

## ONDERZOEK

## EEN SURVEY-ONDERZOEK NAAR ATTITUDEN EN GEDRAG TEN AANZIEN VAN DE TANDHEELKUNDIGE GEZONDHEID EN DE GEZONDHEIDSZORG

## II. ATTITUDEN TEN AANZIEN VAN EN DE BELEVING VAN DE TANDHEELKUNDIGE GEZONDHEID

C. J. MAAS-DE WAAL, sociaal psycholoog  
 M. A. J. VAN GROENESTIJN, socioloog  
 P. A. MILEMAN B.D.S.  
 J. N. SWALLOW M.D.S.

*Uit de Subfaculteit Tandheelkunde  
 van de Universiteit van Amsterdam.*

*Trefwoorden:* Sociale tandheelkunde – Gedragswetenschappen – Gezondheidszorg

## Inleiding

Aan de attitude en het gedrag van de bevolking in relatie tot tandheelkundige gezondheid wordt in toenemende mate gewicht toegekend. In het advies van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid inzake toekomstige tandheelkundige voorzieningen (1977) neemt het aankweken van een positieve instelling en gedrag ten opzichte van het gebit een belangrijke plaats in. In de visie van Pilot en Sheiham (1977) is het aankweken van een positieve instelling en gedrag één van de doelstellingen van de tandheelkundige professie. Op grond van het feit dat een groot gedeelte van de bevolking niet regelmatig een tandarts bezoekt, kan echter niet zonder meer geconcludeerd worden dat een positieve instelling ten opzichte van het gebit ontbreekt. Aan de problematiek van het (ontbreken van) verband tussen attitude en gedrag wordt recentelijk veel aandacht besteed (Fishbein, 1967; Wicker, 1969, 1971; Weigel e.a., 1974; Ajzen en Fishbein, 1973; Fishbein en Ajzen, 1975). Naast het ontbreken van een positieve instelling ten opzichte van het gebit zijn andere factoren mogelijk van invloed op het gedrag, zoals een gebrek aan kennis, de kosten die aan tandheelkundige gezondheid verbonden zijn en andere situationele belemmeringen (Scarrott, 1969), aspecten die in het eerste artikel werden belicht.

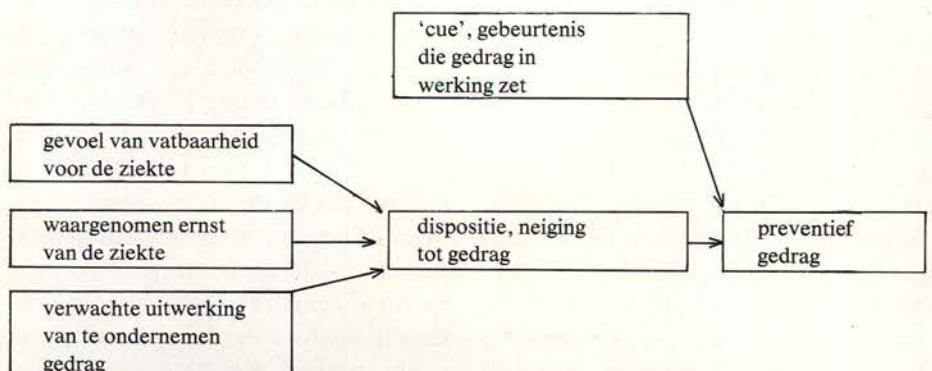
## Probleemstelling en theoretisch kader

De doelstelling van dit artikel is een

beeld te geven van de houding van de bevolking ten aanzien van tandheelkundige gezondheid. Het theoretische kader waarvan wij uitgaan, wordt gevormd door het 'health belief model', een model waarin preventief gedrag in verband gebracht wordt met de attitude van het individu (Rosenstock, 1966; Kirscht, 1974). De attitude wordt in dit model gemeten aan de hand van een drietal opvattingen over de persoonlijke (tandheelkundige) gezondheid. Deze opvattingen zijn: het gevoel voor vatbaarheid voor de 'ziekte', zoals het individu deze ervaart, de waargenomen ernst van de ziekte en de indruk dat het te ondernemen gedrag een gunstige uitwerking zal hebben. Het model veronderstelt daarnaast dat er een 'cue' tot handelen aanwezig moet zijn om het gedrag in werking te zetten.

Aan het 'health belief model' zijn een aantal tekortkomingen te onderkennen die in studies van Rosenstock (1966), McKinlay (1972) en Kirscht

Schema: 'HEALTH BELIEF MODEL'.



## Samenvatting:

Dit artikel is het tweede van twee artikelen naar opvattingen en attitude ten aanzien van tandheelkundige gezondheid en de gezondheidszorg. Het eerste artikel handelde over de ervaringen met de tandheelkundige dienstverlening. In dit tweede artikel wordt ingegaan op de beleving van de persoonlijke tandheelkundige gezondheid in relatie tot de variabelen geslacht, leeftijd, sociaal-economische status en de wijze van verzekering. Uitgegaan wordt van het 'health belief model'. Echter het al of niet ernstig ervaren van de ziekte en de gevolgen van het te ondernemen gedrag worden onderzocht in het licht van het dragen van een prothese in de toekomst. Het merendeel van de respondenten staat negatief ten aanzien van het dragen van een prothese in de toekomst en heeft de indruk dat dit én door henzelf én door de tandarts kan worden voorkomen. Een hoog percentage heeft de indruk dat men in vergelijking met anderen minder tandbederf heeft. Volgens Kegeles zou men de ziekte in het algemeen niet als ernstig ervaren; in het perspectief van het dragen van een prothese is dus deze opvatting gezien de resultaten niet juist. De tevredenheid met de tandheelkundige gezondheid lijkt vrij sterk gebaseerd te zijn op zelfdiagnose. Problemen met het tandvlees worden niet als ernstig onderkend.

Het niet regelmatig bezoeken van een tandarts houdt slechts weinig verband met het aantal klachten dat men met het gebit ervaart.

