

men dus naar verhouding waarschijnlijk wat hoger uit dan de GE's van 1981 en 1982.

In de Gezondheidsenquête van 1983 slaat de 'dus sinds . . .' -formule op de laatste 2 maanden. De antwoorden op de vraag naar het laatste contact met de tandarts worden gecodeerd in maanden, zie tabel A van deze bijlage. Personen met onbekende laatste contactdatum zijn niet gerekend tot degenen met contact in het afgelopen jaar. Aangenomen mag worden, dat iemand die ook bij benadering geen antwoord kan geven

– zie ook de veel voorkomende neiging tot afronden in tabel A – langer dan een jaar geleden bij de tandarts is geweest. Ieder die (ongeveer) 12 maanden geleden de tandarts bezocht – 3% – is wel gerekend tot degenen met contact in het afgelopen jaar¹⁴). De Gezondheidsenquête van 1983 komt dan ook naar verhouding iets hoger uit dan die van 1981 en 1982, en ligt meer in de lijn van de LSO's van 1977 en 1980.

Concluderend kan gesteld worden, dat de 6 gebruikte enquêtes redelijk vergelijkbaar zijn

waar het rapporteren van tandartsbezoek betreft. Er zijn verschillen in vraagstelling, maar de invloed hiervan zal niet meer dan een of enkele procenten bedragen.

¹⁴) Zie ook Maandbericht Gezondheidsstatistiek, oktober 1984, blz. 5 e.v.; betreffende overeenkomstige vraagstelling naar laatste contact met huisarts resp. specialist.

EEN ONDERZOEK NAAR MONDGEZONDHEID

DEEL VI. TANDHEELKUNDIGE VOORLICHTINGSBRONNEN EN KENNIS VAN 15-JARIGE KINDEREN

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

Trefwoorden: Sociale tandheelkunde – Epidemiologie – Voorlichtingskunde

1. Inleiding

Tandheelkundige voorlichting en -opvoeding (T.G.V.O.) is één van de middelen om het gebitsverzorgingsgedrag van mensen gunstig te beïnvloeden.¹⁻³ T.G.V.O. kan gedefinieerd worden als elke planmatige activiteit gericht op mondgezondheid, waarbij door middel van communicatie met de bevolking of delen daarvan, getracht wordt informatie te verstrekken, hulp te bieden bij menings- of besluitvorming, of gedragspatronen te beïnvloeden.⁴ Uitgangspunt vormt hierbij de gedachte, zoals in het 'health belief model' nader is uitgewerkt, dat kennis op basis van verzamelde informatie een voorwaarde is om zich gezond te gedragen.⁵ De kennis over tandheelkundige onderwerpen kan uit verschillende bronnen afkomstig zijn, terwijl lang niet alle bronnen voor mensen even toegankelijk zijn, zo toont de analyse van vraag en aanbod in de T.G.V.O. aan.⁶ In de dagelijkse praktijk betekent dit voor tandartsen o.a. dat zij op de hoogte moeten zijn van de voorlichtingsbronnen en van de tandheelkundige kennis van hun patiënten. Op grond daarvan kunnen zij planmatige activiteiten ondernemen om de lacunes in de kennis van hun patiënten te verminderen: zelf voorlichten, uitreiken folders, mondhygiënist inschakelen, e.d.

In dit artikel willen we het belang van deze voorlichtingsactiviteiten van tandartsen

toespitsen op de tandheelkundige zorg voor kinderen uit het voortgezet onderwijs.

De jeugdigen vormen een belangrijke groep in de preventieve tandheelkundige zorg. Het is van belang hun houding en gedrag ten opzichte van de gebitsverzorging reeds in een vroeg stadium in een positieve richting te beïnvloeden. Op de kleuter- en lagere scholen besteden dan ook diverse instanties in toenemende mate aandacht aan de tandheelkundige voorlichting aan kinderen.⁷⁻⁹ Echter, na het lagere onderwijs wordt deze voorlichting veelal niet meer in schoolverband gegeven. Een belangwekkende vraag is dan ook hoe het staat met de tandheelkundige voorlichtingsbronnen en de kennis van kinderen uit het voortgezet onderwijs. Hierover zijn in een sociaal-wetenschappelijk onderzoek de nodige gegevens verzameld.¹⁰ De volgende vraagstellingen stonden daarbij centraal:

- Uit welke bronnen zeggen de kinderen hun informatie over gebitszorg ontvangen te hebben?
- Hoe groot is de kennis over diverse aspecten van het gebit en de verzorging

Samenvatting:

Onderzoek onder 15-jarigen toont aan dat zij de belangrijkste informatie over hun gebit en de verzorging daarvan ontvangen van hun ouders en hun tandarts. Folders, onderwijskrachten, de schooltandartsen en de massamedia nemen in dit opzicht een minder belangrijke plaats in. De tandheelkundige kennis ligt hoger naarmate de kinderen meer bronnen noemen. De kennis van de kinderen is relatief laag, met name wat betreft: het minst schadelijke snoepgedrag, en de oorzaken van tandbederf en bloedend tandvlees. Naarmate de kinderen een hogere opleiding volgen noemen zij meer informatiebronnen en ligt hun kennis hoger. Meer kennis gaat gepaard met een gunstiger houding ten opzichte van gebitsgezondheid en een beter gebitsverzorgingsgedrag.

daarvan?

c. Hangt de aard van de gebruikte informatiebronnen en de omvang van de kennis samen met: biografische factoren, tandheelkundige achtergrondkenmerken en de houding en gedrag ten opzichte van de gebitsverzorging?

2. Materiaal en methode

De gegevens over de tandheelkundige voorlichtingsbronnen en de kennis van de 15-jarige kin-

Tabel I. De genoemde informatiebronnen* (n=319).

a. Ouders	69.4%	j. Mondhygiënist	6.9%
b. Eigen tandarts	67.2%	k. Krant	2.8%
c. Folders	27.5%	l. Radio	2.8%
d. Onderwijzer(es)	26.9%	m. Lagere school**)	1.6%
e. Schooltandarts	25.0%	n. Dokter	1.2%
f. Televisie	16.9%	o. Ongemerkt**)	0.9%
g. Tijdschriften	13.4%	p. Mezelf**)	0.9%
h. Reclame	10.3%	q. Broer of zus**)	0.6%
i. Orthodontist	9.4%	r. Buurvrouw/kennis**)	0.6%

*) Er waren meerdere antwoorden mogelijk.

***) Door respondenten zelf genoemd.

*) Vakgroep Sociale Psychologie, Vrije Universiteit te Amsterdam.

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

***) Vakgroep Sociale Tandheelkunde, Vrije Universiteit te Amsterdam.

deren zijn verzameld in een onderzoek onder 320 kinderen in Amersfoort. Zij vormden 54% van de aanvankelijk getrokken steekproef van 589 kinderen.¹¹ Tijdens schooluren vulden de kinderen op verzoek van de onderzoekers in het plaatselijke gebouw van de G.G. en G.D. een vragenlijst in over hun houding en gedrag ten aanzien van diverse aspecten van de gebitsverzorging. Deze vragen zijn in veel gevallen ontleend aan andere sociaal-wetenschappelijke onderzoeken op het terrein van de tandheelkunde.¹²⁻¹⁴ De kinderen werden tevens onderworpen aan een klinisch tandheelkundig, voedings- en biomedisch onderzoek. Het hoofddoel van het onderzoek was de constructie van een praktisch hanteerbare index voor mondgezondheid. Voor verdere informatie inzake het materiaal wordt verwezen naar eerder in deze reeks verschenen artikelen¹¹⁻¹⁴ en naar het onderzoeksrapport.¹⁰ Ter beantwoording van de vraagstellingen zijn Pearson-correlaties (=r) tussen de onderzochte variabelen berekend. Voor de vergelijking tussen groepen is gebruik gemaakt van t-toetsen. In het geval dat multipel verbanden werden nagegaan, zijn beta-coëfficiënten berekend. Die geven een indruk van de samenhang tussen variabelen, waarbij voor de invloed daarop van andere variabelen wordt gecorrigeerd; zie het onderzoeksrapport voor details.¹⁰

