



University Medical Center Groningen

University of Groningen

Health in adolescence

Tuinstra, Jolanda

IMPORTANT NOTE: You are advised to consult the publisher's version (publisher's PDF) if you wish to cite from it. Please check the document version below.

Document Version

Publisher's PDF, also known as Version of record

Publication date:

1998

[Link to publication in University of Groningen/UMCG research database](#)

Citation for published version (APA):

Tuinstra, J. (1998). Health in adolescence: an empirical study of social inequality in health, health risk behaviour and decision making styles. Groningen: s.n.

Copyright

Other than for strictly personal use, it is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

Take-down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Downloaded from the University of Groningen/UMCG research database (Pure): <http://www.rug.nl/research/portal>. For technical reasons the number of authors shown on this cover page is limited to 10 maximum.

Samenvatting

Inleiding en opbouw van het proefschrift

Tijdens de adolescentie bestaan er geen sociaal-economische gezondheidsverschillen (SEGV), in tegenstelling tot de volwassenheid en de kindertijd. Tenminste, dat blijkt uit enkele recente studies in het buitenland. Deze studies trekken conclusies die indruisen tegen het hardnekkige idee dat op alle leeftijden een relatie bestaat tussen iemands sociale positie en gezondheid. In Nederland is de uitzonderlijke positie van adolescenten nog niet eerder onder de loep genomen. Wel stelde men de afgelopen tientallen jaren vaak vast dat volwassenen en kinderen in de lagere sociale klassen minder gezond zijn dan in de hogere sociale klassen.

In dit proefschrift is de vraag aan de orde of er sprake is van SEGV bij Nederlandse adolescenten. In het verlengde daarvan wordt gezocht naar mogelijke verklaringen tijdens de adolescentie die de terugkeer en toename van SEGV in de volwassenheid kunnen voorspellen. Die mogelijkheden worden onderzocht in gezondheidsbeïnvloedende gedragingen.

Aanleiding en achtergrond

Waarom deze studie? Het eerste hoofdstuk bevat vier motieven die pleiten voor de studie.

Het eerste motief bevat de leeftijdsspecificiteit van SEGV. House et al (1994) toonden als een van de eersten aan dat het patroon van SEGV minder werd naarmate de leeftijd vorderde. De Schotse onderzoeker West was een van de eerste onderzoekers die onderzocht of tijdens de adolescentie ook sociale ongelijkheid in gezondheid bestaat. In 1988 concludeerde hij dat SEGV in de jeugd vrijwel afwezig zijn. Andere onderzoekers bevestigden dit. Omdat SEGV op latere leeftijd opnieuw optreden, biedt juist deze herintreding mogelijkheden om meer inzicht te krijgen in de oorsprong ervan. Om die reden is het zinvol te onderzoeken in hoeverre de Nederlandse situatie dat beeld bij jongeren weer spiegelt.

Het tweede motief is het feit dat de gezondheid van jongeren, in verhouding tot die van jonge kinderen en ouderen, relatief weinig onderzocht is. Voor een deel kan dit worden verklaard uit de jarenlang heersende opvatting dat jongeren en gezondheid synoniem aan elkaar zijn. Verschillende recente onderzoeken laten echter zien dat deze opvatting niet geheel juist is. Deze studie kan antwoord geven op de vraag of en hoe vaak gezondheidsklachten voorkomen.

Het derde motief volgt uit de ambitieuze doelstelling van het volksgezondheidsbeleid om SEGV te reduceren. Deze doelstelling heeft zijn oorsprong in 1984, toen Nederland, samen met verschillende Westeuropese landen, 38 doelstellingen ondertekende in het "Health for All by the Year 2000". De eerste doelstelling betreft het terugdringen van verschillen in gezondheid. Men wilde de verschillen in gezondheid tussen landen onderling terugdringen met 25% en tussen groepen binnen landen met eenzelfde percentage. De doelstelling moet bereikt worden door een verbetering te bewerkstelligen bij de minstbedeelde landen en groepen. Om dit beleid gestalte te kunnen geven is het nodig te weten wat de aard en omvang van SEGV in verschillende leeftijdsgroepen zijn.

Hoewel alle landen deze doelstelling hebben onderschreven, lijkt zich een tegengestelde ontwikkeling in SEGV te voltrekken. SEGV nemen eerder toe dan dat zij afnemen. Ook in Nederland zien we deze toename in SEGV, zo bleek in het recent uitgebrachte rapport Volksgezondheid Toekomst Verkenning (Ruwaard 1997).

