

When the results are subdivided according to socio-economic class, the differences in the D-S-index disappear in all groups. The significant differences in the F-S-indices remain, although to a lesser extent, in the upper and middle class, but not in the lower class. The DF-S-index remains significant different only in the upper class. The differences in the

$\frac{F-S}{DF-S}$ -indices

remain non significant in all classes.

When the results of the school dental service are compared with those of the family dentist, it can be seen that, holding constant the socio-economic class, there are no differences with

regard to the numbers of carious surfaces. Although upper and middle class children participating in the school dental service had significantly more filled surfaces, there is not a significantly higher treatment index, although a trend can be detected.

Literatuur:

1. *Erp, N. A. K. M. van* (1965): Onderzoek naar de gebitstoestand van kinderen in hun 16e levensjaar in de stad Tilburg. Ned Tijdschr Tandheelkd 72: 577.
2. *Kalsbeek, H.* (1972): Schooltandverzorging. Een sociaal-tandheelkundig onderzoek bij recruta's. Dissertatie, Utrecht.

3. *Kwant, G. W., Pot, Tj., Groeneveld, A., Purdell-Lewis, D. J.* (1974): Fluoridetoevoeging aan het drinkwater V. Een vergelijking van de gebitsgezondheid van 17- en 18-jarigen in Culemborg en Tiel. Ned Tijdschr Tandheelkd 81: 251.

4. *Plasschaert, A. J. M., König, K. G., Vogels, A. L. M.* (1974): Onderzoek naar de gebitstoestand van kinderen in Noord-Oost Friesland. Resultaten van een onderzoek gehouden in december 1973 bij 5-, 7-, 9- en 11-jarige kinderen. Ned Tijdschr Tandheelkd 81: 342.

Maart 1977.

Catharijnesingel 59,
3511 GG Utrecht.

HET AANLEREN VAN TANDEN POETSEN BIJ GEÏNSTITUTIONALISEERDE ZWAKZINNIGEN

P. M. SMEETS
H. P. BOUTER

Uit de vakgroep Ontwikkelingspsychologie van de rijksuniversiteit te Leiden.
Voorzitter: Prof. Dr. G. A. Kohnstamm.

Trefwoorden: Leerpsychologie - Mondhygiëne

Inleiding

In het verleden is herhaaldelijk gepleit (Cohen, 1960; Cohen e.a., 1961) voor een meer frequente resp. meer uitvoerige tandheelkundige verzorging van geïstitutionaliseerde zwakzinnigen. Onderzoek in de Verenigde Staten (Miller, 1965) heeft o.a. aangetoond dat tweederde van alle extracties (Schuh, 1963) het gevolg zijn van parodontale aandoeningen; dit geldt vooral voor mongolen en gebruikers van dephenylhydotoïne (Burgersdijk en Frankenmolen, 1976; Schuh, 1963). Factoren die parodontopathieën bij zwakzinnigen in sterke mate beïnvloeden zijn gebrekkige tandheelkundige verzorging, verminderde stimulatie van het tandvles als gevolg van aangepast (gepureerd) voedsel en een slechte mondhygiëne (Burgersdijk en Frankenmolen, 1976; Swallow, 1964). Laatstgenoemde factor wordt door Nickol (1973) als de belangrijkste beschouwd.

Een goede verzorging van het gebit

bij diep zwakzinnigen resulteert niet alleen in een reductie van strikt tandheelkundige problemen maar ook in diverse positieve gedragseffecten zoals vermindering van tandenknarsen, kwijlen, voorwerpen in de mond steken en betere kauw- en slaapgewoonten (Nickol, 1973). Voorts kan een goede tandverzorging bijdragen tot een betere spijsvertering, spraakontwikkeling (Verheijen-Adler, 1975) en een betere adem (Nickol, 1973).

