

## EEN ONDERZOEK NAAR MONDGEZONDHEID

## DEEL V. SOCIALE WENSELIJKHEID EN DE BEANTWOORDING VAN ENQUÊTEVRAGEN IN EEN TANDDHEELKUNDIG ONDERZOEK ONDER 15-JARIGE KINDEREN

A. PH. VISSER  
H. WIEGMAN\*)  
M. A. J. EIJKMAN

*Uit de vakgroep Sociale Psychologie  
en de vakgroep Sociale Tandheelkunde  
van de Vrije Universiteit te Amsterdam.*

*Trefwoorden: Sociale Tandheelkunde – Kindertandheelkunde – Gebitsgezondheid – Angst – Consumentensatisfactie*

## 1. Inleiding

De resultaten van sociaal-wetenschappelijk onderzoek naar de beleving van gebruikers van de gezondheidszorg kunnen beïnvloed worden door allerlei niet-bedoelde, storende factoren.<sup>1-7</sup> Hierbij kan zowel gedacht worden aan de invloed van de vorm van enquêtevragen of de antwoordmogelijkheden (zgn. antwoordtendenties) als aan de invloed van allerlei situationele factoren (plaats, tijdstip en wijze van uitvoeren van het onderzoek). In dit artikel wordt aandacht gevraagd voor de invloed van de neiging om sociaal-wenselijke antwoorden te geven in een sociaal-wetenschappelijk tandheelkundig onderzoek.

Sociale wenselijkheid is het verschijnsel dat proefpersonen zich bij de beantwoording van testvragen laten leiden door wat zij sociaal wenselijk achten en niet zozeer door wat ze zouden moeten antwoorden wanneer ze een zo 'eerlijk' mogelijk antwoord zouden trachten te geven.<sup>8</sup> In de meeste gevallen wordt de invloed van de sociale wenselijkheidstendencie toegeschreven aan de behoefte aan goedkeuring door de onderzoekers bij de beantwoording van vragenlijsten.<sup>3,9</sup>

Onderzoek in de gezondheidszorg wijst uit, dat de factor sociale wenselijkheid van invloed is op de beantwoording van enquêtevragen door gebruikers van de gezondheidszorg. Dit is echter niet voor alle soorten enquêtevragen het geval. Zo werd in een onderzoek onder ziekenhuispatiënten gesignaleerd dat de factor sociale wenselijkheid niet correleert met het eigen oordeel van de patiënt over aspecten van het psychisch welbevinden maar wel met het oordeel over het verloop van het lichamelijke herstel.<sup>10</sup> In een ander onderzoek is echter vastgesteld dat de sociale wenselijkheid niet van invloed is op de antwoorden van vragen door hartpatiënten over hun psychische, sociale en fysieke kenmerken.<sup>11</sup> Diverse studies op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg laten zien dat de factor sociale wenselijkheid niet veel van de variantie verklaart van de

meting van gevoelsstemmingen van mensen, hun zelfbeeld en dergelijke.<sup>3</sup> Hierbij sluit de bevinding aan dat de score op de Vragenlijst over de Ervaren Gezondheid (V.O.E.G) niet samenhangt met de sociale wenselijkheidsneiging.<sup>12</sup> In een tandheelkundig onderzoek speelt de sociale wenselijkheid geen rol in de beantwoording door moeders van vragen over gebitsverzorging van hun kinderen.<sup>13</sup>

De factor sociale wenselijkheid blijkt wel van invloed te zijn op de beantwoording van evaluatievragen door patiënten,<sup>14,16</sup> de neiging om sociaal-wenselijke antwoorden te geven houdt verband met gevoelens van dankbaarheid voor de zorg die patiënten ontvangen hebben.<sup>17</sup> Andere onderzoekers benadrukken dat patiënten hun klachten niet durven uiten.<sup>18,19</sup>

De conclusie lijkt gerechtvaardigd dat de sociale wenselijkheid amper van invloed is op de resultaten van onderzoek naar de ervaren feitelijke lichamelijke conditie. De factor sociale wenselijkheid is met name van invloed op de beantwoording van enquêtevragen die betrekking hebben op de houding ten opzichte van het eigen gezondheidsgedrag of op de evaluatie van de ontvangen zorg. In beide gevallen zullen de ondervraagden in een onderzoek een goede indruk willen maken.

Het is niet duidelijk of deze conclusies ook gelden voor enquêtes onder kinderen. Onderzoek onder ziekenhuispatiënten wijst uit dat jongere patiënten lager scoren op de sociale wenselijkheidstendencie.<sup>17</sup> Ook blijkt dat 14-15 jarige scholieren die hoger scoren op de sociale wenselijkheidstendencie de vragen over het tandheelkundige gezondheidsgedrag gunstiger beantwoorden.<sup>13</sup> De betekenis van dit laatste resultaat wordt echter ondergraven door het feit, dat de betrouwbaarheid van de meting van de sociale wenselijkheid in dat onderzoek laag ligt. In andere onderzoeken is veelal wel gebruik gemaakt van betrouwbare en gestandaardiseerde meetinstrumenten.<sup>3,10-12,17</sup> Ook is het voor tandheelkundig onderzoek onduidelijk in hoeverre de factor sociale wenselijkheid van invloed is op aspecten van de houding van kinderen ten opzichte van gebitsverzorging.

