'-percentage. Tevens worden er de frequentieverdelingen en de gemiddelde scores van mannen, vrouwen, *participanten* en *non-participanten* afgedrukt. Opvallend is dat de hoogste 'mee-eens'-percentages worden aangetroffen bij die uitspraken die op het vlak liggen van de individuele preventie.

Met de volgende uitspraken is 85% en meer het eens: 1. Mensen van middelbare leeftijd zouden zich om de paar jaar eens helemaal door de dokter moeten laten nakijken. 2. Als ik in het buitenland met vakantie ga en ik weet, dat daar enkele gevallen van paratyfus zijn ontdekt zou ik me eerst laten inenten. 3. Ik ben altijd blij als ik weer eens doorgelicht ben. 4. Je kunt niet hygiënisch genoeg zijn. Een zelfde percentage is het oneens met uitspraak 12. Voor huisvrouwen is sport niet zo belangrijk; die hebben toch al voldoende lichaamsbeweging door de dag heen.

Met betrekking tot periodiek geneeskundig onderzoek zijn de *participanten* preventiever ingesteld dan de *non-participanten*. Wat betreft voorlichting om ge-

Tabel III. Gemiddelde factorscores voor mannen, vrouwen, participanten en non-participanten met betrekking tot waardering (huis)arts en medische institutie en de correlatie met beroep\*).

	Factor I: beleving van huisarts als zakelijk versus persoonlijk			Factor II: vertrouwen in de medische institutie			Factor III: scepticisme t.a.v. de behandeling door de arts		
	sign. verschil			sign. verschil			sign. verschil		
	m	vr	m-vr	m	vr	m-vr	m	vr	m-vr
totaal	500.5	499.5	—	510.6	489.8	p<0,001	492.5	507.3	p<0,01
part.	503.8	500.5	—	516.8	495.9	p<0,001	500.9	513.8	p<0,05
non-part.	492.8	497.4	—	496.1	476.1	p<0,01	472.7	492.8	—
significat verschil part.-non-p.				p<0,05	p<0,05		p<0,01	p<0,05	
correlatie met beroep	totaal	—	—	.31	.31		—	—	
	part.	—	—	.27	.32		—	—	
	non-p.	—	—	.35	.23		—	—	

\*) Spreiding rond de gemiddelden  $\pm 100$ .Spreiding rond de gemiddelde verschillen m-vr  $\pm 120$ .

Verschil man - vrouw: toets van Student voor gepaarde waarnemingen.

Verschil participanten - non-participanten: toets van Student voor 2 steekproeven.

De toetsen zijn over  $\pm 565$  ouderparen waarvan  $\pm 400$  mannelijke en  $\pm 400$  vrouwelijke participanten en  $\pm 165$  mannelijke en  $\pm 165$  vrouwelijke non-participanten.

Pearson correlatie-coëfficiënten: p&lt;0,05

zond te blijven, inenting van kleuters en sport voor vrouwen zijn de *non-participanten* sterker preventief gericht. De vrouwen onderschrijven de uitspraak met betrekking tot hygiëne sterker dan hun mannen, de mannen onderschrijven sterker de behoefte aan voorlichting om gezond te blijven en behoefte aan een anti-griep injectie.

Bovengenoemde uitspraken zijn door middel van factoranalyse gereduceerd tot drie factoren. De resultaten van de factoranalyse staan weergegeven in tabel V.

Factor I geeft de *waardering voor preventie op beleidsniveau* aan,

Factor II de *waardering voor sport als preventief middel*,

Factor III de *waardering voor preventie op individueel niveau*.

In tabel VI worden de gemiddelde factorscores van de verschillende subcategorieën en de significantie van de gevonden verschillen afgedrukt. Tevens worden de correlaties met de beroeps categorie van de man aangegeven.

#### Waardering voor preventie op beleidsniveau

Over het totaal genomen hebben de mannen grotere waardering voor preventie op beleidsniveau dan hun vrouwen. In de participanten gezinnen is dit verschil eveneens significant, in de *non-participanten* gezinnen niet. Zowel de mannelijke als de vrouwelijke *non-participanten* hebben grotere waardering voor preventie op beleidsniveau dan de *participanten*. Er is een zeer significante samenhang met beroep: naarmate men tot een hogere beroeps categorie behoort, heeft men een geringere waardering voor preventie op beleidsniveau. Wat de mannen betreft, valt het verschil tussen *participanten* en *non-participanten* weg na correctie voor beroep, bij de vrouwen blijft het verschil.

#### Waardering voor sport als preventief middel

Er is geen verschil tussen mannen en hun vrouwen in waardering voor sport als preventief middel. De vrouwelijke *participanten* hebben een grotere waardering voor sport als middel tot preventie dan de

Tabel IV. Waardering medische preventie; items 187 tot en met 198 met antwoordfrequenties in percentages voor alle respondenten ( $\pm 1150$ ), gemiddelde antwoordscores voor participanten, non-participanten, mannen en vrouwen en significantieniveaus van de gevonden verschillen.