Uit literatuurgegevens blijkt dat de mondhygiëne van niet-zwakzinnigen aanzienlijk verbeterd kan worden met behulp van aan de leerpsychologie (Skinner, 1938; 1953) ontleende motivatie-technieken (Lattal, 1969; Massier, 1976). Bij de toepassing van deze methoden worden o.m. positieve en negatieve consequenties (vaak als 'beloning' en 'straf' aangeduid) voor het vertonen van een bepaald (gewenst of ongewenst) doelgedrag systematisch gehanteerd. Bij veel diep zwakzinnigen echter ont-

Samenvatting:

Het doel van dit onderzoek was om vier geïstitutionaliseerde zwakzinnigen te leren hun tanden te poetsen. Het accent van de training lag daarbij op het poetsen van de linguale vlakken van de gebitselementen. Het trainingsprogramma was gebaseerd op leerpsychologie principes en werd in drie verschillende condities toegepast. Geen van de vier pupillen leerde uiteindelijk de linguale vlakken te poetsen. Vergelijkende gegevens toonden evenwel aan dat de getrainde zwakzinnigen hun tanden even goed of beter poetsen dan niet-zwakzinnige volwassenen en zeker beter dan de wijze waarop de leidsters dit voor hen zouden doen.

breekt niet alleen het motivationele maar ook het zgn. kennisaspect, m.a.w. zij weten niet alleen niet *dat* zij hun tanden moeten poetsen maar bovenal niet *hoe* ze dit moeten doen. Zo is het niet ongebruikelijk dat, als men een pupil vraagt zijn tanden te poetsen hij eerst wacht tot hem een tandenborstel met tandpasta aange-reikt wordt, daarmee dan her en der (soms met de achterzijde van de borstel) op de tanden wrijft, wat schuim uitspuugt, water drinkt en dit inslikt waarna hij door zijn houding te kennen geeft dat de ander (leidster) z'n mond moet afvegen.

Een effectieve tandverzorging kan gedefiniëerd worden als de mate

waarin en de frequentie waarmee de (bereikbare) vlakken van alle gebitselementen gereinigd worden. Blijkens gerapporteerde gegevens (Horner en Keilitz, 1975; Smeets e.a., 1976) leren zwakzinnigen zonder veel moeite de buccale en occlusale vlakken te poetsen. Van de bestaande trainingsprogramma's voor zwakzinnigen (Abramson en Wunderlich, 1972; Copeland, Ford en Solon, 1976; Horner en Keilitz, 1975; Watson, 1972) wordt alleen in de laatste twee aandacht gegeven aan het poetsen van de linguale vlakken. Pogingen om zwakzinnigen dit te leren zijn evenwel beperkt effectief gebleken. Zo waren Horner en Keilitz (1975) niet in staat om, met behulp van de door hen gebruikte trainingsprocedures, dit gedrag bij twee van de acht pupillen die aan het project deelnamen aan te leren. In een replicatiestudie (Smeets e.a., 1976) kon geen van de vier pupillen dit gedrag aangeleerd worden terwijl dit probleem zich opnieuw voordeed bij drie van de acht pupillen in een weer andere studie (Bouter en Smeets, 1977). In nagenoeg alle gevallen waren de trainers van mening dat de pupillen te bang resp. de trainingsprocedures niet in staat waren om dit gedrag te bewerkstelligen zonder daarbij (vooral als het de achterste kiezen betrof) pijn en irritatie (braakreflex) te veroorzaken.

Het doel van de huidige studie was om na te gaan of het poetsen van de linguale vlakken toch aangeleerd kon worden middels extra training (d.w.z. meer sessies met gebruikmaking van technieken die al in eerdere studies gebruikt waren) dan wel middels een nieuwe procedure waarbij een groot kunstgebit gebruikt werd. Gedachten om dit kunstgebit in de training te betrekken waren gebaseerd op het feit dat, (1) het ook door mondhygiënist op scholen gebruikt wordt, (2) het de mogelijkheid biedt om de pupil diverse aspecten van het gebit te demonstreren hetgeen met z'n eigen gebit of dat van de trainer moeilijk te verwezenlijken is, (3) het de pupil de mogelijkheid biedt om zonder pijn of irritatie de juiste han-

delingen aan te leren en (4) mogelijke generalisatie van de aangeleerde handelingen naar het eigen gebit aanmelijk, in elk geval niet onmogelijk leek.