Het vierde en laatste motief gaat over de inhoud van interventies om SEGV terug te dringen en ligt in het verlengde van het vorige motief. De adolescentie is om verschillende redenen een ideale mogelijkheid om dergelijke interventies uit te voeren. Zo biedt een periode waarin nauwelijks SEGV optreden de uitdaging om deze verdeling van gezondheid ook in de volwassenheid zo lang mogelijk voort te zetten. Ook zijn adolescenten relatief makkelijk bereikbaar voor interventies, bijvoorbeeld via de scholen. Bovendien proberen adolescenten allerlei gedragingen uit die direct invloed hebben, op korte of lange termijn, op hun gezondheid. Het bestuderen van sociaal-economische verschillen in gezondheidsbeïnvloedend gedrag geeft informatie voor interventies.

In dit hoofdstuk volgt een kort overzicht van ander onderzoek naar SEGV. In eerste plaats wordt ingegaan op vier gangbare verklaringsmodellen die verankerd liggen in het Britse Black Report (Townsend & Davidson 1982). Deze verklaringsmodellen kunnen kortweg in twee mechanismen worden samengevat: het causatie- en het selectiemechanisme.

Het causatiemechanisme veronderstelt dat de sociaal-economische positie van iemand zijn of haar gezondheid beïnvloedt. Dit is enerzijds een direct effect, maar meer nog een indirect effect, via veel verschillende determinanten van gezondheid. SEGV bestaan volgens dit mechanisme, doordat mensen met een lagere sociaal-economische status (SES) meer gezondheidschadend gedrag vertonen, minder gezondheidbevorderend gedrag vertonen en onder ongunstiger condities werken en wonen.

Vergeleken met het causatiemechanisme legt het selectiemechanisme een volledig omgekeerde relatie tussen SES en gezondheid. Het selectiemechanisme gaat ervan uit dat de gezondheidstoestand van een persoon van invloed is op de sociale positie van diezelfde persoon. Een slechte gezondheid heeft een negatieve invloed op de schoolloopbaan en carrière van iemand, waardoor een minder gezond persoon in de lagere sociale klasse terecht zal komen.

Naast deze twee bekende verklaringsmodellen gaat het eerste hoofdstuk ook in op enkele nieuwe thema's in de verklaringsmodellen van SEGV. De eerste theoretische ontwikkeling is dat de afgelopen jaren psychosociale factoren zijn geïntroduceerd in het verklaringsmodel. Verschillende auteurs benadrukken het belang van de factoren stress, sociale steun, coping en persoonlijkheid. Daarnaast worden de Biologische Programmering van Barker en de Salutogene Aanpak van Antonovsky uitgewerkt als nieuwe thema's op het onderzoeksterrein van SEGV.

Ook komen enkele methodologische verbeteringen in dit onderzoeksterrein aan bod. De introductie van longitudinale onderzoeksopzetten en de evaluatie van interventies zijn twee belangrijke methodologische verbeteringen.

Aan het einde van hoofdstuk 1 worden de drie algemene onderzoeksvragen geformuleerd die centraal staan in het proefschrift:

- 1** In welke mate hebben adolescenten - jongens en meisjes - problemen met hun fysieke gezondheid, psychosociale gezondheid en chronische aandoeningen?
- 2** Is de situatie voor Nederlandse adolescenten vergelijkbaar met adolescenten in andere Westeuropese landen, waar weinig of geen sociaal-economische gezondheidsverschillen worden aangetroffen?
- 3** Welke sociale patronen van gezondheidsbeïnvloedend gedrag, die in de literatuur over kinderen en volwassenen bekend staan als link tussen sociaal-economische status (SES) en gezondheid, bestaan tijdens de adolescentie als mogelijke sleutel voor de terugkeer of toename van SEGV in de volwassenheid?