(1974) naar voren zijn gebracht. Belangrijke tekortkomingen zijn:

- aan het ontstaan van de attitude wordt geen aandacht besteed;
- de toepassing van het model is beperkt tot vrijwillig gedrag, ondernemen in afwezigheid van het ervaren

van symptomen;

– het onderzoek naar de geldigheid van het model is veelal ondernomen vanuit retrospectieve studies, waardoor niet vastgesteld kon worden of de houding aan het gedrag voorafging; dit laatste is noodzakelijk indien men een causaal verband veronderstelt tussen houding en gedrag;

– de oorzaak-gevolgrelatie kan omgekeerd zijn; niet alleen kan een bepaalde houding gedrag veroorzaken, gedrag kan ook een houding veroorzaken;

– houdingen zijn slechts een onderdeel van de sociale factoren die men in verband met gedrag kan bestuderen; – er zijn weinig gegevens over het duurzaam bestaan van de attitudes die men bestudeert.

Kegeles ondervindt deze tekortkomingen voor een deel in zijn onderzoek naar het preventief tandheelkundig gezondheidsgedrag (1961, 1963 a, 1963 b, 1974). Hij veronderstelt dat situationele barrières – sociaal-economische factoren en de afstand die men moet afleggen om een tandarts te bezoeken – en psychologische barrières – angst voor pijn, angst voor de behandeling en een negatieve houding ten opzichte van de tandarts – mede van invloed zijn op het gedrag. Uit de reeks onderzoeken wordt duidelijk dat de attitudes niet in sterke mate verband houden met preventief tandartsbezoek. De indruk van vatbaarheid voor de ziekte had weinig voorspellende waarde ten aanzien van tandartsbezoek. Dit kan worden toegeschreven aan het feit dat een ieder zich vatbaar acht voor de ziekte waardoor deze variabele niet meer differentieert tussen hen die wel en hen die niet preventief een tandarts bezoeken. Wat betreft de waargenomen ernst van de ziekte concludeert Kegeles (1974) dat tandheelkundige problemen als cariës en tandvleesziekte niet als ernstig worden ervaren.

Het inzien van een gunstig effect van handelen, blijkt in onderzoek wel enigermate verband te houden met preventief tandartsbezoek (Kegeles, 1974). Er is echter een discrepantie tussen kennis en gedrag (Kegeles,

1961; Bulman en Slack, 1968).

Waargenomen ernst van de ziekte zou echter ook onderzocht kunnen worden in het perspectief van het dragen van een prothese, dat wil zeggen hoe staat men er tegenover in de toekomst een prothese te dragen.

De indruk dat het te ondernemen gedrag een gunstige uitwerking heeft, plaatsen wij in hetzelfde kader, dat wil zeggen acht men het mogelijk te voorkomen dat men in de toekomst een prothese zal moeten dragen.

Verschillende onderzoekers hebben gewezen op de verschillen die er bestaan tussen de ervaring van de leek van tandheelkundige gezondheid en de normen die de professie voor tandheelkundige gezondheid hanteert (Freidson en Feldman, 1958; Freidson, 1960; Bulman en Slack, 1968; Barenthin, 1977).

Vogan (1970) stelt dat het zich niet bewust zijn van een behoefte aan tandheelkundige behandeling een factor is die van invloed is op de vraag naar tandheelkundige verzorging. Het is dus van belang een beeld te verkrijgen van de mate waarin men de tandheelkundige gezondheid als bevredigend of onbevredigend ervaart en na te gaan bij het ervaren van welke symptomen dit meer of minder het geval is.

#### *Vragen betreffende de attitude ten aanzien van de tandheelkundige gezondheid, het ervaren van symptomen en de regelmaat van tandartsbezoek*

In het eerste artikel werd reeds vermeld in welk kader dit onderzoek plaatsvond. De gegevens werden verkregen door middel van een survey-onderzoek onder de bevolking van de Amsterdamse Jordaan, voordat er door de Universiteit van Amsterdam een tandheelkundige kliniek werd gevestigd. De mate waarin de steekproef representatief is voor de populatie van de Jordaan en de mate waarin de samenstelling van deze populatie afwijkt van de Nederlandse bevolking werd hierin uiteengezet. Ook aan de methode van analyse werd hierin reeds aandacht besteed, zodat wij ons hier be-

perken tot het weergeven van de vragen die in het kader van dit artikel van belang zijn.

De attitude-vragen die gebaseerd zijn op het 'health belief model', de vraag naar de verwachting in de toekomst een prothese te dragen, naar de regelmaat van tandartsbezoek in het verleden en naar het aantal symptomen met het gebit werden uitsluitend gesteld aan respondenten die geen prothese dragen.

De vragen en antwoord-alternatieven waren als volgt geformuleerd:

1. 'Denkt u dat u meer of minder tandbederf heeft dan de meeste andere mensen?' De keuze-alternatieven waren: meer dan anderen, hetzelfde als anderen, minder dan anderen.

2. 'Hoe denkt u over het dragen van een kunstgebit?'

'Zou u het prettig vinden er één te dragen of vervelend?'

De keuze-alternatieven waren: prettig, neutraal: dat wil zeggen, als het moet, zou ik het niet erg vinden, vervelend.

3. 'Denkt u dat er iets aan gedaan kan worden om te voorkomen dat u in de toekomst een kunstgebit zult moeten dragen?'

De keuze-alternatieven waren: ja, nee.

4. 'Denkt u dat u op een gegeven moment in de toekomst een kunstgebit zult moeten dragen?'

De keuze-alternatieven waren: ja, nee

5. 'Bent u tevreden met de toestand waarin uw gebit verkeert?'

De keuze-alternatieven waren: zeer tevreden, tevreden, neutraal, ontevreden, zeer ontevreden. Indien men antwoordde ontevreden of zeer ontevreden te zijn, werd geïnformeerd naar de reden(en) hiervan.

6. Aan de respondent werd een kaartje overhandigd, waarop de volgende symptomen vermeld stonden: gevoeligheid bij warm en/of koud eten, gauw gaan bloeden van het tandvlees, stukjes van tanden en kiezen die afbrokkelen, het lelijk staan van tanden en kiezen ten opzichte van elkaar, het niet goed passen van partiële protheses, pijn aan tanden en/of kiezen, gezwollen tandvlees en het loszitten van tanden en/of kiezen. Gevraagd werd aan te geven van welke klachten met het gebit men hinder ondervindt.

7. 'Bent u in het verleden met regelmaat, dat wil zeggen ieder halfjaar, naar een tandarts gegaan, was het meer een serie behan-

\* De percentages in de tekst zijn afgerond.

delingen, waarna u er mee gestopt bent, ging u alleen af en toe of ging u nooit naar een tandarts?'