Pupillen

Aan dit onderzoek namen 4 pupillen deel (P 1 t/m 4). Alle pupillen hadden reeds aan eerdere studies (Bouter en Smeets, 1977; Smeets e.a., 1976) deelgenomen en waren niet in staat gebleken de linguale vlakken te leren poetsen. De pupillen waren tussen de 23 en 31 jaar; hun IQ's waren lager dan 35 (Snijders-Oomen Intelligentietest voor Horenden en Doven) resp. lager dan 44 (Hamburger Allgemeine Wechsler Intelligenztest für Kindern).

Training

Alle pupillen werden door dezelfde student getraind. Trainingssessies vonden eenmaal daags plaats, in een speciale kamer met daarin een wastafel, spiegel e.d. Betrouwbaarheidsobservaties werden door een andere student uitgevoerd.

Uitgezonderd de voortrainingen (zie trainingscondities 2 en 3) waren de trainingsprocedures nagenoeg dezelfde als die welke reeds in eerdere studies (Bouter en Smeets, 1977; Horner en Keilitz, 1975) gebruikt werden. De afzonderlijke trainingscondities werden volgens de meervoudige basislijnopzet (Birnbrauer e.a., 1974) uitgevoerd. Bij dit type opzet wordt het gedrag van iedere deelnemer over meerdere sessies geregistreerd. Bij gebleken stabilisatie van het gedrag van alle deelnemers wordt dan, voor elke deelnemer op een later tijdstip, de experimentele conditie (behandeling, training of therapie) geïntroduceerd. Het tijdstip waarop bij elke afzonderlijke deelnemer de experimentele conditie ingevoerd wordt, is afhankelijk van de geobserveerde gedragsverandering bij de vorige deelnemer.

Het trainingsprogramma bestond uit een vaste sequentie van 15 stappen, waarvan er drie betrekking hadden

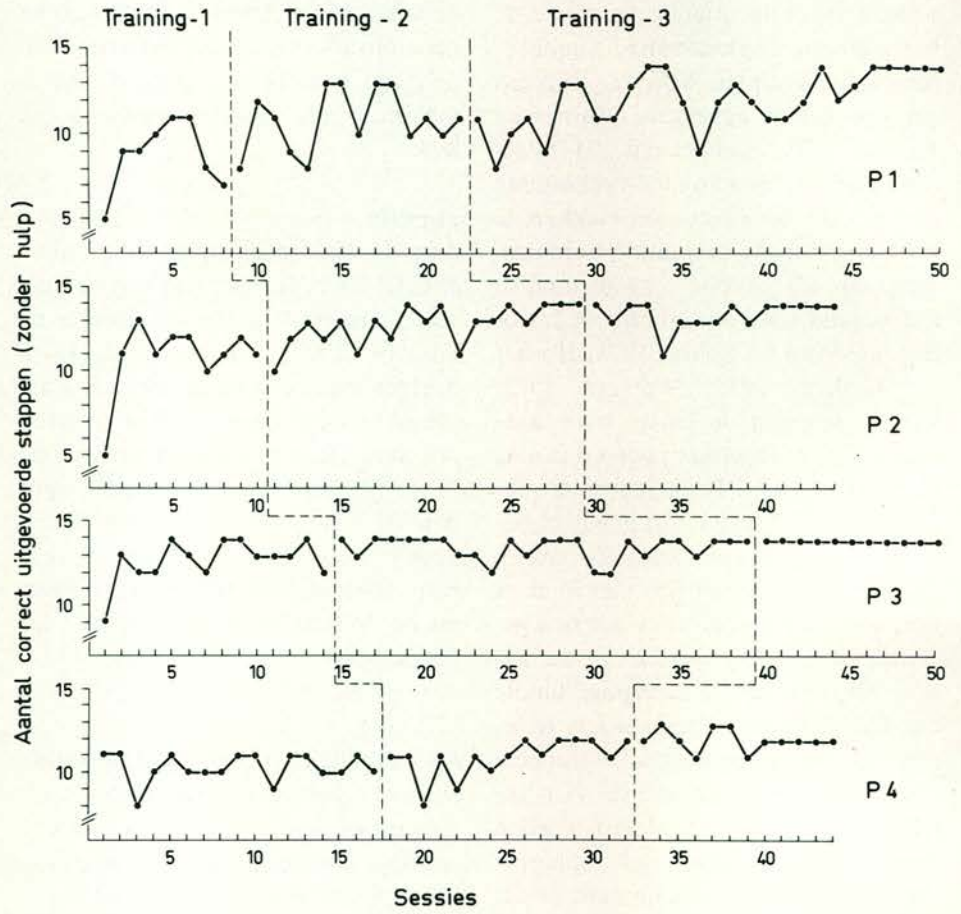
op het tanden poetsen als zodanig. Deze stappen bestonden uit (1) het vastpakken van de tandenborstel en het opendraaien van de kraan, (2) tandenborstel natmaken, (3) dop van tube draaien, (4) tandpasta op borstel doen, (5) dop op tube doen, (6) het poetsen van de buccale, (7) de occlusale en (8) de linguale vlakken van alle gebitselementen, (9), de beker met water vullen, (10) de mond spoelen en (11) afvegen, (12) tandenborstel, (13) het kopje en (14) de wastafel schoonmaken en (15) het opbergen van het materiaal.