Methode en materiaal

Hoe de studie is uitgevoerd, staat beschreven in hoofdstuk 2. De uitvoering vond plaats in samenwerking met vier GGD-en in het noorden van Nederland, GGD Groningen Stad en Ommelanden, GGD Noord-Friesland, GGD Zuidoost Drenthe en GGD Regio IJssel Vecht. De GGD-en namen een steekproef uit scholen in het voortgezet onderwijs in hun regio. Daarbij hielden zij rekening met een gelijke verdeling tussen de schooltypes VBO, MAVO, HAVO en VWO. In totaal hebben uiteindelijk 1984 jongeren uit de vierde klas een vragenlijst ingevuld. Dat is een respons van 95%. De jongeren hadden een lesuur de tijd om de vragenlijst in te vullen. De vragenlijst bevatte een groot aantal vragen over de situatie bij de jongeren thuis, over hun gedrag, en over hun gezondheid.

Ook is aan de jongeren gevraagd of ze hun naam en adres wilden geven. Deze gegevens worden bewaard met twee doelen. Allereerst konden hierdoor ook de ouders van de jongeren een vragenlijst ontvangen om aanvullende informatie te krijgen. Bovendien maken de adresgegevens het mogelijk de jongeren in de toekomst nogmaals te benaderen voor een vervolgonderzoek. De overgrote meerderheid van de jongeren stemde in en gaf hun adres.

Adolescentie en gezondheid

Hoe vaak komen gezondheidsproblemen voor tijdens de adolescentie? Zijn deze gezondheidsproblemen gelijk of ongelijk verdeeld tussen jongens en meisjes? Deze twee vragen staan centraal in hoofdstuk 3. Sinds enkele tientallen jaren discussiëren beleidsmakers en onderzoekers over de vraag wat het begrip 'gezondheid' eigenlijk inhoudt en hoe je dat het beste kunt meten. Voor de gezondheid van volwassenen is de inhoud van die discussie vastgelegd in verschillende overzichtsböeken, bijvoorbeeld in de Volksgezondheid Toekomst Verkenning (1997). Voor jongeren is de discussie over de inhoud van het begrip gezondheid minder ver gevorderd. Wel bestaat er consensus over de noodzaak van een discussie over dit onderwerp. Die noodzaak bestaat des te meer omdat er duidelijk twee tegenstrijdige uitgangspunten zijn. Enerzijds bestaat het klassieke uitgangspunt dat adolescentie en gezondheid nagenoeg synoniem zijn. Anderzijds benadrukken meerdere onderzoekers juist dat hun resultaten dit klassieke uitgangspunt verwerpen en dat er onder jongeren wel degelijk veel gezondheidsproblemen aanwezig zijn.

Om verschillende gezondheidsaspecten van de jongeren te meten zijn vijf bestaande vragenlijsten gebruikt: de algemeen ervaren gezondheid, ervaren gezondheidsproblemen, psychosociale gezondheid, mentale gezondheid en vitaliteit, en chronische aandoeningen.

De belangrijkste conclusie van dit hoofdstuk is dat de klassieke opvatting geen stand houdt. Hoewel over het algemeen de gezondheid van jongeren goed is, geeft een groot deel van hen aan gezondheidsproblemen te hebben. Geconfronteerd met een lijst met daarop dertien gezondheidsklachten, antwoordt 89% van de jongeren in ieder geval een van deze klachten te ervaren. Moeheid en hoofdpijn worden het meest genoemd. Een derde deel van de onderzochte jongeren geeft aan problemen van psychosociale aard te hebben. Zo voelen ze zich ongelukkig of neerslachtig, hebben ze het gevoel voortdurend onder druk te staan, en vinden ze dat ze door zorgen slaap tekort komen. Ook geeft meer dan eenderde van de jongeren aan een chronische aandoening te hebben. Astma, hooikoorts en huidziekte/eczem zijn hierbij de meest voorkomende aandoeningen.

De tweede conclusie van dit hoofdstuk is, dat meisjes beduidend meer gezondheidsproblemen rapporteren dan jongens. Deze conclusie komt overeen met veel ander onderzoek.

Sociaal-economische gezondheidsverschillen in de adolescentie

Centraal in de hoofdstukken 4 en 5 staat de relatie tussen de sociaal-economische positie van de ouders enerzijds en de gezondheid van de jongeren anderzijds.

In hoofdstuk 4 wordt de hypothese getoetst dat, zoals uit enkele buitenlandse studies is gebleken, er niet of nauwelijks een relatie bestaat tussen de SES van de ouders en de gezondheid van jongeren. Daarom is voor de vijf gezondheidsmaten die beschreven zijn in hoofdstuk 3 onderzocht in hoeverre dat klopt. Het sociale milieu is bepaald door het opleidingsniveau en de beroepsstatus van zowel de vader als van de moeder van de adolescent.