**Resultaten**

**1. Indruk van de mate van tandbederf**

Van de respondenten heeft 38%\*) de indruk zelf minder tandbederf te hebben in vergelijking met de meeste andere mensen; 13% denkt meer tandbederf te hebben.

De indruk van de mate van tandbederf verschilt niet tussen mannen en vrouwen noch tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden (tabel I). Er is een zwak verband met de sociaal-economische status: met name van de middengroep heeft een wat hoger percentage (17%) de indruk meer tandbederf te hebben.

**2. Gevoelens ten aanzien van het dragen een prothese**

Van de respondenten denkt 73% het vervelend te zullen vinden een prothese te dragen; 17% staat er neutraal tegenover en slechts 4% denkt het prettig te vinden een

Tabel III. De mogelijkheid te voorkomen dat men in de toekomst een prothese zal dragen uitgesplitst naar mannen en vrouwen en naar leeftijd.

PREVENTIE	15-34 jaar				35 jaar en ouder				Totaal	
	MAN		VROUW		MAN		VROUW		N	%
	N	%	N	%	N	%	N	%		
Ja	101	84,9	128	82,6	29	59,2	35	53,8	293	75,5
Nee	11	9,2	21	13,5	16	32,7	21	32,3	69	17,8
Weet het niet	7	5,9	6	3,9	4	8,2	9	13,8	29	6,7
Totaal	119	100	155	100	49	100	65	100	388	100

*Getoetst over de gehele tabel:*

Vershil tussen de leeftijdsgroepen:  $\chi^2$  32,89; df=2; p < 0,01; Cramer's V: 0,29.

Vershil tussen mannen en vrouwen, 15-34 jaar:  $\chi^2$  1,68; df=2; n.s.

Vershil tussen mannen en vrouwen, 35 jaar en ouder:  $\chi^2$  0,93; df=2; n.s.

*Getoetst exclusief de groep die 'weet het niet' antwoordt:*

Vershil tussen de leeftijdsgroepen:  $\chi^2$  met correctie van Yates 26,48; df=1; p < 0,01; PHI: 0,28.

Vershil tussen mannen en vrouwen, 15-34 jaar:  $\chi^2$  met correctie van Yates 0,72; df=1; n.s.

Vershil tussen mannen en vrouwen, 35 jaar en ouder:  $\chi^2$  met correctie van Yates 0,00; df=1; n.s.

prothese te dragen.

Mensen met een hogere sociaal-economische status en ook jongeren denken meer het vervelend te vinden dan mensen met een lagere sociaal-economische status en ouderen (tabel II); de interactie-effecten\*) met de sociaal-economische status geven aan dat mannen met een lage sociaal-economische status het dragen van een prothe-

se niet vervelend denken te vinden. Dit is ook het geval bij particulier verzekerden met een relatief lage sociaal-economische status.

**3. De mogelijkheid te voorkomen dat men in de toekomst een prothese zal dragen**

Het grootste gedeelte van de respondenten heeft de indruk dat er iets aan gedaan kan worden om te voorkomen dat men in de toekomst een prothese zal moeten dragen. Deze indruk varieert zowel met de leeftijd als met de sociaal-economische status (tabellen III en IV).

In de leeftijdsgroep 15-34-jarigen heeft nog 85% van de mannen en 83% van de vrouwen de indruk dat voor hen persoonlijk dit mogelijk is; in de leeftijdsgroep 35 jaar en ouder zijn deze percentages gedaald tot respectievelijk 60% en 54%. Enerzijds kan dit veroorzaakt zijn doordat men in de omgeving steeds meer geconfronteerd wordt met leeftijdgenoten die een prothese dragen; anderzijds blijkt – gezien de redenen die men geeft waarom men het onmogelijk acht te voorkomen dat men een prothese zal moeten dragen – dat zelfdiagnose van de toestand waarin het gebit verkeert een belangrijke grond is waarop men dit concludeert (tabel V). In veel mindere mate acht men preventie niet mogelijk omdat men denkt dat achteruitgang van het gebit een natuurlijke zaak is. Indien men mogelijkheden ziet voor preventie, zijn dit naast maatregelen die door de tandarts dienen te worden uitgevoerd, ook maatregelen die men zelf kan treffen (tabel VI). De verantwoordelijkheid voor het behoud van het gebit wordt gedeeltelijk bij de tandarts en gedeeltelijk bij de persoon zelf gelegd.

**4. Verwachting in de toekomst een prothese te dragen**

Van de respondenten verwacht 60% in de

Tabel I. Multipelle regressie vergelijking 1: regressie van de afhankelijke variabelen: de indruk van de mate van tandbederf op de variabelen: man/vrouw, leeftijd, sociaal-economische status (SES), wijze van verzekering (ZF/Particulier) en de interacties (n=329).

Effecten	$\beta$	F-waarde	p	Multipele R	Pearson r
<i>Hoofdeffecten:</i>					
Man/Vrouw	0,02	0,15	n.s.	0,03	
Leeftijd	0,10	3,15	< 0,10	0,08	0,08
ZF/Particulier	-0,01	0,01	n.s.	0,10	
SES	0,11	2,95	< 0,10	0,14	0,10
<i>Interacties:</i>					
Niet significant					

Tabel II. Multipelle regressie vergelijking 2: regressie van de afhankelijke variabelen: gevoelens ten aanzien van het dragen van een prothese op de variabelen man/vrouw, leeftijd, sociaal-economische status (SES), wijze van verzekering (ZF/Particulier) en de interacties (n=355).

Effecten	$\beta$	F-waarde	p	Multipele R	Pearson r
<i>Hoofdeffecten:</i>					
Man/Vrouw	-0,12	5,47	< 0,05	0,12	
Leeftijd	-0,13	6,26	< 0,01	0,22	-0,18
ZF/Particulier	0,18	9,08	< 0,01	0,22	
SES	0,36	35,28	< 0,01	0,37	0,28
<i>Interactie effecten:</i>					
Man/Vrouw $\times$ SES	0,48	7,07	< 0,01	0,39	0,14
ZF/Particulier $\times$ SES	-0,25	5,06	< 0,05		-0,12

\*) Na controle voor de sociaal-demografische factoren.

\*) De betekenis en de richting van de interactie-effecten werd gecontroleerd aan de hand van elaboratie-tabellen; deze zijn hier niet opgenomen.