3. De onderzoeksresultaten

In tabel I wordt een indruk gegeven van het aantal kinderen dat via een bepaalde bron hun informatie over het gebit en de verzorging daarvan verkregen hebben. Verreweg het grootste deel van de kinderen noemt hun ouders en hun tandarts als informatiebron. Ongeveer een kwart van de ondervraagden zegt dat ze hun informatie verkregen uit folders, van de onderwijzer(es) en van de schooltandarts, terwijl door 17.7% van de kinderen één of meer van de volgende bronnen werd aangekruist: de televisie, de tijdschriften, de reclame, de orthodontist en de mondhygiënist. Alle overige informatiebronnen werden door minder dan 3% van de kinderen genoemd, waaronder de radio en de krant.

Uit de eveneens onderzochte samenhang tussen de gegeven antwoorden kan opgemaakt worden dat men de informatie ofwel voornamelijk krijgt langs persoonlijke weg (ouders, tandarts) dan wel uit de media.¹⁰ De schooltandarts fungeert als exclusieve informatiebron; degenen die aangeven daarvan informatie te hebben ontvangen, noemen niet in meer of mindere mate andere bronnen. Als de onderwijzer(es) als bron genoemd wordt, dan gebeurt dit veelal in combinatie met de krant, de televisie en folders.

3.1. De kennis

De procentuele verdeling van de antwoorden op de zeven gestelde kennisvragen staat in tabel II. Duidelijk wordt dat het met de kennis van de kinderen matig is gesteld. Gemiddeld beantwoordt 45.7% van de kinderen de vragen goed,

terwijl het aantal kinderen dat geen antwoord weet te geven op de gestelde vragen relatief hoog ligt (gemiddeld 18.9%). Het lage percentage 'weet ik niet'-antwoorden op vraag 7 is waarschijnlijk veroorzaakt doordat deze antwoordmogelijkheid niet bij de vraag was opgenomen; door 5.8% van de kinderen wordt deze vraag niet beantwoord.

Veel kinderen weten wat tandplaque is (68.4%) en dat je bloedend tandvles veelal kunt bestrijden door goed te poetsen. Desondanks wijt 33% der respondenten bloedend tandvles aan poetsen met een te harde borstel en zegt 23% dat dit komt door vitaminegebrek (vraag 7). De kinderen noemen niet (goed) tandenpoetsen (32%) als belangrijkste oorzaak van tandbederf, eerder dan slechte voedingsgewoonten (30%) of niet

(vaak genoeg) naar de tandarts gaan (13%). Van de kinderen zegt 22% dat je het beste tussen de maaltijden kunt snoepen, terwijl 36% vindt dat je, als je het toch doet, dit het beste kunt doen vlak vóór een maaltijd. In afbeelding 1 geven we een indruk van het totaal aantal goede antwoorden.

De gemiddelde kennisscore is 3.2 (s.d.=1.5); slechts 1/5 van de kinderen beantwoordt 5 of meer van de vragen goed, terwijl 29.7% minder dan drie vragen goed beantwoordt. De samenhang tussen de antwoorden op de gestelde kennisvragen is gering ($\bar{r} = .13$). De oorzaak daarvan is dat de beschreven kennis betrekking heeft op slechts enkele aspecten van het brede terrein van de tandheelkundige kennis.¹²

Tabel II. De antwoorden op de kennisvragen.*)