De belangrijkste conclusie van hoofdstuk 4 is dat ook in (de vier noordelijke provincies van) Nederland niet of nauwelijks een samenhang bestaat tussen het sociale milieu waarin de jongere opgroeit en zijn of haar gezondheid. Er zijn enkele uitzonderingen op deze conclusie, die allemaal het opleidingsniveau van de vader betreffen.

Klachten over de psychosociale en mentale gezondheid hangen samen met het opleidingsniveau van de vader. Bijzonder is dat jongeren in de laagste, maar ook in de hoogste opleidingsgroepen van de vader de

meeste gezondheidsproblemen rapporteren.

In hoofdstuk 5 staat vervolgens een specifieke gezondheidsmaat centraal, namelijk chronische aandoeningen. Eerder bleek dat er geen samenhang bestaat tussen het milieu van herkomst en het vóórkomen van een of meer chronische aandoeningen. Bestaat er een relatie tussen het voorkomen van een chronische aandoening en de mate van zelfwaardering van jongeren? Vervolgens wordt nagegaan of deze relatie sterker of zwakker is voor de groepen met een verschillende SES.

Een opmerkelijke conclusie van hoofdstuk 5 is dat jongeren met een chronische aandoening minder zelfwaardering hebben dan jongeren zonder chronische aandoening. Dit geldt zowel voor jongens als voor meisjes, zij het dat de zelfwaardering van meisjes over het algemeen beduidend lager is dan die van jongens. Zelfwaardering hangt samen met - alleen - het opleidingsniveau van de moeder. Een hoger opleidingsniveau van de moeder gaat samen met meer zelfwaardering van de jongeren. Dat geldt zowel voor jongeren met als zonder een chronische aandoening, en zowel voor jongens als voor meisjes.

De hypothese van de latente verschillen

In hoofdstuk 6 wordt de hypothese van de latente verschillen getoetst. Deze hypothese houdt in dat, hoewel er geen SEGV zijn tijdens de adolescentie, er wel sociaal-economische gedragsverschillen kunnen zijn. Gezondheidsschadend gedrag van jongeren heeft op termijn een negatieve invloed op hun gezondheid. Sociaal-economische gedragsverschillen kunnen daarom worden beschouwd als voorlopers op de terugkeer van sociaal-economische gezondheidsverschillen in de volwassenheid.

Om de hypothese van de latente verschillen te kunnen toetsen, onderzoeken we de relatie tussen het sociale milieu van herkomst en vier gezondheidsgerelateerde gedragingen, namelijk roken, alcoholgebruik, softdrugsgebruik en sporten. Ook is gekeken of een opeenstapeling van ongezond gedrag samenhangt met het milieu van herkomst. Het milieu van herkomst is in dit hoofdstuk gemeten door vier indicatoren, namelijk het opleidingsniveau van zowel de vader als van de moeder en de beroepsstatus van beide.

De belangrijkste conclusie van dit hoofdstuk is dat de hypothese van de latente verschillen over het geheel genomen niet ondersteund wordt door de resultaten. Er is namelijk geen relatie gevonden voor de SES en roken, alcoholgebruik en softdrugsgebruik. De veronderstelling dat

jongeren in de lagere sociale klassen meer van dit gedrag vertonen is in deze studie dus niet bevestigd. Voor sport vonden we wel een relatie met de SES. Jongeren met een lagere SES sporten minder vaak dan jongeren met een hogere SES. Ook een opeenstapeling van ongezonde gedragingen heeft geen relatie met de SES.

Daarnaast vonden we enkele uitzonderingen op de hoofdconclusie. Alleen voor de beroepsstatus van de vader vonden we wel een relatie met roken, alcoholgebruik en de opeenstapeling van roken, alcoholgebruik en softdrugsgebruik. Deze relatie is echter niet, zoals verwacht, lineair, maar W-vormig. De hoogste percentages van dit gedrag vonden we bij jongeren met een vader met een eerste (laagste), derde en zesde (hoogste) beroepsstatus.

Een tweede conclusie van dit hoofdstuk is dat de verschillen tussen jongens en meisjes variëren per gedrag. Voor roken en sporten zijn geen verschillen gevonden. Voor alcohol en softdrugs vonden we wel verschillen tussen jongens en meisjes, waarbij meer jongens dit ongezonde gedrag vertonen dan meisjes.