	hele- maal mee eens	toch wel mee eens	weet niet 3	toch niet mee eens	hele- maal niet mee eens	man- nen $\bar{x}$	vrou- wen $\bar{x}$	signi- fican- tieni- veau*)	parti- cipan- ten $\bar{x}$	non- parti- cipan- ten $\bar{x}$	signi- fican- tieni- veau**)
1. Mensen van middelbare leeftijd zouden zich om de paar jaar eens helemaal door de dokter moeten laten nakijken (188).	81	12	2	1	3	1.34	1.32	—	1.28	1.44	p<0,05
2. Als ik in het buitenland met vakantie ga en ik weet, dat daar enkele gevallen van paratyfus zijn ontdekt zou ik me eerst laten inenten (190).	75	11	6	3	4	1.51	1.51	—	1.52	1.50	—
3. Ik ben altijd blij als ik weer eens doorgelicht ben (192).	67	19	7	3	3	1.59	1.54	—	1.58	1.54	—
4. Je kunt niet hygiënisch genoeg zijn (194).	67	18	7	5	3	1.68	1.51	p<0,01	1.62	1.51	—
5. De overheid stelt te weinig geld beschikbaar om sport te stimuleren (196).	48	18	17	10	7	2.05	2.15	—	2.14	2.01	—
6. Men moest het reclame maken voor sigaretten verbieden (197).	44	14	18	13	11	2.31	2.35	—	2.35	2.30	—
7. Er wordt veel te weinig voorlichting gegeven over hoe de mensen zouden moeten leven om gezond te blijven (195).	30	25	12	19	15	2.55	2.75	p<0,05	2.73	2.46	p<0,01
8. Op de consultatiebureaus voor zuigelingen- en kleuterzorg zouden ze de kinderen voor nog veel meer ziekten moeten inenten (193).	21	15	29	17	19	2.92	3.03	—	3.05	2.79	p<0,01
9. Als er volgend jaar weer griep heerst ga ik toch eens een griepsput halen (189).	25	12	20	15	29	3.00	3.20	p<0,01	3.13	3.02	—
10. Dat trimmen tegenwoordig vind ik wel wat overdreven (187).	13	20	8	24	34	3.42	3.52	—	3.49	3.43	—
11. Ik zou liever veel geld besteed zien aan betere woningen dan aan onderzoek op het gebied van harttransplantaties (198).	11	10	20	19	40	3.62	3.74	—	3.67	3.69	—
12. Voor huisvrouwen is sport niet zo belangrijk; die hebben toch al voldoende lichaamsbeweging door de dag heen (191).	6	5	3	17	68	4.38	4.33	—	4.45	4.16	p<0,01

\*) Toets van Wilcoxon voor één steekproef voor het verschil tussen mannen en vrouwen.

\*\*) Toets van Wilcoxon voor twee steekproeven voor het verschil tussen participanten en non-participanten.

vrouwelijke *non-participanten*. Alleen bij de vrouwen zien wij een grotere waardering voor sport als preventief middel, wanneer men tot een hogere beroeps categorie behoort. In de afzonderlijke groepen van vrouwelijke *participanten* en vrouwelijke *non-participanten* is deze samenhang niet-significant.

#### Waardering voor preventie op individueel niveau

Er is geen verschil tussen mannen en vrouwen in waardering voor individuele preventie. Er is geen verschil tussen *participanten* en *non-participanten*. Evenals bij de vorige factor, zien we hier een geringe samenhang met beroep, zowel bij mannen als vrou-

Tabel V. Medische preventie. Factoranalyse over negen items.

item	3 factoren	I	II	III
195	Er wordt veel te weinig voorlichting gegeven over hoe de mensen zouden moeten leven om gezond te blijven.	.74		
196	De overheid stelt te weinig geld beschikbaar om sport te stimuleren.	.66		
193	Op de consultatiebureau's voor zuigelingen en kleuterzorg zouden ze de kinderen voor nog veel meer ziektes moeten inenten.	.56		
197	Men moest het reclame maken voor sigaretten verbieden.	.33	-.22	
187	Dat trimmen tegenwoordig vind ik wel wat overdreven.		.74	
191	Voor huisvrouwen is sport niet zo belangrijk. Die hebben toch al voldoende lichaamsbeweging door de dag heen.		.70	
190	Als ik in het buitenland met vakantie ga en ik weet dat daar enkele gevallen van parathyfus zijn ontdekt zou ik me eerst laten inenten.			.73
188	Mensen van middelbare leeftijd zouden zich om de paar jaar eens helemaal door de dokter moeten laten nakijken.			.72
192	Ik ben altijd blij als ik weer eens doorgelicht ben.			.59
totaal verklaarde variantie .47		.17	.14	.17

Factor I: behoefte aan preventie op beleidsniveau.

Factor II: behoefte aan sport als preventief middel.

Factor III: behoefte aan preventie op individueel niveau.

wen; naarmate men tot een hogere beroeps categorie behoort, heeft men grotere waardering voor preventie op individueel niveau.

### c. Geneigdheid om de huisarts te raadplegen

De klachten worden in tabel VII gepresenteerd in volgorde van hoogste naar laagste percentage respondenten dat voor de betreffende klachten (na aanzien of zo snel mogelijk) de dokter raadpleegt.

De klachten waarvan 40% van de respondenten of meer geneigd is onmiddellijk de hulp van de huisarts in te roepen, zijn verschillend in mate van ernst en in mate van ongemak. *Er ligt geen zichtbaar patroon* aan ten grondslag. Zo blijken mannen meer geneigd te zijn naar de dokter te gaan dan hun vrouwen in geval van een rood tranend oog, vlekken op de huid, moeilijkheden met ontlasting, hartkloppingen en gejaagdheid. Vrouwen daarentegen zijn meer geneigd de huisarts te raadplegen na een stoot tegen de borst, die pijn bij

ademen veroorzaakt en bij een steenpuist. Er is geen enkel verschil tussen *participanten* en *non-participanten* in geneigdheid voor genoemde klachten de huisarts te raadplegen.