In dit artikel worden de resultaten beschreven van een onderzoek naar een drietal vraagstellingen over de factor sociale wen-

## Samenvatting:

In een vragenlijstonderzoek onder 320 15-jarigen is nagegaan in hoeverre de resultaten van een sociaal-wetenschappelijk tandheelkundige studie beïnvloed worden door de factor sociale wenselijkheid. Het blijkt dat naarmate de sociale wenselijkheidstendencie sterker is de kinderen meer geneigd zijn zich tevreden te betonen over hun tandarts, minder angstgevoelens voor de tandarts zeggen te hebben en een ongunstiger houding ten opzichte van hun gebitsgezondheid rapporteren. De volgende vragen zijn niet gevoelig voor de invloed van de sociale wenselijkheid, zoals: de gebitsverzorging, de perceptie van de kwaliteit van het eigen gebit, de kennis omtrent gebitsgezondheid, de gebruikte voorlichtingsbronnen en de beoordeling van het gedrag van de tandarts. Ook de gegevens over de feitelijke mondgezondheid (D.M.F.S., behandelingsgraad, P.H.P. en een ontwikkelde zorgindex), de hoeveelheid gebruikte vloeibare suiker en de dikte van het kind hangen niet samen met de sociale wenselijkheidsfactor. Wel dient er rekening mee gehouden te worden dat kinderen met een lager opleidingsniveau meer geneigd zijn sociaal wenselijke antwoorden te geven. In toekomstig onderzoek zal meer aandacht besteed moeten worden aan de betrouwbare en valide meting van sociale wenselijkheid, rekening houdend met de specifieke kenmerken van de tandheelkundige situatie.

selijkheid in een sociaal-wetenschappelijk tandheelkundig onderzoek onder 15-jarige kinderen:

1. Hebben biografische en tandheelkundige achtergrondkenmerken invloed op de omvang van de sociale wenselijkheidstendenties?
2. Is de factor sociale wenselijkheid van invloed op de beantwoording van vragen over de houding en het gedrag ten aanzien van de gebitsverzorging?
3. Bestaat er een samenhang tussen de factor sociale wenselijkheid en gegevens omtrent allerlei aspecten van de feitelijke mondgezondheid, de voeding en de lichamelijke toestand?

## 2. Materiaal en methode

De gegevens over de betekenis van de factor sociale wenselijkheid in sociaal-wetenschappelijk tandheelkundig onderzoek zijn verzameld in een studie onder de 320 15-jarige kinderen uit Amersfoort. Het betrof een onderzoek naar de constructie van een index voor mondgezondheid.<sup>20</sup>

\*) Tandarts verbonden aan het Ziekenfonds Amsterdam en Omstreken en student sociologie aan de Vrije Universiteit te Amsterdam.

Tabel I. Gegevens over de meting van de sociale wenselijkheid.

De gebruikte uitspraken	Antwoordverdeling (n=320)*						
	wel mee eens	hangt er vanaf	niet mee eens	geen antwoord	gemiddelde	standaarddeviatie	item-test-correlatie
1. Ik heb alleen maar goede gedachten over andere mensen	5.3%	50.3%	43.1%	1.2%	2.45	0.86	.29
2. Ik houd me altijd aan mijn beloften ook al komt het nog zo slecht uit	30.9%	43.1%	24.7%	1.2%	3.07	0.94	.29
3. Ik doe altijd en zonder mopperen wat me gezegd wordt	5.7%	40.6%	52.8%	0.9%	2.36	0.88	.43
4. Ik trek me nooit iets aan van wat andere mensen van me zeggen	25.9%	40.9%	32.2%	0.9%	2.92	1.06	.20
5. Wanneer andere kinderen me op de lagere school boos maken, liet ik niets van mijn boosheid merken	11.6%	30.3%	57.5%	0.6%	2.33	1.06	.35
6. Ik heb al mijn zakgeld ervoor over om mijn eigen gebit te behouden.	31.3%	25.9%	43.5%	1.2%	2.91	1.25	.25
Totale schaal (n=308)**	Alpha-coëfficiënt		.55	3.7%	15.99	3.36	$\bar{r} = .30$

\*1) De gewogen antwoordmogelijkheden luiden: 5 = helemaal mee eens; 4 = mee eens; 3 = dat hangt er vanaf; 2 = niet zo mee eens; 1 = helemaal niet mee eens. In de weergegeven verdeling van de antwoorden zijn de extreme antwoordmogelijkheden aan beide zijden van de schaal samengevoegd.