1)  $\chi^2$  met correctie van Yates: 3,75; df=1; p < 0,05; PHI 0,12; n=288. (Zie pag. 288.)

Tabel IV. De mogelijkheid te voorkomen dat men in de toekomst een prothese zal dragen uitgesplitst naar mannen en vrouwen en naar sociaal-economische status.

PREVENTIE	SES LAAG				SES MIDDEN				SES HOOG				TOTAAL	
	MAN		VROUW		MAN		VROUW		MAN		VROUW		N	%
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
Ja	13	50	16	55,2	64	76,2	94	71,2	50	92,6	51	89,5	288	75,4
Nee	10	38,5	6	20,7	3	15,5	30	22,7	3	5,6	6	10,5	68	17,8
Weet het niet	3	11,5	7	24,1	7	8,3	8	6,1	1	1,9	0	0	26	6,8
Totaal	26	100	29	100	84	100	132	100	54	100	57	100	382	100

Getoetst over de gehele tabel

Verskil naar SES:  $\chi^2$  33,96; df=4; p < 0,01; contingentie coëfficiënt 0,29.

Verskil tussen mannen en vrouwen:

Laag SES  $\chi^2$  2,75; df=2; n.s.

Midden SES  $\chi^2$  1,91; df=2; n.s.

Hoog SES  $\chi^2$  1,93; df=2; n.s.

Getoetst exclusief de groep die 'weet het niet' antwoordt

Verskil naar SES:  $\chi^2$  17,06; df=2; p < 0,01; Cramer's V 0,22.

Verskil tussen mannen en vrouwen:

SES laag  $\chi^2$  met correctie van Yates 0,68; df=1; n.s.

SES midden  $\chi^2$  met correctie van Yates 1,11; df=1; n.s.

SES hoog  $\chi^2$  met correctie van Yates 0,34; df=1; n.s.

toekomst een prothese te dragen (tabel VII). In de leeftijdsgroep van 35 jaar en ouder verwacht men dit meer dan op jongere leeftijd. Hoewel het verschil tussen mannen en vrouwen binnen de onderscheiden leeftijdsgroepen niet significant is, lijkt het verschil tussen de leeftijdsgroepen groter bij vrouwen dan bij mannen. Mensen met een hogere sociaal-economische status verwachten minder een prothese te dragen dan de middengroep en mensen met een lagere sociaal-economische status (tabel VIII) en ziekenfondsverzekerden verwachten meer een prothese te dragen dan particulier verzekerden<sup>1)</sup>.

5. De beleving van de tandheelkundige gezondheid

Van de respondenten is 59% tevreden of zeer tevreden met de tandheelkundige gezondheid; 37% is ontevreden of zeer ontevreden. Bij ziekenfondsverzekerden is dit percentage hoger (39%) dan bij particulier verzekerden (30%) (tabel IX). Mannen, mensen met een lagere sociaal-economische status en jongeren zijn wat meer ontevreden met de toestand waarin het gebit verkeert dan vrouwen, mensen met een hogere sociaal-economische status en ouderen (tabel X).

De meest genoemde redenen van ontevredenheid zijn: teveel 'gaatjes' te hebben (22%), behandeling nodig te hebben (16%), teveel vullingen te hebben (13%), tand- of kiespijn (7%) en het lelijk staan van tanden en kiezen ten opzichte van elkaar (7%).

6a. Het ervaren van symptomen met het gebit

Gemiddeld ervaart men 2,15 van de 8 op het kaartje gepresenteerde symptomen. Jongeren en mensen met een hogere sociaal-economische status ervaren minder van de symptomen dan ouderen en mensen met een lagere sociaal-economische status (tabel XI). Opvallend is het volgende resultaat: jongeren ervaren minder van deze symptomen, doch zijn meer ontevreden met hun gebit dan ouderen. Het meest voorkomende symptoom is ge-

Tabel V. Redenen genoemd waarom men het onmogelijk acht te voorkomen dat men in de toekomst een prothese zal dragen.

REDENEN	N	%
<i>verwijzend naar de eigen conditie:</i>		
tandheelkundige gezondheid te slecht	34	53,1
men heeft reeds te veel vullingen	1	1,6
de tanden zitten los	2	3,1
door verschillende ziekten noodzakelijk	1	1,6
door slechte behandeling	2	3,1
totaal	40	62,5
<i>opvattingen over tandheelkundige gezondheid:</i>		
eens moet men toch een prothese dragen	10	15,6
het is een natuurlijke zaak	5	7,8
als je ouder wordt verlies je tanden en kiezen	3	4,7
tandenpoetsen heeft niet altijd effect	3	4,7
je kunt tandbederf niet stoppen	2	3,1
technisch nog niet mogelijk een prothese te voorkomen	1	1,7
totaal	24	37,5
TOTAAL	64	100

voeligheid bij warm en/of koud eten (21%), gevolgd door het gauw gaan bloeden van het tandvlees (18%), stukjes van tanden en kiezen die afbrokkelen (15%), het lelijk staan van tanden en kiezen (12%), het niet goed passen van partiële protheses (10%), pijn aan tanden en/of kiezen (9%), gezwollen tandvlees (9%) en het loszitten van tanden en/of kiezen (6%). Slechts 9 respondenten ervaren geen van deze symptomen.

6b. Het ervaren van symptomen en de beleving van de tandheelkundige gezondheid

Naarmate men aangeeft meer van boven-

<sup>2)</sup> Kendall Tau met correctie voor 'ties' 0,29; p < 0,01; n = 349.

<sup>3)</sup>  $\chi^2$  46,02; df = 4; p < 0,01; Cramer's V: 0,36; n = 349.

<sup>4)</sup>  $\chi^2$  26,67; df = 4; p < 0,01; Cramer's V: 0,27; n = 349.

Tabel VI. Maatregelen om te voorkomen dat men in de toekomst een prothese zal dragen.

MAATREGELEN	N	%
<i>door tandarts:</i>		
regelmatig tandartsbezoek	154	35,6
kronen, jackets, inlays	49	11,3
informatie over mondhygiëne	11	2,5
'goede' behandeling	8	1,8
particulier tandarts	3	
plaatje	1	
toekomstig materiaal	1	
totaal	227	52,4
<i>door patiënt zelf:</i>		
goed tanden poetsen	144	33,2
goede voeding, geen zoetheid	57	13,2
gefluorideerde tandpasta gebruiken	2	
totaal	203	46,4
<i>andere factoren buiten 'verantwoordelijkheid':</i>		
erfelijikheid	1	
psychische factoren	1	
totaal	1	1
TOTAAL	432	100

Niet gevraagd / geen antwoord : 2.