Beslissingsstijlen, de vragenlijst

In hoofdstuk 7 staat de evaluatie van een bestaande vragenlijst centraal, de Adolescent Decision Making Questionnaire (ADMQ). De ADMQ beoogt met dertig vragen vijf beslissingsstijlen te meten bij jongeren: waakzaamheid, paniek, uitstel, inschikkelijkheid, en zelfvertrouwen. Worden deze vijf stijlen inderdaad gemeten, of gaan de dertig vragen eigenlijk over andere beslissingsstijlen? Deze vraag is de eerste van de drie hoofdvragen van dit hoofdstuk. Het antwoord is dat de originele vragenlijst eigenlijk niet de beoogde stijlen meet. Daarom werd een aangepaste vragenlijst ontworpen, met 22 vragen die vier beslissingsstijlen meet, dociliteit, zelfvertrouwen, paniek en impulsiviteit. De aangepaste ADMQ is ontworpen met gegevens van de helft van de onderzoeksgroep. Vervolgens is in de andere helft van de onderzoeksgroep, de controlegroep, de aangepaste ADMQ getoetst. De aangepaste versie van de ADMQ blijkt een goede en betrouwbare vragenlijst te zijn.

De derde vraag die centraal staat in dit hoofdstuk is of dociliteit, zelfvertrouwen, paniek en impulsiviteit ook samenhangen met de sociale druk uit de omgeving, sekse en schoolniveau. Zoals verwacht hangt een dociele manier van beslissingen nemen sterk samen met sociale druk uit de peergroep. Ook met paniek en impulsiviteit vinden we een positieve samenhang, maar deze ontbreekt voor zelfver-

trouwen. Meisjes beslissen meer dan jongens op een paniekerige manier. Daarnaast beslissen jongens met meer zelfvertrouwen, impulsiever en ook docieler. Zoals verwacht beslissen jongeren die de hogere schoolniveaus volgen met meer zelfvertrouwen, minder dociel, minder paniekerig en minder impulsief.

Differentiële kwetsbaarheidshypothese

Verschillende theorieën en studies benadrukken de mogelijkheid dat er in de ene SES-groep een bepaalde relatie wel aanwezig is, terwijl die voor een andere SES-groep niet bestaat. Er is dan sprake van een differentieel effect van SES. Zo komt volgens deze studies de relatie tussen stress en ongezondheid bij mensen met een lagere SES veel duidelijker naar voren dan bij mensen met een hoge SES.

Gebaseerd op deze gedachte, staat in hoofdstuk 8 de vraag centraal of er een differentieel effect van SES bestaat op de relatie tussen beslissingsstijlen en ongezond gedrag. De hypothese luidt dat adolescenten met een lage SES kwetsbaarder zijn dan adolescenten met een hoge SES. In de lage SES-groep wordt een relatie verwacht tussen ineffektieve beslissingsstijlen -dociel, paniek en impulsief- en ongezond gedrag. In de hoge SES-groep wordt deze relatie niet verwacht.

De resultaten in dit hoofdstuk laten zien dat het opleidingsniveau van de vader samenhangt met de beslissingsstijlen van de adolescenten. Jongeren met een lage SES blijken meer dociel en meer impulsief, terwijl jongeren met een hoge SES met meer zelfvertrouwen beslissingen nemen.

Slechts een van de ineffektieve beslissingsstijlen hangt samen met ongezond gedrag. Een hoge mate van impulsiviteit blijkt samen te gaan met zowel roken, alcoholgebruik en softdrugsgebruik. Tenslotte werd geen enkel differentieel effect gevonden van de SES op de relatie tussen beslissingsstijlen en gezondheidsgedrag. De resultaten gaven geen ondersteuning voor de differentiële kwetsbaarheidshypothese.

Tot slot

In het laatste hoofdstuk van het proefschrift worden de resultaten samengevat, methodologische kanttekeningen geplaatst, en antwoorden gegeven op de algemene onderzoeksvragen. Als laatste gaat het hoofdstuk in op de implicaties van de onderzoeksresultaten voor nieuw onderzoek en voor interventies. Hieronder volgt een samenvatting van

enkele methodologische kanttekeningen, de algemene discussie en implicaties voor nieuw onderzoek en voor interventies.