\*\*1) 23.7% heeft een score tussen 7 en 13; 53.9% tussen 14 en 18 en 22.4% tussen 19 en 25.

De kinderen bezochten tijdens schooluren op verzoek van de onderzoekers het plaatselijk gebouw van de G.G. en G.D. Zij vulden aldaar een vragenlijst in over hun houding en gedrag ten aanzien van allerlei aspecten van de gebitsverzorging. Tevens werden zij onderworpen aan een uitgebreid tandheelkundig-, voedings- en biomedisch onderzoek. Van de aselect getrokken steekproef van 589 van de 1471 Amersfoortse 15-jarigen zegden er 347 toe deel te nemen aan het onderzoek, terwijl 161 kinderen lieten weten niet aan het onderzoek mee te zullen werken; 81 kinderen zonden in het geheel niet de oproepkaart terug die bij de uitnodigingsbrief was gevoegd. Omdat er alsnog 27 kinderen om onduidelijke redenen niet verschenen heeft uiteindelijk 54% (=230 kinderen) van de aanvankelijke getrokken van 589 kinderen aan het onderzoek deelgenomen. Gegevens over de representativiteit van de steekproef, de daartoe gedane controleonderzoeken en de samenstelling van de steekproef zijn elders gepubliceerd.<sup>21</sup>

In het sociaal-wetenschappelijke gedeelte van het onderzoek zijn naast de vragen over de sociale wenselijkheidstendentie van de kinderen vragen gesteld over de volgende onderwerpen:

- het belang van en de verantwoordelijkheid voor de eigen gebitsgezondheid;
- de kennis omtrent allerlei aspecten van het gebit en de verzorging daarvan;
- het gebitsverzorgingsgedrag: frequentie poetsen, poetsmomenten, gebruik tandpasta en fluoride;
- de perceptie van de kwaliteit van de toestand van het eigen gebit: bloedend

tandvlees, gaatjes, tandsteen en extracties;

e. tevredenheid over de behandeling door de eigen tandarts;

f. het waargenomen gedrag van de tandarts, zoals het verstrekken van informatie, het stimuleren van de goede gebitsverzorging en het openstaan voor allerlei vragen;

g. de angst voor de tandarts (Corah-schaal);

h. de informatiebronnen over gebitsgezondheid, zoals: tandarts, ouders, school, massamedia, e.d.;

De meeste vragen zijn ontleend aan andere onderzoeken.<sup>22-24</sup> De interne consistentie

(alpha-coëfficiënt) van de diverse geconstrueerde indices varieert tussen .32 en .82 met een gemiddelde van .55.<sup>20</sup> De sociale wenselijkheidstendentie is gemeten met behulp van zes uitspraken, waarvan een drietal ontleend is aan Tijnstra.<sup>22</sup> Voor zowel de formulering van deze uitspraken als de gebezigde antwoordmogelijkheden verwijzen we naar de eerste drie vermelde uitspraken in tabel I.

Aangezien de interne consistentie van de door Tijnstra gebruikte schaal te wensen overliet (inter-itemcorrelatie  $\bar{r} = .19$ ),<sup>22</sup> zijn er in eerste instantie twee vragen aan

Tabel II. Samenhang tussen de factor sociale wenselijkheid en enkele achtergrondskennmerken

Achtergrondskennmerken	Correlatie (n)	Partieel (1)
1. Biografische kenmerken:		
a. beroepsniveau kostwinner	-.16* (303)	-.08 (284)
b. opleidingsniveau kostwinner	-.10 (218)	n.v.t.
c. schoolopleidingsniveau kind	-.20* (305)	-.12** (284)
d. ziektekostenverzekering (f=1; p=2)	-.17* (295)	-.06 (284)
e. sekse (m=1; v=2)	.02 (308)	n.v.t.
2. Tandheelkundige kenmerken:		
a. frequentie bezoek aan tandarts	-.04 (301)	n.v.t.
b. deelname aan integrale tandheelkunde (niet = 1; wel = 2)	-.11 (157)	n.v.t.

(1) Partiële correlatiecoëfficiënten bij het constant houden van de beide andere significant correlerende factoren.

\*1)  $p \leq .01$ ; tweezijdig getoetst; \*\*1)  $p \leq .05$ .

a: ongeschoolde arbeiders, geschoolde arbeiders, lagere employees, kleine zelfstandigen, middelbare employees en hogere beroepen (28).

b: l.o., l.b.o., m.b.o., algemeen middelbaar onderwijs, h.b.o., universitair.

c: b.l.o. en l.o.m., l.a.v.o. en l.b.o., m.a.v.o., h.a.v.o., m.b.o. en v.w.o.