Weet het niet : 1.

genoemde symptomen te ervaren, is men meer ontevreden met de toestand waarin het gebit verkeert<sup>2)</sup>. Het verband is zwak omdat dit bij jongeren niet opgaat.

Bezien wij de relatie per symptoom dan blijkt dat ontevredenheid met de toestand waarin het gebit verkeert verband houdt met het ervaren van de symptomen: 'stukjes van tanden en/of kiezen die afbrokkelen'<sup>3)</sup>, 'pijn aan tanden en kiezen'<sup>4)</sup>, en 'het lelijk staan van tanden en kiezen'<sup>5)</sup>, in mindere mate met de symptomen 'overgevoe-

<sup>5)</sup>  $\chi^2$  15,27; df = 4; p < 0,01; Cramer's V: 0,21; n = 349.

<sup>6)</sup>  $\chi^2$  10,16; df = 4; p < 0,05; Cramer's V: 0,17; n = 349.

<sup>7)</sup>  $\chi^2$  10,00; df = 4; p < 0,05; Cramer's V: 0,18; n = 349.

ligheid bij warm en koud eten<sup>6)</sup> en 'het loszitten van tanden en kiezen'<sup>7)</sup>. Er is geen verband met de symptomen: 'het gauw gaan bloeden van het tandvlees en gezwollen tandvlees'<sup>8)</sup>. (Deze worden ook niet genoemd als reden van ontevredenheid.) Overeenkomstig de resultaten van Vogan (1970), blijkt ook uit onze gegevens dat problemen met het tandvlees nog niet door de bevolking als ernstig worden onderkend.

#### 7a. Regelmaat van tandartsbezoek

Van de respondenten zonder een volledige prothese of prothese van het bovengebit zegt 60% regelmatig een tandarts te bezoeken. Regelmaat van tandartsbezoek varieert met de leeftijd en met de sociaal-economische status: jongeren en mensen met een hogere sociaal-economische status gaan meer regelmatig naar de tandarts dan ouderen en mensen met een lagere sociaal-economische status (tabellen XII, XIII).

Tabel VIII. De verwachting een prothese te dragen uitgesplitst naar mannen en vrouwen en sociaal-economische status.

VERWACHTING EEN PROTHESE TE DRAGEN	SES LAAG				SES MIDDEN				SES HOOG				TOTAAL	
	MAN		VROUW		MAN		VROUW		MAN		VROUW		N	%
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
Ja	21	77,8	17	56,7	49	59	94	71,2	26	49,1	23	40,4	230	60,2
Nee	4	14,8	8	26,7	18	21,7	19	14,4	19	35,8	23	40,4	91	23,8
Weet het niet	2	7,4	5	16,7	16	19,3	19	14,4	8	15,1	11	19,3	61	16,0
Totaal	27	100	30	100	83	100	132	100	53	100	57	100	382	110

#### Getoetst over de gehele tabel:

Vershil naar SES:  $\chi^2 20,56$ ;  $df = 4$ ;  $p < 0,01$ ; contingenciecoëfficiënt 0,23.

Vershil tussen mannen en vrouwen:

SES laag  $\chi^2 2,89$ ;  $df = 2$ ; n.s.

SES midden  $\chi^2 3,46$ ;  $df = 2$ ; n.s.

SES hoog  $\chi^2 0,89$ ;  $df = 2$ ; n.s.

#### Getoetst exclusief de groep die 'weet het niet' antwoordt:

Vershil naar SES:  $\chi^2 20,05$ ;  $df = 2$ ;  $p < 0,01$ ; Cramer's V 0,25.

Vershil tussen mannen en vrouwen:

SES laag  $\chi^2$  met correctie van Yates 0,99;  $df = 1$ ; n.s.

SES midden  $\chi^2$  met correctie van Yates 2,02;  $df = 1$ ; n.s.

SES hoog  $\chi^2$  met correctie van Yates 0,28;  $df = 1$ ; n.s.

Tabel IX. Tevredenheid met de tandheelkundige gezondheid naar wijze van verzekering.

TEVREDENHEID	ZIEKENFONDS		PARTICULIER		TOTAAL	
	N	%	N	%	N	%
Zeer tevreden	19	4,9	16	13,9	36	7,1
Tevreden	200	52,1	61	53	265	52,1
Neutraal	15	3,9	4	3,5	19	3,7
Ontevreden	144	37,5	29	25,2	177	34,8
Zeer ontevreden	6	1,6	5	4,3	12	2,4
Totaal	384**)	100	115**)	100	509*)	100

\*) Niet gevraagd / geen antwoord : 2; weet het niet : 2.

\*\*\*) Van 10 mensen is de wijze van verzekering niet bekend. Getoetst over de gehele tabel:  $\chi^2 17,16$ ;  $df = 4$ ;  $p < 0,01$ ; Cramer's V : 0,19

8) De klachten met de partiële prothese waren zo weinig voorkomend dat toetsen hier geen zin heeft.

9) Kendall Tau met correctie voor 'ties' -0,09;  $p < 0,01$ ;  $n = 350$ .

10)  $\chi^2 20,48$ ;  $df = 3$ ;  $p < 0,01$ ;  $n = 350$ .

11)  $\chi^2 14,45$ ;  $df = 3$ ;  $p < 0,01$ ;  $n = 350$ .

Tabel VII. De verwachting een prothese te dragen uitgesplitst naar mannen en vrouwen en naar de leeftijd.

VERWACHTING EEN PROTHESE TE DRAGEN	15-34 jaar				35 jaar en ouder				Totaal	
	MAN		VROUW		MAN		VROUW		N	%
	N	%	N	%	N	%	N	%		
Ja	66	56,9	82	52,9	33	66,0	52	78,8	233	60,2
Nee	30	25,9	44	28,4	11	22,0	7	10,6	92	23,8
Weet het niet	20	17,2	29	18,7	6	12,0	7	10,6	62	16,0
Totaal	116	100	155	100	50	100	66	100	387	100

#### Getoetst over de gehele tabel:

Vershil tussen de leeftijdsgroepen:  $\chi^2 11,84$ ;  $df = 2$ ;  $p < 0,01$ ; Cramer's V: 0,17.