De totale serie van 15 stappen werd eenmaal per sessie getraind. Daarbij werden de pupillen geprezen voor elke stap die zij, al dan niet met hulp van de trainer, correct uitvoerden. Daarbij werd voor iedere stap geregistreerd of, en zo ja, met welke hulpmethode (verbale instructie, verbale instructie en voordoen, verbale instructie en gedeeltelijk fysieke hulp of verbale instructie en totale fysieke hulp) de pupil deze correct uitvoerde. Deze trainingsprocedure, hierna aangeduid als de 'standaardtraining' werd voor P 1, 2, 3 en 4 gedurende 8, 10, 14 en 17 sessies uitgevoerd (training-1). Ondanks dat deze trainingsprocedure bij deze pupillen reeds eerder ineffectief was gebleken om stap 8 (achterkant van de tanden poetsen) aan te leren, werd deze conditie toch gebruikt om na te gaan of deze stap middels een extra aantal trainingssessies toch aangeleerd kon worden. Tevens fungeerde deze training als basis- (controle-)conditie ten aanzien van de andere trainingen. Tijdens sessies van de daarop volgende trainingscondities werd de pupillen twee trainingen gegeven nl. een zgn. voortraining, gevolgd door de standaardtraining.

Training-2 werd, voor elke pupil, direct na beëindiging van training-1 begonnen. Aan het begin van elke van deze sessies werd de pupil een natte tandenborstel gegeven en hem gevraagd zijn tanden (zonder tandpasta) te poetsen (voortraining). In feite werd hem dus gevraagd om alle bereikbare vlakken van zijn tanden te

poetsen. De hierbij toegepaste gedragsconsequenties waren dezelfde als in de standaardprocedure. Het doel van deze voortraining was om na te gaan in hoeverre training vlak voor de daaropvolgende standaardprocedure het aanleren van stap 8 zou bevorderen. Deze voortraining diende voorts als vergelijkingscriterium (controle) voor de extra training die in de volgende conditie op het kunstgebit toegepast werd. Tijdens elke sessie werden zowel van de voor- als standaardtraining genoteerd met welke hulpmethode elke stap correct werd uitgevoerd. Deze training werd beëindigd wanneer een pupil gedurende vijf opeenvolgende sessies alle 15 stappen zonder hulp in de juiste volgorde correct uitvoerde of wanneer aangenomen mocht worden dat voortzetting van deze training niet tot het gestelde criterium zou leiden.