1.	Wat is tandplaque? (Je moet het beste antwoord kiezen.)	10.9%	kleverig voedsel dat op je tanden blijft plakken
		0.6%	een ander woord voor tandvles
		68.4%	<u>een laagje bacteriën en voedselresten op je tanden</u>
		19.4%	een ander woord voor tandbederf weet ik niet, geen antwoord
2.	Kun je bloedend tandvles voorkomen door je tanden goed te poetsen?	57.2%	<u>ja, meestal wel</u>
		19.7%	nee
		23.1%	weet ik niet, geen antwoord
3.	Wat is een fluoridebehandeling? (Open vraag.)	50.9%	<u>goed antwoord</u>
		19.1%	foutief antwoord
		30.0%	weet ik niet, geen antwoord
4.	Voor het gebit is het minder schadelijk dat je een rolletje drop achter elkaar opeet dan dat je het verspreid over een hele dag opeet.	49.4%	<u>juist</u>
		25.6%	onjuist
		24.1%	weet ik niet, geen antwoord
5.	Als je snoept, wanneer kun je dat dan, voor de gezondheid van je gebit, het beste doen?	36.2%	<u>vlak voor een maaltijd</u>
		8.4%	vlak na een maaltijd
		8.8%	vlak voor het naar bed gaan
		21.9%	tussen de maaltijden door
		24.6%	weet ik niet, geen antwoord
6.	Wat is de belangrijkste oorzaak van tandbederf? (Je mag maar één kruisje zetten.)	3.1%	erfelijke aanleg
		30.0%	<u>slechte voedingsgewoonten</u>
		32.2%	niet of niet goed tandenpoetsen
		12.8%	niet of niet vaak genoeg naar de tandarts gaan
		6.6%	kalkgebrek
7.	Als je tandvles regelmatig bloedt bij het tandenpoetsen . . . (Er kunnen meerdere oorzaken zijn, maar één komt het meest voor.)	15.2%	weet ik niet, geen antwoord
		33.1%	poets je te veel met een harde borstel
		27.8%	<u>is je tandvles ontstoken</u>
		4.4%	is je tandvles gezond
		22.5%	heb je vitaminegebrek
		6.9%	moet je meer fluoride gebruiken
		5.8%	geen antwoord

* De onderstreepte antwoorden zijn de juiste antwoorden; het aantal respondenten per vraag varieert tussen n = 319/304.

3.2. Samenhang tussen informatiebronnen en kennis

Er bestaat slechts een zwakke samenhang tussen het aantal gebruikte informatiebronnen en de kennis van de scholieren ($r = .11$; $p \leq .05$). Dit verband handhaaft zich bij het constant houden van de invloed van diverse andere factoren (biografische en tandheelkundige achtergrondskennmerken; houding en gedrag ten opzichte van gebitsverzorging). Verder blijkt ook dat de kennis groter is naarmate de kinderen meer gebruik maken van de volgende informatiebronnen: de krant, de radio en folders.¹⁰ We wijzen er evenwel op dat slechts een kleine groep kinderen de krant en de radio als informatiebron noemt.

3.3. Factoren samenhangend met tandheelkundige informatiebronnen en kennis

Er zijn in het onderzoeksmateriaal weinig aanwijzingen gevonden dat bepaalde groepen kinderen een groter aantal bronnen gebruiken. Wel blijkt dat kinderen met een ziekenfondsverzekering meer bronnen noemen dan kinderen met een particuliere ziektekostenverzekering (resp. gemiddeld 2.4 en 2.2 bronnen; t -toets; $p = .05$). Er zijn echter geen aanwijzingen dat particulier verzekerden meer van bepaalde informatiebronnen gebruik maken dan ziekenfondsverzekerden. Naarmate de kinderen echter een hogere opleiding volgen noemen ze enigszins meer informatiebronnen ($r = .10$; $p \leq .05$); dit betreft bij hoger opgeleiden met name het frequenter gebruik van informatiefolders.

Verder blijkt uit het onderzoek dat de kinderen die niet elk halfjaar naar de tandarts gaan (niet-gesaneerden) vaker dan de gesaneerden de onderwijzer als informatiebron noemen; de gesaneerden ontlenen vaker informatie aan de tandarts. Het vermelden waard is eveneens dat deelnemers aan de Integrale Tandheelkunde vaker de mondhygiënist als informatiebron opgeven. In het onderzoek is ook nagegaan welke kinderen over meer tandheelkundige kennis beschikken.