Voor al deze indices (a/t/m c) geldt: hoe hoger de opleiding resp. het beroep, hoe hoger de score.

de meting van de sociale wenselijkheid toegevoegd. Deze beide vragen zijn overgenomen van Hermans en Visser,<sup>6,9</sup> ze staan in tabel I onder punt 4 en 5 vermeld. In tweede instantie is er op basis van de onderzoeksresultaten nog een zesde uitspraak ontleend aan Tax e.a. aan de meting van de sociale wenselijkheid toegevoegd.<sup>23</sup> De meting van de sociale wenselijkheid maakte namelijk onderdeel uit van een algemene houdingsvragenlijst, waarin ook uitspraken voorkwamen over het belang dat kinderen hechten aan de eigen gebitsgezondheid en de verantwoordelijkheid die zij ervaren voor hun gebit. Factoranalyses wezen uit dat één van de uitspraken op dat eerstgenoemde terrein ('ik heb al mijn zakgeld er voor over om mijn eigen gebit te behouden') uitsluitend op de factor sociale wenselijkheid laadde (.30).<sup>20</sup> De aldus geconstrueerde sociale wenselijkheidsschaal bestaat uit zes vragen en heeft een theoretisch bereik van 6-30. Naarmate de score hoger ligt is de neiging sociaal-wenselijk te beantwoorden sterker. De interne consistentie is matig ( $\alpha = .55$ ), terwijl de item-testcorrelatie varieert tussen .43 en .20. Slechts een kleine groep kinderen geeft geen antwoord op de gestelde vragen. De spreiding van de antwoorden op de vermelde vragen 1, 3 en 5 is tamelijk scheef. Overigens heeft de totale schaal wel een goede normaalverdeling; gemiddelde (16.9), modus (17.0) en mediaan (16.3) wijken slechts weinig van elkaar af; voor details verwijzen we naar tabel I.

### 3. Factoren samenhangend met de sociale wenselijkheidstendie

Nu hiervoor een indruk is gegeven van de meting van de sociale wenselijkheidstendie, wordt vervolgens ingegaan op de samenhang tussen de sociale wenselijkheidstendie en de diverse onderzochte factoren. De samenhang is vastgesteld aan de hand van Pearson correlatiecoëfficiënten, terwijl de verschillen tussen groepen respondenten met behulp van T-toetsen zijn nagegaan.

#### 3.1. De invloed van enkele achtergrondkenmerken

Blijkens de vermelde Pearson correlatiecoëfficiënten in tabel II ligt de score op de sociale wenselijkheidsschaal hoger naarmate de kinderen een lagere opleiding volgen en als de kostwinner tot een lagere beroepsklasse behoort.

Dientengevolge is ook de sociale wenselijkheidsscore van de kinderen met een ziekenfondsverzekering hoger dan degenen met een particuliere ziektekostenverzekering. Noch de sekse van het kind, noch enkele tandheelkundige kenmerken hangen samen met de tendentie om sociaal-wenselijke antwoorden te geven. Bere-

Tabel III. Beschrijvende gegevens over de invloed van de achtergrondkenmerken op de sociale wenselijkheidsscore.

Achtergrondkenmerken	Gemiddelde	Standaarddeviatie	Aantal
1. Geslacht:			
a. jongens	15.9	3.4	153
b. meisjes	16.1	3.3	155
2. Ziektekostenverzekering:**)			
a. ziekenfondsverzekerden	16.5*)	3.4	185
b. particulier verzekerden	15.3	3.2	109
3. Integrale tandheerkunde:***)			
a. wel deelname	16.4	3.5	118
b. geen deelname	16.3	3.3	39

\*) T-toets;  $p \leq .01$ ; tweezijdige toetsing.

\*\*\*) In een variantie-analyse bij het constant houden van de factor opleiding van het kind en de kostwinners verdwijnt het significante verschil tussen de beide groepen verzekerden (hoofdeffect:  $F = 2.36$ ;  $p = .13$ ).

\*\*\*\*) Uitsluitend de groep ziekenfondsverzekerden.

Tabel IV. De samenhang tussen de factor sociale wenselijkheid en de indicatoren van de houding, het gedrag en de evaluatie

Indicatoren van de houding, het gedrag en de evaluatie	Pearson correlatiecoëfficiënt (n)	Beta-coëfficiënten <sup>(1)</sup> (n = 278)
a. Tevredenheid met de tandarts	.20** (296)	.20*
b. Belang van en verantwoordelijkheidsgevoel voor gebitsgezondheid	-.19** (303)	-.17*
c. Angst voor de tandarts	-.16** (303)	-.18*
d. Gebitsverzorgingsgedrag	.10* (297)	.12
e. Beoordeling gedrag tandarts	.03 (288)	-.09
f. Perceptie kwaliteit eigen gebit	.00 (300)	-.02
g. Kennis gebitsgezondheid	.00 (289)	.06
h. Aantal genoemde informatiebronnen omtrent tandverzorging	.00 (308)	-.00
Totaal verklaarde variantie a t/m h	12.1% ( $R = .348$ )	
Gecorrigeerde verklaarde variantie <sup>(2)</sup>	10.2%	

\*)  $p \leq .05$ ; \*\*)  $p \leq .01$ ; tweezijdige toetsing.