Tijdens de voortraining van training-3 werd gebruik gemaakt van op een standaard geplaatst plastic kunstgebit, 2½ maal zo groot als een normaal gebit. De standaard was verstelbaar zodat het gebit op mondhoogte geplaatst kon worden. Het gebit werd voor de wasbak geplaatst met de voorzijde naar de spiegel toe. Tijdens de voortraining van elke sessie kreeg de pupil weer de natte tandenborstel, werd hij verzocht achter de standaard te staan en aldus bereikbare vlakken van de tanden van het kunstgebit te poetsen. De hierbij gebruikte



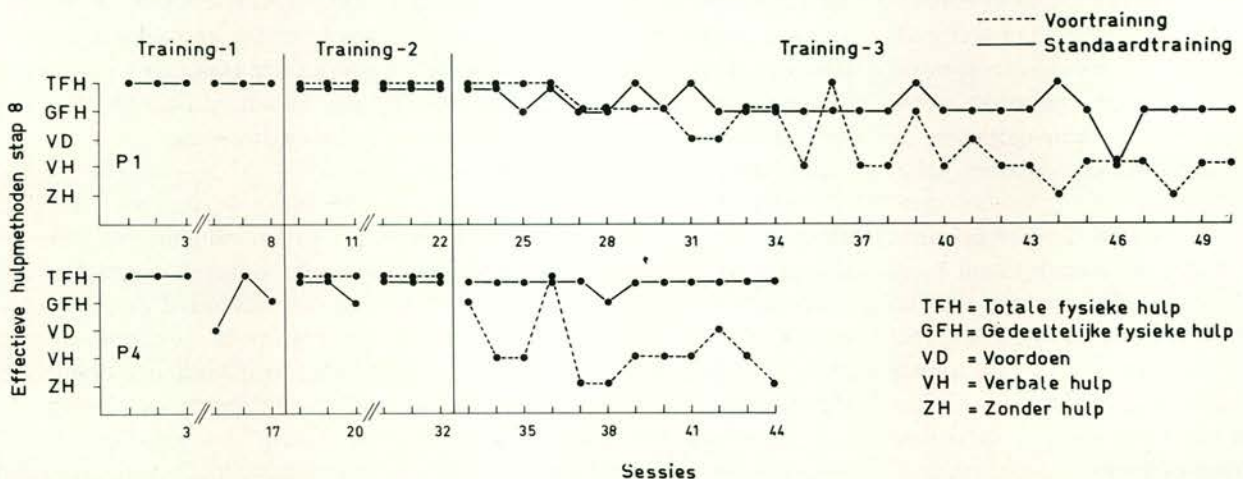
beloningen en hulpmethodes waren identiek aan die van de standaardtraining. Na beëindiging van de voortraining werd weer met de standaardtraining begonnen. Ook nu weer werden gedurende de voor- en standaardtraining genoteerd met welke hulpmethode elke stap correct werd uitgevoerd. Het trainingscriterium voor deze conditie was hetzelfde als voor training-2.

Afb. 1. Aantal zonder hulp correct uitgevoerde stappen van de standaardtraining door elke pupil onder alle drie trainingscondities.

Resultaten en discussie

Betrouwbaarheidsobservaties werden voor alle pupillen tijdens sessies 7, 22 en 23 gedaan. Betrouwbaar-

Afb. 2. Hulpmethoden die nodig waren om twee pupillen (P 1 en P 4) de linguale vlakken correct te laten poetsen.



TFH = Totale fysieke hulp
 GFH = Gedeeltelijke fysieke hulp
 VD = Voordoën
 VH = Verbale hulp
 ZH = Zonder hulp

heidspercentages werden voor elke pupil berekend op stap-voor-stap geregistreerde overeenkomsten van beide observatoren, gedeeld door het totaal van overeenkomstige en niet-overeenkomstige observaties. De gemiddelde percentages bedroegen resp. 98.3%, 98.6% en 92.5%.