Vershil tussen mannen en vrouwen, 15-34 jaar:  $\chi^2 0,43$ ;  $df = 2$ ; n.s.

Vershil tussen mannen en vrouwen, 35 jaar en ouder:  $\chi^2 3,06$ ;  $df = 2$ ; n.s.

#### Getoetst exclusief de groep die 'weet het niet' antwoordt:

Vershil tussen de leeftijdsgroepen:  $\chi^2$  met correctie van Yates 7,95;  $df = 1$ ;  $p < 0,01$ ; PHI: 0,16.

Vershil tussen mannen en vrouwen, 15-34 jaar:  $\chi^2$  met correctie van Yates 2,17;  $df = 1$ ; n.s.

Vershil tussen mannen en vrouwen, 35 jaar en ouder:  $\chi^2$  met correctie van Yates 0,19;  $df = 1$ ; n.s.

De verschillen tussen mannen en vrouwen binnen de onderscheiden groepen zijn niet significant. Er is echter een significante interactie met de leeftijd: binnen de leeftijdsgroep 15-34-jarigen zeggen vrouwen meer regelmatig een tandarts te bezoeken dan mannen. Het verschil tussen mannen en vrouwen binnen de leeftijdsgroep 35 jaar en ouder is niet significant, doch dit wordt wellicht verklaard door het geringe aantal in deze groep.

#### 7b. Het ervaren van symptomen en de regelmaat van tandartsbezoek

Regelmaat van tandartsbezoek houdt slechts weinig verband met het aantal symptomen dat men met het gebit ervaart<sup>9)</sup>. Slechts twee<sup>8)</sup> van de symptomen komen meer voor bij mensen die niet regelmatig een tandarts bezoeken n.l.: 'stukjes van tanden en kiezen die afbrokkelen'<sup>10)</sup>; 'het loszitten van tanden en kiezen'<sup>11)</sup>. Regelmaat van tandartsbezoek houdt niet verband met het ervaren van pijn aan tanden en kiezen, het gauw gaan bloeden van

het tandvlees en overgevoeligheid bij warm en koud eten.

### Discussie

Opvallend is dat een zo groot aantal respondenten denkt minder tandbederf te hebben dan de meeste andere mensen.

Scarrott (1969) vindt vergelijkbare resultaten en interpreteert deze als zelfbedrog. De indruk in vergelijking met anderen weinig tandbederf te hebben zou een rationalisatie kunnen zijn voor het feit dat men niet regelmatig een tandarts bezoekt.

Een andere verklaring is echter dat deze indruk gevormd wordt op grond van 'zelfdiagnose'. Dat wil zeggen dat het ervaren van relatief weinig 'echte' klachten, tot de conclusie leidt dat men kennelijk minder tandbederf heeft dan de meeste andere mensen.

Tabel X. Multiële regressie vergelijking 3: regressie van de afhankelijke variabelen: *tevredenheid met de tandheelkundige gezondheid* op de variabelen: man/vrouw, leeftijd, sociaal-economische status (SES), wijze van verzekering (ZF/Particulier) en de interacties (n = 500).

Effecten	$\beta$	F-waarde	p	Multiële R	Pearson r
<i>Hoofdeffecten:</i>					
Man/Vrouw	0,09	3,81	< 0,05	0,08	
SES	- 0,11	3,83	< 0,05	0,12	- 0,09
Leeftijd	- 0,13	7,87	< 0,01	0,18	- 0,08
ZF/Particulier	0,06	1,15	n.s.	0,19	
<i>Interacties:</i>					
Niet significant					

Tabel XI. Multiële regressie vergelijking: regressie van de afhankelijke variabelen: *aantal klachten met het gebit* op de variabelen: man/vrouw, leeftijd, wijze van verzekering (ZF/Particulier), sociaal-economische status (SES) en de interacties (n = 346).

Effecten	$\beta$	F-waarde	p	Multiple R	Pearson r
<i>Hoofdeffecten:</i>					
Man/Vrouw	- 0,07	1,68	n.s.	0,07	
Leeftijd	- 0,10	3,79	< 0,05	0,10	- 0,08
ZF/Particulier	- 0,10	2,65	< 0,10	0,20	
SES	- 0,21	11,19	< 0,01	0,21	- 0,15
<i>Interacties:</i>					
Niet significant					

Tabel XII. Tandartsbezoek in het verleden uitgesplitst naar mannen en vrouwen en naar de sociaal-economische status.

TANDARTSBEZOEK	SES LAAG		SES MIDDEN				SES HOOG				TOTAAL			
	MAN N	VRUW %	MAN N	VRUW %	MAN N	VRUW %	MAN N	VRUW %	MAN N	VRUW %	N	%		
Nooit of meer dan 10 jaar geleden	5	22,7	9	11,5	1	1,9	3	12	5	4,3	1	1,8	24	6,9
Nu en dan	12	54,5	31	39,7	11	20,8	11	44	34	29,6	3	5,4	102	29,2
In afgesloten series	0	0	1	1,3	5	9,4	2	8	2	1,7	3	5,4	13	3,7
Regelmatig	5	22,7	37	47,4	36	67,9	9	36	74	64,3	49	87,5	210	60,2
Totaal	22	100	78	101	53	100	25	100	115	100	56	100	349	100

*Getoetst exclusief de groep die een prothese draagt:*

Verskil naar sociaal economische status:  $\chi^2$  48,15; df = 6; p < 0,01; Cramer's V: 0,26.

Verskil tussen mannen en vrouwen:

SES laag  $\chi^2$  3,51; df = 3; n.s.

SES midden  $\chi^2$  7,12; df = 3; n.s.

SES hoog  $\chi^2$  6,98; df = 3; n.s.

Tabel XIII. Tandartsbezoek in het verleden uitgesplitst naar mannen en vrouwen en naar de leeftijd.

TANDARTS- BEZOEK	15 - 34 jaar				35 jaar en ouder				Totaal	
	MAN N	VRUW %	MAN N	VRUW %	MAN N	VRUW %	MAN N	VRUW %	N	%
Nooit of meer dan 10 jaar geleden	7	6	4	2,7	8	20,5	5	10,4	24	6,8
Nu en dan	38	32,8	31	20,7	16	41,0	18	37,5	102	29,2
In afgesloten series	5	4,3	6	4	1	2,6	1	2,1	13	3,7
Regelmatig	66	56,9	109	72,7	14	35,9	24	50	213	60,3
Totaal	116	100	150	100	39	100	48	100	353	100

*Getoetst exclusief de groep die een prothese draagt:*

Verskil naar leeftijd  $\chi^2$  21,05 df = 3; p < 0,01; Cramer's V: 0,24.