<sup>(1)</sup> Beta-coëfficiënten ( $* p \leq .05$ ) nadat zowel de indicatoren a t/m h in de regressievergelijking zijn ingevoerd als de volgende biografische kenmerken: sekse, opleidingsniveau van het kind, beroepsniveau van de kostwinner, aard van de ziektekostenverzekering en de omvang tandheelkundige verzorging (het hebben van een tandarts, het halfjaarlijks bezoek en de tijd verstreken sinds laatste bezoek).

<sup>(2)</sup> Nadat de hiervoor genoemde biografische kenmerken in de regressie-analyse zijn opgenomen; deze biografische kenmerken verklaren op zichzelf 5.9% ( $R = .244$ ) van de variantie van de sociale wenselijkheid.

kende partiële correlatiecoëfficiënten (zie tabel II) wijzen uit dat de schoolopleiding van het kind de belangrijkste determinant is van de score op de sociale wenselijkheid: hoe lager de opleiding van het kind, hoe sterker de sociale wenselijkheidstendie.

Enkele beschrijvende gegevens in tabel III over de invloed van de eerder vermelde nominale variabelen bevestigden de indruk van de hiervoor vermelde correlaties. De factoren sekse en deelname aan het Plan Integrale Tandheerkunde beïnvloeden niet de gemiddelde scores op de sociale wenselijkheidsschaal. Hoewel de zieken-

fondsverzekerden hoger scoren op de sociale wenselijkheid dan de particulier verzekerden, verdwijnt dit verschil als rekening wordt gehouden met de factor opleiding van het kind en de kostwinners.

#### 3.2. De houding en het gedrag ten aanzien van de gebitsverzorging

Tabel IV bevat een overzicht van de samenhang tussen de factor sociale wenselijkheid en de beschikbare indicatoren van de houding en het gedrag ten opzichte van gebitsverzorging.

Rekening houdend met de onderlinge cor-

relatie tussen de indicatoren en de invloed van biografische kenmerken blijkt uit de bèta-coëfficiënten dat drie indicatoren significant samenhangen met de score op de sociale wenselijkheidsschaal, te weten a. de tevredenheid met de tandarts, b. het belang hechten aan en het verantwoordelijkheidsgevoel voor de gebitsgezondheid en c. de angst voor de tandarts. Naarmate de neiging sociaal-wenselijke antwoorden te geven sterker is, uiten de kinderen meer tevredenheid over hun tandarts, zeggen ze een ongunstiger houding te hebben ten aanzien van de eigen gebitsgezondheid en geven ze aan minder angst voor de tandarts te ervaren.

In geen enkel geval verklaart echter de factor sociale wenselijkheid meer dan 4% van de variantie van de indicatoren van de houding, de angst en de evaluatie ten aanzien van de gebitsverzorging. Duidelijk wordt verder dat de factor sociale wenselijkheid voor 5.9% bepaald wordt door de vermelde biografische factoren. De sociaal-wetenschappelijke indicatoren worden in totaal voor 12.1% door de sociale wenselijkheidstendentie verklaard.

### 3.3. Mondgezondheid, suikergebruik en vetzucht

De samenhang tussen de factor sociale wenselijkheid en de indicatoren van de mondgezondheid, suikergebruik en vetzucht staat in tabel V weergegeven. Hierbij is een onderscheid gemaakt naar de sekse en naar de aard van de ziektekostenverzekering, aangezien deze factoren van invloed bleken te zijn op indicatoren van de gebitsgezondheid.<sup>20</sup> Geen van de vermelde correlatiecoëfficiënten bereikt een significantieniveau van  $p \leq .05$ . Er is dus geen samenhang tussen de sociale wenselijkheid en de gegevens over de mondgezondheid, suikergebruik en vetzucht.

### 4. Discussie en conclusie

In een onderzoek onder 15-jarigen is nagegaan in hoeverre de factor sociale wenselijkheid een rol speelt bij de beantwoording van vragen in een sociaal-wetenschappelijk tandheelkundig onderzoek. Door de behoefte aan sociale goedkeuring kan de neiging bestaan de vragen zodanig te beantwoorden, dat men voldoet aan de verwachting die het onderzoek oproept. In veel gevallen zal dit betekenen dat men een zo gunstig mogelijke indruk geeft van zowel de eigen gebitszorg als van de behandeling die men ondergaat. Het onderzoek bevestigt op verschillende punten de daarover onderzochte vraagstellingen.