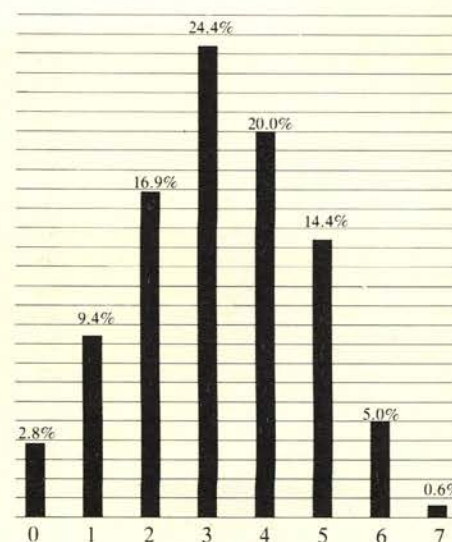
Uit de gegevens in tabel III kan opgemaakt worden dat de opleiding van het kind het sterkst van invloed is op de tandheelkundige kennis: hoe hoger de opleiding die zij volgen, over des te meer kennis de patiënten beschikken. Andere kenmerken van de sociaal-economische status beïnvloeden eveneens de tandheelkundige kennis, te weten: het beroepsniveau van de ouders en hun opleiding. Ook beschikken de kinderen met een particuliere ziektekostenverzekering over meer kennis dan de ziekenfondsverzekerden (resp. gemiddelden 3.6 en 3.1; t -toets; $p = .004$). De deelnemers aan het Plan Integrale Tandheelkunde hebben tevens een hogere kennis dan de niet-deelnemers (resp. 3.5 vs. 2.9; $p = .03$). Bij het constant houden van de invloed van het opleidingsniveau van het kind blijft dit verschil aanwezig.

De overige onderzochte factoren vertonen slechts in geringe mate een samenhang met de omvang van de tandheelkundige kennis. Indien rekening wordt gehouden met de invloed van

andere factoren blijkt dat in feite de kennis van de kinderen hoger ligt naarmate zij a. een positievere houding hebben ten opzichte van het belang van en de verantwoordelijkheid voor de eigen gebitszorg en b. meer aan gebitsverzorgingsgedrag zeggen te doen, te weten: frequenter poetsen, juiste poetsmoment, gebruik tandpasta en fluoride (zie punt 6 en 7 in tabel III). Het is van belang er op te wijzen dat de omvang van de tandheelkundige kennis niet met meer of met minder angst voor de tandarts gepaard gaat blijkens de score op de Corah-schaal.¹⁴ Ook de antwoorden op de vraag over de uitleg bij een restauratieve behandeling wijzen uit dat deze uitleg niet voor iedereen hetzelfde effect op de angst heeft. Hoewel 59% van de kinderen verklaart door deze uitleg minder bang te worden, blijkt 37% van de groep ondervraagden juist bang te worden door de voorlichting van de tandarts of de assistente.

4. Conclusie en discussie

Het onderzoek onder 15-jarige kinderen uit het voortgezet onderwijs toont aan dat volgens de kinderen de meeste informatie over hun gebit en de verzorging daarvan afkomstig is van de ouders en de tandarts. Een minder gebruikte bron ($\pm 25\%$) vormen folders, onderwijskrachten en de schooltandarts, terwijl de massamedia een nog geringere rol spelen (15-3%). Hieruit zou opgemaakt kunnen worden dat de ouders en de tandarts belangrijke personen zijn om de lacunes in de tandheelkundige voorlichting aan kinderen uit het voortgezet onderwijs aan te vullen; één derde van de kinderen ontvangt uit die bronnen geen tandheelkundige voorlichting. Voor de school en de algemene media lijken in dit opzicht een minder belangrijke rol wegge-



Afb. 1. De totale omvang van de tandheelkundige kennis (0 = geen vraag goed beantwoord; 7 = zeven vragen goed beantwoord).

legd. De centrale rol van de tandarts en de directe familiekring als tandheelkundige voorlichtingsbron vormt een bevestiging van de resultaten van onderzoek naar de structuur en het aanbod van T.G.V.O.⁶ Er zijn dus aanwijzingen dat personen uit de directe sociale omgeving een steunende factor zijn in de gezondheidsvoorlichting, conform de bevindingen in eerder onderzoek¹⁶. Van een exclusieve voorlichting door leerkrachten dient echter niet te veel effect verwacht te worden; zij geven relatief weinig tandheelkundige voorlichting. Hiermee dient in de ontwikkeling van gezondheidseducatie in het onderwijs nadrukkelijk rekening gehouden te worden.¹⁷

Tabel III. Factoren samenhangend met de tandheelkundige kennis.