Afbeelding 1 toont het aantal stappen dat door iedere pupil bij de standaardprocedure tijdens sessies van elke conditie (trainingen '1, 2 en 3) zonder hulp correct werd uitgevoerd. Ofschoon er een verbetering over condities resp. trainingssessies optrad, behaalde geen van de pupillen het gestelde criterium. Daarom werd besloten training-3 voor P 1 t/m 3 te stoppen als zij gedurende vijf opeenvolgende sessies 14 stappen zonder hulp correct konden uitvoeren. Voor P 4 werd dit aantal op 12 gesteld. Blijkens geregistreerde observaties hadden de pupillen behalve met stap 8 ook nog redelijk veel moeite met het aanleren van stappen 6 en 7 (poetsen van de buccale en occlusale vlakken) ofschoon zij dat reeds eerder geleerd hadden. Hieruit zou o.m. afgeleid kunnen worden dat bij een niet zorgvuldige supervisie van een regelmatige stimulering door de leidsters al vrij snel een verslechtering van het aangeleerde tandenpoetsgedrag zal optreden.

P 1 en P 2 bleken voor het correct poetsen van de linguale vlakken nagenoeg steeds fysieke begeleiding nodig te hebben; P 3 daarentegen kwam zover dat hij daarbij alleen nog verbale hulp nodig had. Opmerkelijk was ook dat slechts een van de vier pupillen (P 3) uiteindelijk leerde de linguale vlakken van het kunstgebit op de juiste wijze te poetsen. Drie van de vier pupillen, m.n. P1 en 4 (afb. 2), bleken op den duur systematisch minder hulp nodig te hebben voor het poetsen van de linguale vlakken van het kunstgebit vergeleken met die van hun eigen gebit. Gezien de beperkte resultaten van de voortraining op het kunstgebit is het niet verwonderlijk dat de aanvankelijk verwachte generalisatie-effecten

Tabel 1. Aantal correct uitgevoerde stappen (handelingen) door normale volwassenen en door leidsters op zwakzinnige pupillen.

STAPPEN	Normale volwassenen					Leidsters op pupillen			
	1	2	3	4	5	1	2	3	4
1	+	+	+	+	+	+	+	+	-
2	+	+	+	+	+	+	+	+	-
3	+	+	+	+	+	+	+	+	+
4	+	+	+	+	+	+	+	+	+
5	+	+	+	+	+	+	+	+	-
6	+	+	+	+	+	+	+	+	+
7	+	+	-	+	+	+	+	-	-
8	-	-	-	-	+	-	-	-	-
9	+	+	+	+	+	+	+	+	+
10	+	+	+	+	+	+	+	+	+
11	+	+	+	+	+	+	+	+	+
12	+	+	+	+	+	+	+	-	+
13	-	-	-	-	+	-	-	+	+
14	-	-	-	-	+	-	-	-	-
15	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Totaal Correct	12	12	11	12	15	12	12	11	9

op het eigen gebit nagenoeg uitbleven. Achteraf zou het wellicht functioneler geweest zijn alle pupillen eerst te leren de linguale vlakken van het kunstgebit te poetsen en dan pas over te gaan tot de training van die stap op het eigen gebit. De vraag of er dan wel generalisatie van het aangeleerde gedrag op kunstgebit naar het eigen gebit zou zijn opgetreden blijft evenwel onbeantwoord.