Apart wordt stilgestaan bij de mogelijke invloed van de non-response (46%) op de resultaten.

Tabel V. De samenhang tussen de factor sociale wenselijkheid en indicatoren van de mondgezondheid en vloeibaar suikergebruik en vetzucht

Mondgezondheid, suikergebruik en dikte*)	Jongens		Meisjes	
	Ziekenfonds (n = 52)	Particulier (n = 44)	Ziekenfonds (n = 40)	Particulier (n = 34)
1. Mondgezondheid:				
a. D.M.F.S.-index	-.10	-.03	-.03	.08
b. Behandelingsgraad	-.02	.10	.06	.09
c. Zorgindex	.06	-.09	-.13	.13
d. P.H.P	.13	-.07	.19	-.03
2. Vloeibaar suikergebruik	-.12	.07	-.06	.11
3. Vetzucht	-.06	-.07	.16	.22

\*2) Zie Eijkman voor details.<sup>20</sup>

#### 4.1. De meting van de sociale wenselijkheid

In eerste plaats willen we erop wijzen dat een betrouwbare meting van de factor sociale wenselijkheid een belangrijke voorwaarde is om de invloed van deze factor vast te stellen. Aan deze voorwaarde is in het onderhavige onderzoek ten dele voldaan. De gebruikte schaal was intern matig consist en was lager dan op basis van de uitbreiding van de schaal van Tijmstra verwacht kon worden.<sup>22</sup> Ook een andere versie van de gebruikte vragenlijst had in onderzoek onder ziekenhuispatiënten een betrekkelijk lage interne consistentie.<sup>6, 17</sup> De gepresenteerde onderzoeksgegevens dienen dan ook mede opgevat te worden als een pleidooi voor de ontwikkeling van een gestandaardiseerd en gevalideerd instrument ter bepaling van de sociale wenselijkheid van patiënten.

#### 4.2. De invloed van biografische factoren

Als tweede conclusie uit het onderzoek kan vermeld worden dat de sociale wenselijkheidstendentie met name beïnvloed wordt door het opleidingsniveau van de kinderen. De lager opgeleiden geven meer blijk van gevoelens van sociale wenselijkheid. In het algemeen kan gezegd worden dat de sociale wenselijkheidstendenties het sterkst zijn in de lagere s.e.s.-groepen. Onderzoek onder ziekenhuispatiënten bevestigt dit,<sup>17</sup> terwijl ook uit andere onderzoeken blijkt dat de factor opleiding negatief is gecorreleerd met de sociale wenselijkheidstendenties.<sup>13</sup> Het onderzoek van Tijmstra en Brinkman-Engels bevestigde dit evenwel niet.<sup>13</sup>

#### 4.3. De invloed op houding en gedrag

In de derde plaats blijkt dat naarmate de kinderen meer geneigd zijn sociaal-wenselijke antwoorden te geven zij met name tevreden zeggen te zijn over hun tandarts en blijken zij minder angstgevoelens te

uiten voor de tandarts. De norm is kennelijk dat men zich tevreden betoont en dat men geen angst heeft voor een tandheelkundige behandeling. Hoewel de correlatiecoëfficiënten op de genoemde punten significant zijn, dient hierbij aangetekend te worden dat de correlaties laag zijn: de tevredenheid en de angst worden slechts voor een klein deel door de factor sociale wenselijkheid verklaard.

Naast de genoemde positieve resultaten wijst het onderzoek ook uit dat de factor sociale wenselijkheid geen invloed heeft op de volgende metingen: het gebitsverzorgingsgedrag, de beoordeling van het gedrag van de tandarts, de perceptie van de kwaliteit van het eigen gebit, de kennis van gebitsgezondheid en het aantal gebruikte voorlichtingsbronnen. Een verklaring hiervoor kan zijn dat dit feitelijkheden, meer cognitieve zaken zijn, waarvan men niet de indruk heeft dat men zich op dit punt beter moet voordoen dan men in werkelijkheid is. Onderzoek onder ziekenhuispatiënten bevestigt deze conclusie.<sup>6, 17</sup> We wijzen erop dat de lage maar significante correlatie tussen sociale wenselijkheid en het gebitsverzorgingsgedrag verdwijnt bij het constant houden van de diverse houdings- en evaluatie-aspecten. De genoemde verbanden kunnen als volgt samengevat en geïnterpreteerd worden: sociale wenselijkheid → houding en evaluatie → gebitsverzorgingsgedrag.