Onderzochte factoren	Correlatie	(β)	Aantal
1. Geslacht (man=1; vrouw=2)	.05	—	299
2. Beroep kostwinner	.21**)	(.11)	294
3. Opleiding kostwinner	.17**)	—	210
4. Ziektekostenverzekering (fonds=1; part.=2)	.17**)	(.09)	207
5. Schoolopleiding van het kind	.33***)	(.18)	297
6. Houding t.o.v. gebitsgezondheid	.23***)	(.12)	295
7. Gebitsverzorgingsgedrag	.24***)	(.18)	289
8. Perceptie kwaliteit eigen gebit	.10*)	(-.03)	291
9. Tevredenheid met de tandarts	.09	—	286
10. Waardering gedrag tandartsen	.04	—	279
11. Angst voor de tandarts	-.07	—	295
12. Frequentie tandartsbezoek	.11*)	.09	291
13. Deelname aan integrale tandheelkunde	.18*)	—	153

*) $p \leq .05$; **) $p \leq .01$; ***) $p \leq .001$.

(): beta-coëfficiënten van de factoren die significant samenhangen met de kennis, inclusief sociale wenselijkheid en het aantal informatiebronnen, maar exclusief de deelname aan de integrale tandheelkunde en de opleiding van de kostwinner vanwege het lage aantal respondenten op die variabelen ($n = 245$).

De kennis van de ondervraagde leerlingen laat op verschillende punten duidelijk te wensen over. Met name is er een geringe kennis over: het minst schadelijke snoepgedrag en de oorzaak van tandbederf en van bloedend tandvlees. Op enkele punten ligt de kennis wel hoger dan in een eerder onderzochte vergelijkbare onderzoeksgroep. Zo vindt Tijmstra¹² dat 34% van de kinderen het juiste antwoord geeft op de vraag hoe op de minst schadelijke wijze voor het gebit een rolletje drop opgegeten kan worden: in ons onderzoek wist 49.5% het juiste antwoord op die vraag (nr. 4 in tabel II). In Tijmstra's onderzoek zijn de kinderen ook minder goed op de hoogte van de invloed van poetsen op bloedend tandvlees (36% juist; in ons onderzoek 57.2% juist; vraag 2 in tabel II).

Er bestaat een verband tussen het aantal informatiebronnen en de omvang van de kennis; het is daarom van belang dat er in meer media aandacht besteed wordt aan de voorlichting over schadelijke gevolgen van snoepgedrag en de oorzaak van tandbederf en van bloedend tandvlees. Echter gegeven de belangrijke voorlichtingsrol van ouders en tandartsen, zouden vooral zij aan de genoemde punten meer aandacht moeten besteden in hun voorlichting.

Ook blijkt dat kinderen die deelnemen aan de Integrale Tandheelkunde relatief vaak de mondhygiënist als informatiebron noemen, terwijl ze bovendien een hoger kennisniveau hebben. Hieruit mag geconcludeerd worden dat de mondhygiënisten een belangrijke rol spelen bij tandheelkundige voorlichting, een rol die belangrijker lijkt te zijn dan die welke folders in de tandheelkundige praktijk vervullen. Dat het bevorderen van kennis de moeite waard is, kan worden opgemaakt uit het gevonden positieve verband tussen de omvang van de kennis en zowel de houding ten opzichte van de gebitsgezondheid als het gebitsverzorgingsgedrag. Er zijn ook geen aanwijzingen dat meer voorlichting en meer kennis tot sterkere angstgevoelens voor de tandarts bij de kinderen zouden leiden.

De verschillende gevonden verbanden zouden als volgt in een model kunnen wor-



Afb. 2. Samenvatting van het gevonden onderzoeksmodel.

den ondergebracht (zie afb. 2).

We willen hierbij aantekenen dat de gevonden verbanden niet sterk zijn en dat in het onderzoek ook niet de causaliteit van de geschetste verbanden getoetst kon worden. De verbanden verklaren slechts een klein deel van de totale variantie van de antwoorden. Het grote aantal onderzochten leidt er toe dat de correlaties significant zijn, er zou experimenteel onderzoek nodig zijn om het afgeleide model op haar houdbaarheid te toetsen. Het model is wel in overeenstemming met de resultaten van eerder tandheelkundig onderzoek.¹³ Duidelijk wordt dat een gebruik van diverse voorlichtingsbronnen, leidend tot meer kennis, positieve voorwaarden zijn voor een gunstige houding en gedrag ten opzichte van gebitszorg van jeugdigen. Tandartsen dienen zich daarvan bewust te zijn.