Na dichtomiserings van de klachten in al dan niet onmiddellijk de huisarts raadplegen, leidde een iteratieve klusteranalyse volgens Boon van Ostade (1969) tot één kluster van klachten. Daarom werden over alle klachten de scores per respondent gesommeerd op de volgende basis: de antwoordmogelijkheden 'niets doen', 'een (genees)middel nemen en naar bed gaan' werden met nul punten gehonoreerd, 'aanzien en alsnog naar de dokter gaan' met 1 punt, en 'onmiddellijk de dokter raadplegen' met 2 punten. De somscore werd gedeeld door het aantal items. Zo werd een schaal verkregen van geneigdheid om de huisarts te raadplegen met een range van 0-2, respectievelijk niets doen en voor alle klachten de hulp van de huisarts inroepen. In tabel VIII worden de gemiddelde scores van de onderscheiden subcategorieën afgedrukt en de correlatie met beroep.

We zien een weliswaar gering, maar significant verschil tussen mannen en vrouwen in die zin, dat mannen sterker geneigd zijn de huisarts te raadplegen dan hun vrouwen. Dit onderstreept, zij het in zwakke mate, de constatering op itemniveau. Zoals op grond van de items verwacht mocht worden, is hier geen verschil tussen *participanten* en *non-participanten* met betrekking tot de geneigdheid de huisarts te raadplegen. Er is een duidelijker samenhang met de beroepenindeling: naarmate men tot een hogere beroeps categorie behoort is men minder geneigd de huisarts te raadplegen. Deze samenhang geldt voor de mannen in sterkere mate dan voor de vrouwen. Tegen de achtergrond van de verschillende beroeps categorieën krijgt het geconstateerde geringe man-vrouw verschil een andere inhoud. In tabel IX staan de gemiddelde man-vrouw verschillen scores weergegeven, gedifferentieerd naar beroep, alsook de correlatie van de verschillen met beroep. Naarmate men tot een hogere beroeps categorie behoort, neemt de grotere geneigdheid van de man om de huisarts te raadplegen af en gaat over in een grotere geneigdheid van zijn vrouw tot raadplegen van de huisarts.

### Conclusies uit de voorgaande resultaten

*Geslacht* vervult een rol ten aanzien van vertrouwen in de medische institutie (vrouwen meer vertrouwen) en in scepticisme ten aanzien van de behandeling door de arts (vrouwen minder sceptisch). Dit laatste is

Tabel VI. Gemiddelde factorscores voor mannen, vrouwen, participanten en non-participanten met betrekking tot medische preventie en de correlaties met beroep\*).

	Factor I: waardering voor preventie op beleidsniveau			Factor II**): waardering voor sport als preventief middel (- . . . . . +)			Factor III: waardering voor preventie op individueel niveau		
	m	vr	sign. verschil m-vr	m	vr	sign. verschil m-vr	m	vr	sign. verschil m-vr
totaal	493.7	506.0	p<0,05	498.1	501.8	-	501.7	498.3	-
part.	500.7	515.4	p<0,05	501.2	510.6	-	497.6	496.7	-
non-p.	477.4	485.0	-	490.9	482.1	-	511.4	502.0	-
significant verschil part.-non-p.	p<0,01	p<0,001	-		p<0,01	-		-	
correlatie met beroep	totaal .33	.25	-	.09			.09	.09	
	part. .31	.24	-	-			-	.13	
	non-p. .34	.28	-	-			-	-	

\*) Zie het onderschrift bij tabel II.

\*\*) In tegenstelling tot de meeste factoren die in deze serie van vier artikelen voorkomen, drukt een lage factorscore op deze factor uit dat de betreffende attitude relatief *zwak* is en een hoge factorscore dat deze relatief *sterk* is. Dit afwijkende scoreverloop wordt in de tabel aangegeven door middel van (- . . . . . +).

echter alleen aantoonbaar in die gezinnen die participeren aan het groei-onderzoek. Tevens brengt geslacht een gering verschil aan in beleving van preventie op beleidsniveau (mannen hebben grotere waardering voor preventie), weer alleen aantoonbaar in participerende gezinnen.

*Het participeren aan het groei-onderzoek* vertoont een relatie met scepticisme ten aanzien van behandeling door de arts (*participanten* minder sceptisch dan *non-participanten*). Tevens vervult het participeren een rol in de opvatting van vrouwen ten aanzien van beleidspreventie (vrouwelijke *participanten* hebben een geringere waardering voor deze preventie dan de vrouwelijke *non-participanten*) en ten aanzien van sport als preventief middel (vrouwelijke *participanten* waarderen deze vorm van preventie sterker dan vrouwelijke *non-participanten*).

*Het behoren tot een bepaalde beroepscategorie* is vooral van invloed op vrouwen in de medische institutie (naarmate de beroepscategorie een hogere is, minder vertrouwen) en op beleving van preventie op beleidsniveau (naarmate de beroepscategorie een hogere is, geringere waardering voor preventie op dit gebied). Verder zien we een samenhang met de

geneigdheid om de huisarts te raadplegen (hogere beroepscategorie, geringere geneigdheid).

Beleving van de huisarts als zakelijk versus persoonlijk en behoefte aan preventie op individueel niveau blijken noch door geslacht, participeren aan het groei-onderzoek, noch door de beroepscategorieën beïnvloed te worden. Hieraan verbinden wij de conclusie, dat deze, meer dan de andere hier behandelde gezondheidsfactoren, persoon-gebonden zijn.