Verskil tussen mannen en vrouwen, 15 - 34 jaar:  $\chi^2$  7,97; df = 3; p < 0,05; Cramer's V: 0,17

Verskil tussen mannen en vrouwen, 35 jaar en ouder:  $\chi^2$  2,54; df = 3; n.s.

Het verband dat gevonden werd tussen de variabelen sociaal-economische status en gevoelens ten aanzien van het dragen van een prothese (het al of niet vervelend vinden een prothese te moeten dragen in de toekomst) lijkt het stereotype beeld van mensen met een lagere sociaal-economische status te bevestigen. Dit beeld is dat deze groep niet veel waarde hecht aan het behoud van een gezond gebit en een prothese als een gemakkelijke oplossing ziet. Dit is echter slechts zeer ten dele juist: ook van de mensen met een lagere sociaal-economische status denkt het merendeel het vervelend te

vinden een prothese te moeten dragen. Geplaatst in het perspectief van het dragen van een prothese blijkt men de gevolgen van de ziekte wél als ernstig te ervaren. Dit relativiseert ons inziens de conclusie die Kegeles (1974) trekt: omdat tandheelkundige problemen niet als ernstig worden waargenomen, houdt deze factor niet verband met regelmaat van tandartsbezoek. Het is echter aannemelijk te veronderstellen dat mensen zullen verschillen in de mate waarin dit 'toekomstig uitzicht' een rol speelt in het huidige gedrag. Het tijdspectief speelt hierbij een rol.

Kegeles concludeerde dat tandheelkundige problemen niet als ernstig worden waargenomen in de betekenis van klinisch ernstig noch als ernstig in de mate waarin zij ingrijpen in de dagelijkse activiteiten van het individu. Uit de resultaten blijkt dat het ervaren van klachten met het gebit weinig verband houdt met de regelmaat van het tandartsbezoek. Gesteld kan worden dat onregelmatig tandartsbezoek op korte termijn weinig sancties heeft en dat de positieve effecten van tandartsbezoek pas op langere termijn door het individu worden ervaren.

In zijn theorie rond het begrip 'delay of gratification', veronderstelt Mischel (1974) dat een aantal factoren van invloed zijn op het plaatsvinden van gedrag waarvan de positieve effecten pas op langere termijn optreden.

'Delay of gratification' of uitstel van beloning wordt gedefinieerd als 'the ability to postpone immediate gratification for the sake of future consequences, to impose delay of reward on oneself and to tolerate such selfinitiated frustration'.

Mischel (1974) veronderstelt dat gedrag waarvan de effecten pas op langere termijn optreden, zal plaatsvinden indien de persoon verwacht dat het gedrag een gunstige uitwerking heeft en indien de persoon een hoge waarde hecht aan de uitkomsten; deze variabelen vertonen gelijkenis met het 'health belief model'.

Daarnaast worden een tweetal andere variabelen van belang geacht. In de eerste plaats leerervaringen gevormd

door de aanwezigheid van 'sociale modellen' (bijvoorbeeld vrienden, ouders, de onderwijzer); in de tweede plaats de indruk van de persoon of hij aan dit gedrag zal kunnen voldoen. Ook Janis (1975) wijst op het feit dat indien doeleinden vrij 'ver' verwijderd zijn, de 'incentives' (of de motivatie) van de persoon voor het gedrag minder sterk zal zijn. Hij stelt dat in onderzoek is aangetoond dat 'powerful new incentives to adhere to behavioral norms can be introduced through direct interaction with a highly valued person'. De motivatie is in dat geval gebaseerd op 'anticipated approval from a significant other'. De rol van deze factoren in relatie tot regelmatig tandartsbezoek zou nader onderzoek verdienen.

De mogelijkheid te voorkomen dat men in de toekomst een prothese zal moeten dragen daalde sterk met het oplopen van de leeftijd. Enerzijds kan dit veroorzaakt zijn doordat men in de omgeving steeds meer geconfronteerd wordt met leeftijdgenoten die een prothese dragen; anderzijds is mogelijk zelfdiagnose van de toestand waarin het gebit verkeert een belangrijke grond waarop men dit baseert.

Naast het feit dat meer dan 80% van de respondenten het mogelijk achtte te voorkomen dat men in de toekomst een prothese zou moeten dragen, verwachtte echter eveneens een hoog percentage ( $\pm 60\%$ ) dat men in de toekomst een prothese zou dragen. Dit geeft mogelijk aan dat men beseft dat men maatregelen die men noemt om te voorkomen dat men een prothese zal moeten dragen niet zal opvolgen of niet zal kunnen opvolgen.

#### Summary:

Title: A survey into attitudes and behaviour regarding dental health and dental health care. Attitudes and experience concerning dental health.

This article, the second of two, is concerned with attitudes and opinions towards dental health. The first article deals with experiences related to dental services. In this article the correlation between sex, age, socio-economic status, insurance coverage and the way in which one experiences dental health have been discussed.

The theoretical framework for this attitude-study was the 'health belief model'. However the variables seriousness of the disease and the perceived benefits of taking action were studied in the perspective of wearing dentures in the future. The majority of the respondents viewed the wearing of dentures negatively. They were under the impression that preventive treatment by both the dentist and themselves was possible. It is noteworthy that a high percentage of those studied were of the opinion that they had less tooth decay than most people.

According to Kegeles dental disease is not experienced as serious; in the perspective of wearing dentures, these results indicate to the contrary. Dental health care evaluations in general seem to be based primarily on self-diagnosis. Problems with gums are not viewed as being serious. We found that irregular visits to the dentist were only little related to the number of complaints.

#### Literatuur:

1. Ajzen, I., Fishbein, M. (1973): Attitudinal and normative variables as predictors of specific behaviors. *J Personality Soc Psychol* 27: 41.
2. Barenthin, I. (1977): Dental health status and dental satisfaction. *Int J Epidem* 6: 73.
3. Bulman, J. S., Richards, N. D., Slack, G. L., Willcocks, A. J. (1968): Demand and need for dental care. Oxford University Press, London.
4. Centrale Raad voor de Volksgezondheid. (1977): Advies inzake de gewenste toekomstige tandheelkundige voorzieningen in Nederland.