Het ontbreken van het verband tussen sociale wenselijkheid en het gebitsverzorgingsgedrag en de perceptie van de kwaliteit van het eigen gebit kan in de hand gewerkt zijn door het feit dat de kinderen wisten dat na het invullen van het enquêteformulier het gebit onderzocht zou worden. Verder willen we benadrukken dat zich ten aanzien van de samenhang tussen de factor sociale wenselijkheid en het ervaren belang van en de verantwoordelijkheid voor de eigen gebitsgezondheid het merkwaardige feit voordoet dat de meer sociaal-wenselijk georiënteerde kinderen een minder gunstige houding op de genoemde

punten innemen. Het omgekeerde zou men wellicht verwachten: de meer sociaal-wenselijk georiënteerden doen voorkomen dat men het gebit goed onderhoudt en dat men zich daar verantwoordelijk voor voelt. Een verklaring voor het negatieve verband tussen sociale wenselijkheid en de houding ten opzichte van de gebitsgezondheid kon niet gevonden worden. Dit negatieve verband handhaaft zich namelijk bij het constant houden van alle overige onderzochte factoren. Wel daalt de correlatie tussen sociale wenselijkheid en de houding enigszins ( $r = -.12$ ;  $p = .04$ ) als de invloed van de factor opleiding van het kind wordt weggenomen. In hoeverre ook leeftijdsaspecten een rol spelen kon niet worden nagegaan aangezien het op dat punt een homogene steekproef betrof.

#### 4.4. Samenhang met gezondheidsindicatoren

Als vierde conclusie kan vermeld worden dat de factor sociale wenselijkheid niet samenhangt met gegevens over de mondgezondheid, de vetzucht van de kinderen en hun suikergebruik. Deze bevinding bevestigt de eerder vermelde conclusie dat de beantwoording van vragen over feitelijke gegevens in mindere mate onderhevig is aan de invloed van de sociale wenselijkheidstendenties dan vragen over onderwerpen van evaluatieve en emotionele aard.

#### 4.5. De invloed van de non-response

Een belangrijke vraag is in hoeverre de beschreven resultaten beïnvloed zijn door het feit dat slechts 54% van de getrokken steekproef aan het onderzoek deelnam. Controle op de representativiteit van de groep deelnemers wijst uit dat de ouders van de deelnemers aan het onderzoek een hogere schoolopleiding hebben. Voorts zijn de deelnemers minder lang geleden voor een bezoek naar de tandarts geweest en bovendien zijn de deelnemende ziekenfondsverzekerden meer in het bezit van een geldige saneringskaart dan de niet-deelnemende kinderen met een ziekenfondsverzekering.<sup>21</sup>

Aangezien de drie genoemde factoren niet gecorreleerd zijn met de mate van sociale wenselijkheid, is het niet erg waarschijnlijk dat de samenstelling van de steekproef op deze punten van invloed is geweest op de intensiteit van de sociale wenselijkheidstendentie. In hoeverre echter sociale wenselijkheidsoverwegingen een rol hebben gespeeld bij de beslissing om deel te nemen aan het onderzoek, is niet nagegaan. Wel blijkt de sociale wenselijkheidstendentie het sterkst op te treden in de lagere s.e.s.-groepen, die mogelijk door een ongunstiger gebitsstoestand ook minder bereid zijn aan onderzoek deel te ne-

men. Het zou van belang zijn om verder onderzoek in te stellen naar de interactie tussen de invloed van s.e.s.-factoren en sociale wenselijkheid op de deelname van kinderen aan sociaal-wetenschappelijk tandheelkundig onderzoek.

#### 4.6. Algemene conclusie

In toekomstig sociaal-wetenschappelijk onderzoek in de tandheelkundige sector dient aandacht besteed te worden aan de invloed van de factor sociale wenselijkheid op de beantwoording van vragen over de houding ten aanzien van gebitsverzorging. Het is daarbij van belang een instrument te ontwikkelen dat betrekking heeft op situatie-specifieke sociale wenselijkheid in tandheelkundig onderzoek. Onderzoek onder ziekenhuispatiënten wijst uit dat dergelijke situatie-specifieke meetinstrumenten meer verklarende kracht hebben dan algemene meetinstrumenten.<sup>6,17</sup> Eveneens verdient het aanbeveling na te gaan in hoeverre s.e.s.-kenmerken van onderzochten van invloed zijn op het verband tussen deelname aan onderzoek, de sociale wenselijkheidstendentie en de beantwoording van enquêtevragen. Het hier beschreven onderzoek toont aan dat s.e.s.-kenmerken de sterkste determinanten zijn van de sociale wenselijkheidstendentie. Al deze suggesties worden gedaan onder het voorbehoud dat de invloed van de factor sociale wenselijkheid bij onderzoek onder kinderen niet verschilt van onderzoek onder volwassenen. Dit is een veronderstelling die nog eens vast staat en dus eveneens verder onderzoek vereist.

#### Summary:

Title: Social desirability and social dental research among 15 year old children.