## 2. De onderlinge samenhang van de gezondheidsattitudes

(Uit artikel II respectievelijk de beleving van het persoonlijk aspect, het technisch aspect, het dominantie-aspect en het financieel aspect in de relatie met de huisarts; Persoon et al., 1975; uit artikel III de medische kennis, de persoonlijke waardering van de gezondheid, de bereidheid tot maatschappelijk verzuim, de esthetisch-relatieve betekenis van het gebit, de betekenis van het eigen gebit, de sociale waardering van de gezondheid, de gevoeligheid voor schoonheidsfouten en de gevoeligheid voor het dragen van kunstmiddelen; Heydendael et al., 1975; uit



Tabel VII. Geneigdheid om de huisarts te raadplegen; items 171 tot en met 186 met antwoordfrequenties in percentages voor alle respondenten ( $\pm 1150$ ) en de significantieniveaus van de gevonden verschillen tussen mannen, vrouwen, participanten en non-participanten.

	er geen acht op slaan	aspirine etc. naar bed gaan	aanzien naar dokter gaan	onmid- dellijk naar dokter gaan	significan- tieniveau voor het verschil m-vr <sup>*)</sup>	significan- tieniveau voor het ver- schil part.- non-part. <sup>**)</sup>
1. U heeft wat pijn bij het plassen en u moet wat vaker plassen dan gewoonlijk (179).	8	3	54	34	—	—
2. U ontdekt wormen bij de ontlasting (175).	7	8	33	52	—	—
3. U hebt een rood tranend oog wat de volgende ochtend dicht zit met korstjes (182).	7	8	35	50	p<0,05 (m)	—
4. U heeft een stoot tegen de borst gehad; nu doet het op die plaats pijn bij ademen en hoesten (173).	14	3	51	32	p<0,01 (vr)	—
5. U slaapt al enige tijd niet zo goed meer. Op een nacht wordt u vaak wakker; u voelt uw hart 'kloppen' (177).	15	3	42	40	p<0,01 (m)	—
6. U bemerkt plotseling vele rode jeukende vlekken op uw huid maar u voelt zich verder niet ziek (180).	15	3	57	25	p<0,05 (m)	—
7. U heeft op een dag steken in de borst als u diep ademt of hoest (171).	12	6	67	15	—	—
8. U voelt pijnlijke steken in uw oor (183).	7	13	53	27	—	—
9. U heeft een steenpuist in uw nek (181).	11	10	37	42	p<0,001 (vr)	—
10. U hebt overdag af en toe wat steken in de buik gevoeld en 's avonds moet u plotseling braken (176).	6	19	35	40	—	—
11. U verzwikt een enkel (172).	16	10	47	27	—	—
12. U wordt gebeten door een hond. Er zit een schram op uw been (186).	32	5	21	42	—	—
13. U vindt dat u te weinig ontlasting heeft; soms duurt het wel drie dagen voor u ontlasting heeft (185).	25	14	34	27	p<0,001 (m)	—
14. U voelt zich de laatste tijd zo zenuwachtig en gejaagd (178).	32	15	36	17	p<0,01 (m)	—
15. U heeft uw hoofd gestoten en nu heeft u wat hoofdpijn (174).	24	37	31	8	—	—
16. U wordt gestoken door een wesp (184).	48	22	22	8	—	—

\*) Toets van Wilcoxon voor één steekproef voor het verschil tussen mannen en vrouwen.

\*\*) Toets van Wilcoxon voor twee steekproeven voor het verschil tussen participanten en non-participanten.

(m) betekent dat de mannen gemiddeld vaker naar de dokter gaan dan hun vrouwen.

(vr) betekent dat de vrouwen gemiddeld vaker naar de dokter gaan dan hun mannen.

dit artikel de beleving van de huisarts als zakelijk versus persoonlijk, het vertrouwen in de medische institutie, het scepticisme ten aanzien van de behandeling door de arts, de behoefte aan preventie op beleidsniveau, de behoefte aan sport als preventief middel, de behoefte aan preventie op individueel niveau en de geneigdheid om de huisarts te raadplegen.)

In tabel X wordt een overzicht gegeven van de correlaties tussen de gezondheidsattitudes op basis van de somscores van man en vrouw per gezin. De resultaten kunnen als volgt worden omschreven: Vertrouwen in de medische institutie blijkt onder de

gezondheidsattitudes een sleutelpositie in te nemen. Een sterker vertrouwen bij de ouders in de medische institutie gaat samen met een sterker persoonlijke waardering voor de gezondheid, met sterker benadrukken van het esthetisch-relatieve aspect van het gebit, met sterkere gevoeligheid voor schoonheidsfouten, met sterkere waardering voor preventie op beleidsniveau en op individueel niveau en met een sterkere geneigdheid de huisarts te raadplegen. Bij de meeste van genoemde samenhangen is het vermoeden gerechtvaardigd dat zij mede beïnvloed worden door het sociaal-economisch milieu en daarmee verbandhoudend door kennis met betrekking tot medische

Tabel VIII. Gemiddelde scores voor mannen, vrouwen, participanten en non-participanten met betrekking tot de geneigdheid de huisarts te raadplegen en correlaties met beroep\*).

	Geneigdheid de huisarts te raadplegen		Correlatie met beroep		
	m	vr	sign. verschil m-vr	m	vr
totaal	1.02	0.98	p < 0,05	-.31	-.14
participanten	1.02	0.98	—	-.32	-.12
non-participanten	1.02	0.99	—	-.33	-.20
significant verschil participanten-non-participanten	—	—			

\*) Spreiding rond de gemiddelden  $\pm 0.35$ .Spreiding rond de gemiddelde verschillen m-vr  $\pm 0.43$ .

Dezelfde toetsen zijn gebruikt als in tabel III.

De schaal van geneigdheid om de huisarts te raadplegen loopt van 0 tot 2 waarbij 0 de afwezigheid van deze geneigdheid uitdrukt en 2 het voor alle klachten onmiddellijk raadplegen van de dokter.

Tabel IX. Gemiddelde man-vrouw verschilcores met betrekking tot de geneigdheid de huisarts te raadplegen, naar beroeps categorie en de correlatie met beroep.