5. Fishbein, M. (1967): Attitude and the prediction of behavior. In: Fishbein, M. (Ed.), Readings in attitude theory and measurement Wiley, New York. P. 477.
6. Fishbein, M., Ajzen, I. (1975): Belief, attitude, intention and behavior: An introduction to theory and research. Addison-Wesley, Reading, Massachusetts.
7. Feidson, E. (1960): Client control and medical practice. Am J Sociol 65: 374.
8. Feidson, E., Feldman, J. J. (1958): The public looks at dental care. J. Am Dent Assoc 57: 325.
9. Janis, I. L. (1975): Effectiveness of social support for stressful decisions. In: Deutsch, M. en Hornstein, H. A. (Ed's) applying social psychology. Implications for Research, Practice and Training. Lawrence Erlbaum Ass., Hillsdale, New Jersey.
10. Kegeles, S.S. (1961): Why people seek dental care: a review of present knowledge. Am J Publ Hlth 51: 1306.
11. Kegeles, S. S. (1963): Some motives for seeking preventive care. J Am Dent Assoc 67: 90.
12. Kegeles, S. S. (1963): Why people seek dental care: A test of a conceptual formulation. J Hlth Hum Behav 4: 166.
13. Kegeles, S. S. (1974): Why and how people use dental services. Int Dent J 24: 347.
14. Kirscht, J. P. (1974): Research related to the modification of health beliefs. Hlth Educ Monogr 2: 455.
15. McKinlay, J. B. (1972): Some approaches and problems in the study of the use of services. An overview. J Hlth Soc Behav 13: 115.
16. Mischel, W. (1974): Processes in delay of gratification. In: L. Berkowitz (Ed.) Advances in experimental social psychology. Academic Press, New York.
17. Pilot, T., Sheiham, A. (1977) Beoordeling van het resultaat van tandheelkundige verzorging in Nederland. Ned Tijdschr Tandheelkd 84: 224.
18. Rosenstock, I. M. (1966): Why people use health services. Milbank Memor Quart 44: 94.
19. Scarrott, D. M. (1969): Attitudes to dentists. Br Dent J 16: 583.
20. Vogan, W. I. (1970): Dental knowledge and attitudes, an investigation. Br Dent J 9: 481.
21. Weigel, R. H., Vernon, D. T. A., Tognacci, L. N. (1974): The specificity of the attitude as a determinant of attitude-behavior congruence. J Personality Soc Psychol 30: 724.
22. Wicker, A. W. (1969): Attitudes versus Actions: The relationship of verbal and overt behavioral responses to attitude objects. J Soc Issues 25: 41.
23. Wicker, A. W. (1971): An examination of the 'other variables' explanation of attitude-behavior inconsistency. J Personality Soc Psychol 19: 18.

Maart 1979.

Adres: Mevr. Drs. C. J. Maas-de Waal,  
C. Krusemanstraat 36<sup>III</sup>,  
1075 NN Amsterdam.

## BEOORDELINGSVERSCHILLEN TUSSEN OUDERS, TANDARTSEN-ALGEMEEN-PRACTICI EN ORTHODONTISTEN BETREFFENDE DE BEHANDELINGSNOODZAAK VAN ORTHODONTISCHE AFWIJKINGEN BIJ KINDEREN

B. PRAHL-ANDERSEN  
H. BOERSMA

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

Trefwoorden: Orthodontie – Gedragwetenschappen

### Inleiding

Bij de indicatiestelling voor behandeling van orthodontische afwijkingen spreekt een groot aantal factoren mee. Ofschoon het niet de bedoeling is deze factoren hier uitputtend te behandelen, worden er toch enkele genoemd. Zo zal de gebitskwaliteit altijd een voorname rol bij de beoordeling spelen. Voorts kan in dit verband het al dan niet aanwezig zijn van functionele stoornissen bij kauwen en spreken worden vermeld. Tenslotte is ook de fase waarin de gebitsontwikkeling verkeert van belang, omdat deze een rol speelt bij de beoordeling of er nog spontane verbeteringen kunnen worden verwacht, of dat dit niet het geval zal zijn. Naast deze tandheelkundige aspecten speelt ook een ander een uiterst belangrijke rol. Bedoeld wordt

hier de esthetiek en met name in hoeverre deze gestoord is of althans als zodanig wordt ervaren.

Het zal duidelijk zijn dat het totaal van deze en ook van de hier niet genoemde factoren, de tandarts voor een probleem kan stellen bij het beoordelen van de noodzaak van de behandeling van een orthodontische afwijking. Daarbij komt dat ook de betrokken 'leek' bepaalde ideeën heeft over deze materie, ideeën die voor een groot deel zullen samenhangen met de beleving van de esthetische aspecten van de orthodontische situatie.

Met de opvattingen van de patiënt en zijn omgeving dient rekening gehouden te worden, mede omdat zijn mening de mate van medewerking bij een eventuele orthodontische therapie belangrijk kan beïnvloeden. Ofschoon het bij de beoordeling door de tandarts

### Samenvatting:

Er kan verschil in opvatting worden verwacht tussen leken en tandartsen over de noodzaak van orthodontische behandelingen.

Blijkens dit onderzoek bestaat dat verschil inderdaad.

Ouders vonden het bij bepaalde orthodontische situaties minder vaak nodig om orthodontisch te behandelen dan tandartsen-algemeen-practici en orthodontisten.

uiteeraard gunstig zou zijn, wanneer 'publiek' en professie in deze zaken dezelfde mening zouden hebben, staat deze eenstemmigheid geenszins vast. Voorts blijkt, dat ook de professie zelf in een aantal gevallen geen eenduidig oordeel heeft over de noodzaak van een orthodontische behandeling (Prahl en Boersma, 1973).

Teneinde in deze meer duidelijkheid te verkrijgen, is een aantal ouders, tandartsen-algemeen-practici en orthodontisten ondervraagd op het gebied van de noodzaak van orthodontisch behandelen.

### Materiaal en methode

In het kader van het Nijmeegse Groeionderzoek<sup>\*)</sup> (Prahl-Andersen en Van der

<sup>\*)</sup> Het onderzoek werd mogelijk gemaakt door een subsidie van het Praeventiefonds.