Gezien bovengeschetste problematiek leek het zinvol om na te gaan in hoeverre het tanden poetsen van de zwakzinnigen na de training afweek van het tanden poetsen van volwassen niet-zwakzinnigen. Hiervoor verleenden vijf personen, van wie vier werkzaam in het internaat, hun medewerking. Elke deelnemer werd gevraagd zo goed mogelijk zijn tanden te poetsen. Geen van hen werd echter medegedeeld dat speciaal op het poetsen van alle gebitselementen getoet zou worden. Van elke deelnemer werd het aantal correct uitgevoerde stappen, ongeacht hun volgorde, geregistreerd. Iedere persoon werd eenmaal geobserveerd; de observaties werden op video-band vastgelegd. Scoring van gegevens gebeurde op een later tijdstip door twee onafhankelijke observatoren. De betrouwbaarheidspercentages waren steeds 100%. Tabel I laat zien welke stappen door elke persoon correct werden uitgevoerd. Uit deze gege-

vens blijkt onder meer dat slechts een van de deelnemers alle stappen correct uitvoerde. Geen van de vier anderen poetste de linguale vlakken terwijl een van hen ook de occlusale vlakken niet poetste. Daarbij dient in aanmerking genomen te worden dat deze deelnemers, gezien de aanwezige video-apparatuur, hun tanden waarschijnlijk beter poetsten dan zij normaal zouden doen. Hieruit zou dus geconcludeerd mogen worden dat pupillen die 'slechts' 12, 13 of 14 stappen correct uitvoerden, hun tanden zeker niet slechter poetsen dan niet-zwakzinnigen. Soortgelijke observaties werden gemaakt van vier pupillen zoals deze hun tanden door de leidsters gepoetst werden. Ook nu bleek weer dat niet alle stappen correct werden uitgevoerd.

Bij geen van de pupillen werden de linguale vlakken gepoetst, terwijl slechts bij twee van hen de occlusale vlakken gedaan werden. Uit deze gegevens mag afgeleid worden dat, ook al leert een pupil niet alle stappen van het programma, hij zijn eigen tanden minstens zo goed poetst als dat door de leidster gedaan zou worden. Ook al zou het mogelijk zijn het programma zo te veranderen dat zwakzinnigen leren alle 15 stappen correct uit te voeren, dan nog geeft dit geen volledige garantie dat daardoor ook hun mondhygiëne verbeterd zou worden. Het poetsen en spoelen van de gebitselementen (de wezenlijke on-

derdelen van het trainingsprogramma) zijn hier gedefinieerd in termen van observeerbaar gedrag en niet in het effect ervan, nl. de mate waarin het gebit gereinigd is. Dit zou onderzocht kunnen worden door gebruikmaking van verkleuringstabletten. Niettemin achten de auteurs geen gronden aanwezig om te veronderstellen dat de zwakzinnigen, ten tijde dat het programma beëindigd werd, hun tanden minder effectief zouden reinigen dan de andere geobserveerde personen.

Summary:

Title: Teaching retardates to brush the inside surfaces of their teeth.

A programme of 15 steps was used for training four severely retarded adults to brush their teeth. The emphasis of the project was on brushing the inside surfaces of the teeth. The training programme was used in three different conditions. None of the subjects learned to brush the inside surfaces. Comparisons with other subjects indicated that the trained retardates brushed their teeth as well or even better than normal adults and also better than child-care-workers brushing the teeth of other retardates.

Literatuur:

1. Abramson, E. E., A. A. Wunderlich (1972):

Dental hygiene training for retardates: An application of behavioral techniques. *Mental Retardation* 10, 3: 6.

2. Birnbrauer, J. S., C. A. Peterson, J. K. Solnick (1974): Design and interpretation of studies of single subjects. *Am J Mental Deficiency* 79- 191.

3. Bouter, H. P., P. M. Smeets (1977): Teaching toothbrushing behavior in severely retarded adults: Systematic reduction of feedback and duration training. *Vakgroep Ontwikkelingspsychologie, rijksuniversiteit Leiden.*

4. Burgersdijk, R. C., F. W. Frankenmolen (1976): Parodontologische bevindingen bij 672 geïnstitutionaliseerde geestelijk gehandicapten. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 83: 480.

5. Cohen, M. M. (1960): Periodontal disturbances in the mentally subnormal child. *Dent Clin North Am* 7: 483.

6. Cohen, M. M., R. A. Winer, S. Schwartz, G. Shklar (1961): Oral aspects of mongolism. Part I Periodontal diseases in mongolism. *Oral Surg* 14: 92.