Geneigdheid de huisarts te raadplegen	beroeps categorieën*)						correlatie van de verschilscore beroep**)
	1	2	3	4	5	6	
Gem. verschil m-vr	0.14	0.09	0.07	0.10	-0.06	-0.08	-.15
N = 559	36	178	145	40	81	79	p < 0,001

\*) 1 = ongeschoolde arbeiders, 2 = geschoolde arbeiders, 3 = lagere employees, 4 = middenstanders, 5 = middelbare employees, 6 = hogere beroepen.

\*\*) Pearsons correlatie-coëfficiënt.

zaken. Behalve met het vertrouwen in de medische institutie, blijkt een preventieve oriëntatie, in de zin van beleids- en individuele preventie samen te gaan met een sterkere persoonlijke waardering en een sterkere sociale waardering van de gezondheid, met grotere gevoeligheid voor schoonheidsfouten, maar met minder sterk afwijzen van kunstmiddelen en met een sterkere geneigdheid de huisarts te raadplegen. Ook in deze samenhangen vervullen het milieu en soms de medische kennis een rol.

Ons vermoeden dat het ervaren van de huisarts als zakelijk versus persoonlijk samen zou hangen met de geneigdheid deze te consulteren wordt hier niet

bevestigd. Evenmin wordt dit bevestigd voor mannen en vrouwen afzonderlijk. Een mogelijke verklaring hiervoor is: doordat de geneigdheid de huisarts te raadplegen op bijna identieke wijze als de preventieve oriëntatie samenhangt met andere gezondheidsattitudes, moet dit consulteren wellicht meer als een individuele preventieve gerichtheid gezien worden dan als een 'naar de dokter gaan'.

De lage correlaties, die we aantreffen tussen de aspecten van affectieve beleving van het beroep huisarts en de geneigdheid de huisarts te consulteren, corresponderen met deze verklaring. Wanneer wij naar de mannen en vrouwen afzonderlijk kijken, blijkt bovendien de samenhang tussen beleving van het persoonlijke aspect van het beroep huisarts en geneigdheid hem te consulteren geheel op rekening te komen van de mannen ( $-.13$ ,  $p < 0,01$ ): naarmate men het persoonlijke aspect sterker beleeft, is men sterker geneigd te consulteren. De samenhang tussen beleving van het dominantie-aspect van het beroep huisarts en de geneigdheid hem te consulteren is een zaak van de vrouwelijke *participanten* alleen ( $-.21$ ,  $p < 0,01$ ): naarmate men het dominantie-aspect sterker ervaart, is men sterker geneigd te consulteren. Zoals verwacht is er een relatief sterke samenhang tussen de beleving van de huisarts als zakelijk versus persoonlijk en de beleving van het persoonlijke aspect van het beroep huisarts.

Eveneens zien wij bij sterkere beleving van dit persoonlijke aspect een geringer scepticisme ten aanzien van de behandeling door de arts.

Verder moet worden opgemerkt dat een aantal van de genoemde verbanden in minder sterke mate gelden voor de *participanten*-ouders dan voor de *non-participanten*-ouders. Dit is in het overzicht aangegeven.

Tenslotte: niet alle samenhangen die in het overzicht als significant verschijnen zijn besproken. Wij hebben ons beperkt tot enkele in het oog springende patronen. Ten overvloede zij vermeld dat de hier niet besproken verbanden niet in strijd zijn met de genoemde resultaten.

### 3. De samenhang tussen enige gezondheidsattitudes en 'dental mindedness'

#### a. Waardering arts-tandarts en tand-(heelkundige) verzorging

De hierna volgende resultaten zijn weergegeven in tabel XI.

Tabel X. Onderlinge samenhangen\*) van de gezondheidsattitudes\*\*).

	beroep***)	waardering gezondheid en gebit					waardering extrinsieke gezondheid	waardering (huis-) arts en medische institutie		medische preventie						
	medische kennis***)	persoonlijke waardering van de gezondheid	bereidheid tot maatschappelijk verzuim	esthetisch-relatieve betrekens van het gebit	betekenis van het eigen gebit	sociale waardering van de gezondheid	gevoelheid voor schooneheidsfouten	gevoelheid voor dragen v. kunstmiddelen	beleving huis-arts als zakelijk versus persoonlijk	vertrouwen in de medische institutie	scepticisme t.a.v. behandeling door de arts	waardering voor preventie op beleidsniveau	waardering***)	voor sport als preventief middel (-...+)	waardering voor preventie op individueel niveau	geneigdheid de huis-arts te raadplegen
beroep***)	.21				-.15	.09	.28	-.12								
	.17							-.16								
	.30							.02ns								
medische kennis***)	.53	.21		.18	-.19	.10	.31	-.09								
(-...+)					-.12		.37	-.14								
					-.25		.16	.04ns								
waardering (huis-) arts en medische institutie																
beleving van huisarts als zakelijk vs. persoonlijk		-.09					-.09	.10								
								.13								
								.03								
vertrouwen in de medische institutie	.37	.38	.30		.24	.14	.22									
					.20											
					.30											
scepticisme t.a.v. de behandeling door de arts	.20	.09	.14		.15	.09	.09									
	.13						.07ns									
	.23						.17									
waardering voor preventie op beleidsniveau	.36	.36	.21		.12	.10	.18	-.11		.35	.12					
waardering voor sport als preventief middel***)		.19	.14							.11	.17					
(-...+)					-.16						.13					
					-.10						.23					
					-.22											
waardering voor preventie op individueel niveau	.11	.12			.10	.12	.15	-.14		-.11	.27	-.11				
		.09ns								.18						
		.19								.44						
geneigdheid de huis-arts***) te raadplegen	-.28	-.22	-.18				-.16	.19		-.26	.09	-.26				-.22
(-...+)										-.21	.13					-.16
										-.35	.03ns					-.32
persoonlijk aspect	.09									-.34	.09	-.21				.16
	.14															-.09
	.03ns															.10
technisch aspect (-...+)											.13					.27
dominantie-aspect																.11
																-.10
financieel aspect			.11							.14						
			.03ns													
			.28													

\*) Pearson correlatie-coëfficiënten ouderscores (manscore + vrouwscore). Indien er verschillen in correlatiehoogte zijn tussen participanten en non-participanten, is als 2e en 3e per cel aangegeven de correlatie-coëfficiënt van resp. participanten- en non-participanten ouders. N-totaal = 563, N-partic. = 397, N-non-partic. = 166. Voor genoemde samenhangen geldt  $p < 0,05$ , behalve bij toevoeging ns (niet-significant).