Keywords: Community dentistry - Childrens dentistry - Oral health - Anxiety - Consumer's satisfaction

The influence of the factor social desirability on the results of a social dental investigation was examined in a survey among 320 15 year old children. It appears that to the extent that social desirability is stronger, the children tend to show more satisfaction with their dentist, affirm to feel less anxious of him, but surprisingly, feel less responsible for the health of their teeth. Some measurements are not influenced by social desirability: dental hygiene, perception of the quality of the own teeth, knowledge about dental health, sources of information and evaluation of the dentist's behavior. Also independent of social desirability are the amount of fluid sugar consumed, the child's obesity and the actual dental health (D.M.F.S., degree of treatment, P.H.P. and a newly developed dental care index). Children with a lower level of education do seem to be more inclined to give socially desira-

ble answers.

Forthcoming investigation should pay attention to a reliable and valid assessment of social desirability, with specific respect to dentistry.

#### Literatuur:

1. Lebow JL. Consumer assessments of the quality of medical care. *Medical Care* 1974; 12:328-37.
2. Locker D, Dunt D. Theoretical and methodological issues in sociological studies of consumer satisfaction with medical care. *Soc Science Medicine* 1978; 12: 283-92.
3. Nederhof AJ. Beter onderzoek: bestrijding van foutenbronnen in sociaal-wetenschappelijk onderzoek. Den Haag: Vuga, 1981.
4. Sudman S, Bradburn NM. Responseeffects in surveys. Chicago: Aldine, 1974.
5. Bergsma J. De patiënt op de tocht door de gezondheidszorg: de overweldigende tevredenheid van de ziekenhuispatiënten. *Intermediair* 1982; 18 (22 jan.): 41-5.
6. Visser APH. Methodische factoren in satisfactie-onderzoek onder ziekenhuispatiënten. *Gezondheid en Samenleving* 1982; 3: 232-43.
7. Ware JE, Davies-Avery A, Stewart AL. Measurement and meaning of patient satisfaction. *Health and Medical Care Services Review* 1978; 1: 1-15.
8. Drenth PJD. Inleiding in de testtheorie. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1975.
9. Hermans HJM. Motivatie en prestatie. Amsterdam: Swets en Zeitlinger, 1967.
10. Eisler S, Wolfer JA, Diers D. Relationship between need for social approval and postoperative recovery and welfare. *Nursing Research* 1972; 21: 520-5.
11. Larson WR. Social desirability as a latent variable in medical questionnaire responses. *Pacific Sociological Review*, 1, 1. Ontleend aan: G. Gordon e.a. *Disease, the individual and society*. New Haven (Conn.): College and University Press, 1968.
12. Visser APH. De bekentenis van de V.O.E.G.: enkele gegevens over de begripsvaliditeit. *Gezondheid en Samenleving* 1983; 4: 177-88.
13. Tijmstra T, Brinkman-Engels M. Sociale wenselijkheid als validiteitsprobleem. *Mens en Maatschappij* 1978; 53: 196-208.
14. Tessler R, Mechanic D. Consumer satisfaction with prepaid group practice: a comparative study. *Journal of Health and Social Behavior* 1975; 16: 95-113.
15. Visser APH. Enkele determinanten van de evaluatie van tandheelkundige voorzieningen in een stadsregio. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 1982; 89: 591-8.
16. Visser APH. Evaluatie van de fysiotherapeutische voorzieningen. *Tijdschrift voor Fysiotherapie* 1982; 92:36-8.
17. Visser APH. De beleving van het verblijf in het algemene ziekenhuis. Assen: Van Gorcum, 1984.
18. Ley P. Complaints made by hospital staff and patients: a review of the literature. *Bull Br Psych Society* 1972; 25: 115-20.
19. Carstairs V. Channels of communication. Edinburgh: Scottish Home and Health Department, 1970.
20. Eijkman MAJ (red.). De ontwikkeling van een praktisch hanteerbare index voor de gezondheid van de mond. Vakgroep Sociale en Preventieve Tandheelkunde, Vrije Universiteit te Amsterdam, 1982.
21. Wiegman H, Visser APH, Eijkman MAJ. Een onderzoek naar mondgezondheid. I. Enkele basisgegevens en de representativiteit van de onderzoeksgroep van 15-jarigen. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 1984; 91: 535-40.
22. Tijmstra T. Sociologie en tandheelkunde: resultaten van een gecombineerd sociaal-wetenschappelijk en tandheelkundig onderzoek. Groningen: Wolters-Noordhoff, 1980.
23. Tax B, Heyendaal P, Ketelaar-van Ierssel A, Persoon J, Van 't Hof M. Waardering van gezondheid en tandverzorging bij Nijmeegse echtparen (I). Een kijk op tanden en tandarts. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 1975; 82: 23-32.
24. Eijkman MAJ. Tandartsen en patiëntenvoorlichting. Proefschrift, Vrije Universiteit te Amsterdam, 1979.
25. Instituut voor Toegepaste Sociologie. Beroepensklapper, Nijmegen, 1975.