Summary:

Title: Investigating dental health. VI. Sources of dental information and dental knowledge.

Keywords: Community dentistry – Epidemiology – Health education

Research among 15-year old children indicates that they receive the most important dental information from their parents and their dentist. Folders, teachers, the school-dentist and the mass media are in this respect less important. Dental knowledge is higher as the children name more sources. The knowledge of the children is relatively low, especially as far as the least injurious sweets-eating behaviour, the causes of dental decay and of bleeding gums are concerned. As the children are higher educated they mention more sources of information and their knowledge is higher. More knowledge is correlated with a more favourable attitude on dental health and a better dental care behaviour.

Literatuur:

1. Eijkman MAJ. Tandarts en patiëntenvoorlichting. Groningen: Wolters-Noordhoff, 1979.
2. Kalsbeek H. Het effect van T.G.V.O.-projecten bij de preventie van tandcariës. Ned Tijdschr Tandheelkd 1982; 89: 106-17.
3. Moltzer G. Van mond tot mond: vier experimenten op het gebied van de tandheelkundige voorlichting. Proefschrift Universiteit van Amsterdam, 1983.
4. Eijkman MAJ, Van Riel CBM, Van Dijk RJ. T.G.V.O., de structuur van vraag en aanbod. Vrije Universiteit te Amsterdam en rijksuniversiteit te Leiden, 1983.
5. Becker MH. The health belief model and personal health behavior. New Jersey: C.B. Slack Inc., 1974.
6. Dijk RJ, Van Riel CBM, Eijkman MAJ. Tandheelkundige gezondheidsvoorlichting en -opvoeding: een beschrijving van bronnen en gebruikers. Gezondheid en Samenleving 1984; 5: 171-9.
7. Nederlandse Vereniging voor Sociale Tandheelkunde. Jeugdverzorging op het spel. Amsterdam, 1983.
8. Westmaas-Jes MM. 10 jaar (T.) G.V.O. in Friesland. Leeuwarden: Werkgroep (T.) G.V.O., 1983.
9. Visser APH, Wiersma MA, Hansson P. De schoolgezondheidszorg. In: Hansson P, Visser APH, red. Gezondheidseducatie in het basisonderwijs. Assen: Van Gorcum, 1984.
10. Eijkman MAJ (red). De ontwikkeling van een praktisch hanteerbare index voor de gezondheidszorg van de mond. Vakgroep Sociale Tandheelkunde, Vrije Universiteit te Amsterdam, 1982.
11. Wiegman HP, Visser APH, Eijkman MAJ. Een onderzoek naar mondgezondheid. Deel I: Enkele basisgegevens en de representativiteit van de onderzoeksgroep van 15-jarigen. Ned Tijdschr Tandheelkd 1984; 91: 535-40.
12. Tijmstra Tj. Sociologie en tandheelkunde. Proefschrift rijksuniversiteit te Groningen, 1980.
13. Tax B, Heyendaal P, Ketelaar-van Ierssel A, Persoon J, Van 't Hof M. Waardering van gezondheid en tandverzorging bij Nijmeegse echt)paren. Een kijk op tanden en tandartsen. Ned Tijdschr Tandheelkd 1975; 82: 23-32.
14. Corah NL. Development of a dental anxiety scale. J Dent Res 1969; 48: 596.
15. Visser APH, Wiegman HP, Eijkman MAJ. Een onderzoek naar mondgezondheid. Deel V: Sociale wenselijkheid en de beantwoording van enquête-vragen in een tandheelkundig onderzoek onder 15-jarige kinderen. Ned Tijdschr Tandheelkd 1985; 92: 204-7.
16. Mootz M. De patiënt en zijn naasten. Dissertatie, Den Haag 1981.
17. Hansson P, Visser APH. Gezondheidseducatie in het basisonderwijs. Assen: Van Gorcum, 1984.

Januari 1985.

Postbus 7161,
1007 MC Amsterdam.