\*\*) Voor een volledig overzicht zijn sommige samenhangen uit voorgaande artikelen in de reeks overgenomen.

\*\*\*) Bij de 'vertaling' van de correlaties moet bedacht worden dat:

- beroep is gemeten in een schaal die loopt van 1, ongeschoolde arbeiders, tot 6, hogere beroepen;
- medische kennis en geneigdheid om de huisarts te raadplegen door middel van sommering zijn gemeten zodat de schaal van laag naar hoog een lage tot hoge mate van de betreffende variabelen weergeven;
- de factoren waardering voor sport als preventief middel en het technische aspect in de affectieve beleving van het beroep huisarts een scoreverloop hebben dat tegengesteld is aan dat van de overige factoren: een lage score geeft in deze gevallen weer dat de betreffende attitude relatief *zwak*, een hoge dat deze relatief *sterk* aanwezig is.

Het als persoonlijker ervaren van de huisarts gaat samen met het als persoonlijker ervaren van de tandarts, met (maar hier zijn de correlaties beduidend lager) een minder zakelijk-critische opstelling tegenover de tandarts en meer vertrouwen in hem als vakman.

Wanneer wij van de ouder-score teruggaan naar de individuele man- en vrouwscores, dan blijkt dat de eerstgenoemde samenhang voor de mannen sterker geldt dan voor de vrouwen: mannelijke *participanten*  $-.29$  zeer significant, vrouwelijke *participanten*  $-.20$  zeer significant, mannelijke *non-participanten*  $-.30$

zeer significant, vrouwelijke *non-participanten*  $-.04$  niet-significant.

Bij de vrouwelijke *non-participanten* hebben wij tussen de beleving van huisarts en tandarts geen verband gevonden.

Vertrouwen in de medische institutie heeft zowel met de persoon van de tandarts te maken als met de tand-(heelkundige) verzorging: meer vertrouwen in de medische institutie gaat gepaard met persoonlijker ervaren van de tandarts, sterker vertrouwen in hem als vakman, sterkere nonchalance ten aanzien van het

Tabel XI. Samenhangen tussen waardering (huis)arts en medische institutie en 'dental mindedness'\*).

	waardering van de tandarts			waardering van de tand-(heelkundige) verzorging			
	beleving van de tandarts als persoonlijk vs. zakelijk	zakelijk-critische opstelling t.o.v. de tandarts	vertrouwen in tandarts als vakman	nonchalance t.a.v. het gebit	waardering preventieve tandheelk. maatregelen	defaitisme t.a.v. het eigen gebit	
waardering van de (huis)arts en de medische institutie	beleving van de huisarts als zakelijk vs. persoonlijk.	-.26	.13	-.09			
		-.27	.12	-.05 ns			
		-.23	.14 ns	-.18			
	vertrouwen in de med. institutie	.16		.36	.20	.33	
		.17		.33	.15	.28	
		.20		.41	.23	.39	
	scepticisme t.a.v. behandeling door de arts		.22	-.09	.15	-.08	.12
			.22	-.11	.14	-.12	.13
			.17	-.07 ns	.07 ns	.06 ns	.07 ns

\*) Per cel: van boven naar beneden respectievelijk de Pearson correlatie-coëfficiënt over de gehele onderzoekspopulatie (N=563), over de participanten (N=397) en over de non-participanten (N=166) op basis van de ouderscores (man + vrouwscore).

ns = niet-significant, overige coëfficiënten alle significant.

Tabel XII. Correlaties tussen scepticisme ten aanzien van de behandeling door de arts en de drie factoren van waardering tand-(heelkundige)verzorging, apart voor mannelijke en vrouwelijke participanten en non-participanten\*).

		nonchalance t.a.v. het gebit		waardering voor preventieve tand-heelkundige maatregelen		defaitisme t.a.v. het eigen gebit	
		m	vr	m	vr	m	vr
scepticisme t.a.v. de behandeling door de arts	participanten	.20 zs	.04 ns	-.02 ns	-.11 s	.06 ns	.07 ns
	non-participanten	.03 ns	.19 zs	.06 ns	.21 zs	-.02 ns	.19 s

\*) ns = niet-significant  $p > 0,05$ , s = significant  $p < 0,05$ , zs = zeer significant  $p < 0,01$ .

Tabel XIII. Samenhangen tussen waardering van medische preventie en waardering tand-(heelkundige) verzorging\*).

	nonchalance t.a.v. het gebit.	waardering voor preventieve tand-heelkundige maatregelen.	defaitisme t.a.v. eigen gebit.
waardering van preventie op beleidsniveau.			.38 .34 .44
waardering van**)	.31		
sport als preventie-	.30		
tiemiddel (-...+).	.28		
waardering voor preventie op individueel niveau.	-.10 -.07ns -.12ns		.10 .09ns .16

\*) Zie het onderschrift bij tabel XI.