7. Copeland, M., L. Ford, N. Solon (1976): Occupational therapy for mentally retarded children. Baltimore: University Park Press.

8. Horner, R. D., I. Keilitz (1975): Training mentally retarded adolescents to brush their teeth. *J Applied Behavior Analysis* 8: 301.

9. Lattal, K. A. (1969): Contingency management of toothbrushing behavior in a summer camp for children. *J Applied Behavior Analysis* 2: 195.

10. Massier, H. (1976): Het effect van een

beloningssysteem bij mondhygiënetraining van orthodontische patiënten. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 83: 186.

11. Miller, S. L. (1965): Dental care for the mentally retarded: A challenge to the profession. *J Public Health Dent* 25: 111.

12. Nickol, S. D. (1973): Dentistry for the handicapped: Proposal for the use of dental hygienists. *Mental Retardation* 11: 46.

13. Schuh, E. (1963): Dental disease in mentally handicapped children: A clinical problem. *Int Dent J* 13: 523.

14. Skinner, B. F. (1938): The behavior of organisms. New York: Appleton-Century-Crofts.

15. Skinner, B. F. (1953): Science and human behavior. New York: Macmillan.

16. Smeets, P. M., R. F. Bouter, H. P. Bouter (1976): Teaching toothbrushing in severely retarded adults: A replication study. *Br J. Mental Subnormality* 22: 46, 5.

17. Swallow, J. N. (1964): Dental disease in children with Down's syndrome. *J Mental Deficiency Research* 8: 102.

18. Verheijen - Adler, M. E. (1975): De tandheelkundige preventie bij geestelijk gehandicapten. *Tandheelkundige Gezondheid, Voorlichting en Opvoeding* 16: 3, 5.

19. Watson, L. S. (1972): How to use behavior modification with mentally retarded and autistic children: Programs for administrators, teachers, parents and nurses. Libertyville (Ill.): Behavior Modification Technology.

Mei 1978.

Adres: Dr. P. M. Smeets,
Postbus 9509,
2300 RA Leiden.

ENIGE ASPECTEN VAN PATIËNTENVOORLICHTING DOOR DE TANDARTS AAN MOEDERS VAN JONGE KINDEREN

M. A. J. EIJKMAN

B. HOUWINK

C. DE WIT^{*)}

Uit de vakgroep Preventieve en sociale tandheelkunde van de Vrije Universiteit te Amsterdam.

Voorzitter: Prof. Dr. B. Houwink.

Trefwoorden: T.G.V.O. - Gedragwetenschappen - Sociale tandheelkunde

1. Inleiding

Het gezin wordt in onze samenleving veelal beschouwd als de basis van waaruit het individu wordt gevormd, waar het zich leert conformeren aan de gemeenschap en van waaruit het

een groot aantal waarden, normen, gewoonten, meningen etc. meekrijgt. Zo ook worden in gezinnen gedrag, meningen en houdingen gevormd tegenover gezondheid en ziekte en kan de familie in zekere zin ziekte en ziekteprocessen van haar leden beïnvloeden (Tuckett, 1976).

Moeders hebben in het gezin vaak een sleutelrol wanneer het gaat om

Samenvatting:

Aangezien dit artikel niet beknopt is samen te vatten, wordt op deze plaats verwezen naar het slot van de bijdrage (zie pag. 314).

Redactie

kwesties die met gezondheid te maken hebben. In hun rol als moeder bepalen zij dan ook in sterke mate hoe de kinderen zich zullen gaan gedragen op het gebied van gezondheid.

Volgens Rayner (1970) zijn tandheelkundige gewoonten van moeders in grote mate bepalend voor het latere tandheelkundige gedrag van hun kinderen. Deze auteur gaat zelfs zover dat zij stelt dat, ongeacht de sociaal-economische klasse van de moeder, men moeders voor wat betreft de

^{*)} Vakgroep Medische Statistiek Vrije Universiteit te Amsterdam.