\*\*\*) Zie het onderschrift bij tabel VI.

gebit en meer defaitisme ten aanzien van het eigen gebit.

Scepticisme ten aanzien van de behandeling door een arts gaat samen met een kritischer benadering van de tandarts. Tevens ziet men bij een sceptischer houding bij de *participanten*-ouders verminderd vertrouwen in de tandarts als vakman, een sterkere nonchalance ten aanzien van het gebit, verminderde waardering voor preventieve tandheelkundige maatregelen, en groter defaitisme ten aanzien van het eigen gebit.

In tabel XII staan de correlaties van scepticisme met waardering tand-(heelkundige) verzorging op basis van de individuele man- en vrouwscores, voor *partici-*

*panten* en *non-participanten* apart. De gesignaleerde samenhangen op grond van de ouder-scores blijken vooral voor te komen bij de vrouwelijke *non-participanten*.

#### b. Medische preventie-tand-(heelkundige) verzorging

De samenhangen tussen medische preventieve gerichtheid enerzijds en tand-(heelkundige) verzorging en preventie anderzijds zijn weergegeven in tabel XIII. Hieruit blijkt dat een

1. groter defaitisme ten aanzien van het eigen gebit samengaat met grotere waardering voor preventie op beleidsniveau;
2. grotere nonchalance ten aanzien van het gebit samengaat met een geringere waardering voor sport als preventief middel.

#### Conclusies

Wij hebben gezien dat de vrouwen in de onderzoekspopulatie ten opzichte van hun mannen gekenmerkt worden door een

- sterkere persoonlijke waardering van de gezondheid,
- sterkere betekenisgeving aan het eigen gebit,
- minder benadrukken van het esthetisch relationele aspect van het gebit,
- sterker benadrukken van schoonheidsfouten,
- sterker vertrouwen in de medische institutie,
- sterker vertrouwen in de tandarts als vakman,
- geringer scepticisme ten aanzien van de behandeling door de arts,
- minder zakelijk-kritische opstelling ten aanzien van de tandarts,
- geringere waardering voor preventie op beleidsniveau.

In de lagere beroepscategorieën zien we ten opzichte van de hogere een

- sterker benadrukken van schoonheidsfouten,
- grotere nonchalance ten aanzien van het gebit,
- groter defaitisme ten aanzien van het eigen gebit,
- sterker vertrouwen in de medische institutie,
- sterkere waardering voor preventie op beleidsniveau.

Tegelijk zien we,

- dat vrouwen over minder medische kennis beschikken dan hun mannen,
- dat in de lagere beroepscategorieën minder medische kennis aanwezig is dan in de hogere,
- dat geringere kennis samengaat met geringere betekenis toekennen aan het eigen gebit,
- dat deze beide samengaan met grotere nonchalance ten aanzien van de verzorging van het gebit,
- dat geringere kennis eveneens samengaat met groter defaitisme ten aanzien van het eigen gebit,
- en dat geringere kennis samengaat met groter vertrouwen in de medische institutie en sterkere waardering voor preventie op beleidsniveau.

Voor dit alles geldt, zoals uiteraard voor alle tot nu toe vermelde resultaten, dat generaliseren buiten onze onderzoekspopulatie voorlopig niet toegestaan is.

### Discussie

Denkend aan de verschillen tussen man en vrouw in het gezin en aan de moeder-, c.q. opvoedersrol van de vrouw – deze is over het algemeen praktischer gericht dan de vaderrol – en denkend aan de verschillen in attitudes in beroepscategorieën, te zamen met de overweging dat de niet aan het 'Groeionderzoek' deelnemende gezinnen relatief meer tot de lagere beroepscategorieën behoren dan de deelnemende gezinnen, dan mag men stellen, dat combinatie van deze attitudes aan de ene kant geleid heeft tot deelnemen, aan de andere kant tot afwijzen van deelneming aan het groei-onderzoek. Deelnemen betekende tevens ingaan op het aanbod van tandheelkundige behandeling bij het deelnemende kind gedurende de vijf jaar dat het onderzoek loopt.

Interpreterend kunnen we ons niet aan de indruk onttrekken dat de niet aan het groei-onderzoek deelnemende gezinnen, soms met name de vrouwen daarin, vanuit het oogpunt van de gezondheidszorg een relatief moeilijk bereikbare groep vormt, die meer

aandacht vraagt: deze groep is nl. enerzijds sceptischer ten aanzien van de behandeling van de arts, zakelijk-kritischer ten opzichte van de tandarts, geringere betekenis toekennend aan het eigen gebit, nonchalanter in de verzorging ervan en 'defaitistischer' en heeft anderzijds toch sterker behoefte aan preventie op beleidsniveau (als een soort zekerstelling?).

Hiermee komen we in de richting van maatschappelijke deprivatie. Onze vermoedens zullen pas kunnen worden getoetst, indien we de sociaal-culturele variabelen die het onderzoek eveneens behelst, via constructie van sociaal-culturele milieus aan de gezondheidsattitudes en 'dental mindedness' koppelen (Tax et al., 1975).

### Samenvatting:

In dit artikel zijn gezondheidsattitudes van twee groepen ouderparen onderzocht: ouders die al dan niet participeren aan het Nijmeegse Groei-onderzoek. Onderzocht is onder meer de waardering van de (huis)arts en de medische institutie, de medische preventie en de geneigdheid om bij bepaalde klachten de huisarts te raadplegen. Geslacht, participeren aan het Groei-onderzoek en sociaal-economisch milieu hangen op wisselende wijze samen met deze attitudes. Ook bleek dat de verschillende gezondheidsattitudes die in de serie van vier artikelen zijn opgenomen een sterk verweven geheel vormen, uitgezonderd de beleving van de huisarts, die een geïsoleerde plaats in het geheel van onderzochte attitudes inneemt. Tot slot zij vermeld dat er een aantal parallellen te trekken zijn tussen de waardering van de (huis)arts en de waardering van de tandarts, en tussen medische en tandheelkundige gerichtheid.

### Summary:

Title: Valuation of health and dental care in Nijmegen parents (IV). Attitudes to health and dental mindedness.

In this article the attitudes to health of two categories of married couples have been examined: parents who participate and parents who don't participate in the Nijmegen Growth Study. Among more the valuation of the general practitioner and the medical institution, medical prevention and the tendency to consult a doctor when having certain complaints have been examined.

Sex, participation in the Growth Study and socioeconomic class are correlated in different ways with these attitudes. It also has appeared that the various attitudes to health, collected in the series of four articles, form a strongly connected whole with the exception of the experience of the doctor which has an isolated place among the attitudes examined. At the end it has to be said that some parallels can be drawn between the valuation of the dentist and between medical and dental preventive orientation.

Literatuur:

1. Berkman, P. L. (1969): Spouseless motherhood, psychological stress, and physical morbidity. *J Health Social Behavior* 10:323.
2. Bice, Th. W., Kalimo, E. (1971): Comparisons of health-related attitudes: a cross-national, factor analytic study. *Social Science Medicine* 5: 283.
3. Boon van Ostade, A. H. (1969): De iteratieve clusteranalyse. Een klassifikatiemethode voor psychologische data. *Psych. Lab. Nijmegen*.
4. Cassee, E. Th. (1969): Het gedrag van de huisarts en de tevredenheid van de patiënt. *Huisarts en Wetenschap* 12:283.
5. Freidson, E. (1961): *Patient's views of medical practice*. Russel Sage Foundation, New York.
6. Heydendael, P., A. Ketelaar-van Ierssel, J. Persoon, B. Tax, M. van 't Hof (1975): Waardering van gezondheid en tandverzorging bij Nijmeegse echtparen (III). *Gezondheid en gebit. Ned Tijdschr Tandheelkd* 82: 92.
7. Jonge, H. de (1958, 1960): *Inleiding tot de medische statistiek*. Ned Instituut voor Praeventieve Geneeskunde, Leiden.
8. Kessel, N., Shepherd, M. (1965): The health and attitudes of people who seldom consult a doctor. *Medical Care*: 6.
9. Kisch, A. J., Reeder, L. G. (1969): Client evaluation of

- physician performance. *J Health Social Behavior* 10: 51.
10. Koos, E. L. (1954): *The health of Regionville; 'What the people thought and did about it'*. Columbia University Press, New York. Pp. 32 e.v.
11. Ludwig, E. G., Gibson, G. (1969): Self perception of sickness and the seeking of medical care. *J Health Social Behavior* 10: 125.
12. Persoon, J., P. Heydendael, A. Ketelaar-Van Ierssel, B. Tax, M. van 't Hof. (1975): Waardering van gezondheid en tandverzorging bij Nijmeegse echtparen (II). *Affectieve beleving van tandarts en huisarts in vergelijking met enkele andere beroepen. Ned Tijdschr Tandheelkd* 82: 53.
13. Tax, B., P. Heydendael, 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.
14. Velden, H. G. M. van der (1971): *Huisvrouw, huisarts, huisgezin*. Dekker v.d. Vegt, Nijmegen.

November 1974.

Adres: A. M. J. Ketelaar-Van Ierssel,  
Kleefseweg 14,  
Ottersum.

## EEN DUBBELBLIND VERGELIJKEND ONDERZOEK NAAR HET EFFECT VAN ENKELE ANALGETICA NA KAAKCHIRURGISCHE INGREPEN

W. G. ZELVELDER\*)  
J. DOUZE\*\*)

L. H. PASMANS\*\*\*)  
C. W. R. PHAF\*\*\*)

### Inleiding

Gezien de zeer duidelijke verschillen in analgetische effectiviteit van placebo en enkele perifeer werkzame analgetica bij operatieve verwijdering van de derde molaren in de mandibula (Booy, 1972) werd een identiek onderzoek verricht waarbij de volgende middelen werden gebruikt: een nieuw analgeticum, nl. BRL 11.870 (van Beecham), glafenine (= Glifanane), pentazocine (= Fortral) en placebo. Zij worden verder afgekort tot B, G, F en Pl.

### Methode

Patiënten met pijn na extractie van een derde molaar in de mandibula ontvingen dubbelblind, at random,

één van de hierboven vermelde middelen. De aanbevolen werkzame doseringen waren: B 100 mg, G 400 mg, F 100 mg, Placebo.

De zojuist behandelde patiënten kregen deze middelen mee naar huis met het advies om op een tevens meegegeven kaart te noteren of zij pijn hadden gekregen na de ingreep, het tijdstip waarop de pijn begon, de mate van pijn op het moment van inname en het pijnstillend resultaat 1-1½ uur na inname. De voorgecodeerde antwoorden waren ten aanzien van:  
a. pijn op moment van inname: erg – matig – licht;  
b. resultaat 1-1½ uur na inname: (heel) goed – redelijk – matig – slecht.

De vier middelen werden doelbewust in de gangbare toedieningsvormen en doseringen aan de patiënten meegegeven. Voor de onderzoekers bleef het dubbelblinde karakter van het onderzoek echter behouden doordat gebruik werd gemaakt van een ondoorzichtige, donkere verpakking.

\*) Klinisch Geneesmiddelenonderzoek TNO, Delft.

\*\*) 'De Wever'-ziekenhuis, Heerlen.

\*\*\*) St. Annadal-ziekenhuis, Maastricht.