Methodologische kanttekeningen

Voordat de resultaten van de studie worden vertaald in antwoorden op de gestelde onderzoeksvragen worden zij geëvalueerd. Welke bronnen van vertekening zijn in de studie aanwezig en hoe kunnen die worden beoordeeld? En, vervolgens, hoe generaliseerbaar zijn de resultaten? Een eerste bron van mogelijke vertekening heeft te maken met het feit dat de gegevens zijn gerapporteerd door de jongeren zelf. Zij hebben een vragenlijst voorgelegd gekregen en konden zelf antwoorden. Een andere methode is voor de centrale onderzoeksvragen echter niet denkbaar, omdat de gezondheid zoals jongeren die zelf ervaren een essentieel aspect van de studie is. Een tweede vertekeningbron bestaat uit het percentage non-respons. Een groot percentage weigeraars kan de resultaten en de conclusies ernstig vertekenen. In deze studie is de respons juist heel hoog, 95%. Een derde bron van mogelijke vertekening heeft te maken met de meetinstrumenten die zijn gekozen. Deze zijn in onze studie gekozen conform bestaande inzichten van andere studies. Tenslotte is het zo dat het om slechts een meetmoment gaat, zogenaamde cross-sectionele gegevens. De moeilijkheid daarbij is, dat dan slechts gesproken mag worden van samenhangen en niet van oorzaak en gevolg.

Een laatste methodologische kanttekening betreft de mate waarin conclusies zijn te generaliseren naar een grotere groep dan alleen de onderzoeksgroep. De conclusies van deze studie zijn niet zonder meer naar de totale Nederlandse populatie jongeren te vertalen. Ten eerste beperkt de studie zich tot de jongeren die naar het reguliere voortgezet onderwijs gaan. Voor deze groep jongeren hebben we een representatieve steekproef kunnen realiseren, mede door de hoge respons. De restrictie is dat we geen uitspraken kunnen doen over andere jongeren: geïnstitutionaliseerde jongeren of zij die vanwege een ernstige (chronische) aandoening of gedragsproblemen geen regulier onderwijs kunnen volgen. In de tweede plaats verschilt de steekproef met een in het Westen van Nederland, gezien onder andere het lage percentage allochtone jongeren.

Algemene discussie

In dit deel worden antwoorden gegeven op de eerder gestelde drie algemene onderzoeksvragen.

De eerste vraag betreft de aanwezigheid van gezondheidsproblemen bij adolescenten. De resultaten van deze studie laten zien dat jongeren niet zonder meer als gezond kunnen worden beschouwd. Het meest opvallend in de resultaten is het relatief grote deel jongeren dat psychosociale problemen en chronische aandoeningen rapporteert. Het grote aantal jongeren met psychosociale problemen wordt in het laatste hoofdstuk tegen het licht gehouden van de maatschappelijke context waarin de huidige jongeren opgroeien. Verschillende maatschappelijke ontwikkelingen plaatsen jongeren in een kwetsbare positie, die van invloed kan zijn op hun psychosociale gezondheid. Jongeren twijfelen vaak over hun maatschappelijke positie en ervaren die als onzeker. Tegenstrijdige processen van vrijheden en beperkingen hangen hier sterk mee samen.

De tweede centrale vraag houdt de toetsing in van de hypothese dat er weinig of geen sociaal-economische gezondheidsverschillen bestaan tijdens de adolescentie. De resultaten van de studie ondersteunen deze hypothese en laten zien dat gezondheid en gezondheidsklachten eerder gelijk verdeeld zijn over de verschillende sociale strata tijdens de adolescentie. Sociale status lijkt dus een andere rol te spelen in de verdeling van (on)gezondheid in deze periode dan in de volwassenheid.

Drie mogelijke verklaringen worden kort aangestipt voor de verschillen in patronen tussen de adolescentie en de volwassenheid. Als eerste wordt genoemd het lange termijn effect van ongezonde omstandigheden en gewoontes. De tweede verklaring betreft gezondheidsselectie. Tijdens de adolescentie bestaan er weliswaar nog geen SEGV, maar vanaf de adolescentie begint de gezondheidsselectie. Jongeren met een slechte gezondheid zullen een minder goede schoolloopbaan hebben en een lagere SES behalen. De derde mogelijke verklaring stelt vraagtekens bij het begrip SES. Wellicht heeft dit begrip aan betekenis ingeboet en speelt het een minder prominente rol bij de verdeling van gezondheid.

De derde centrale vraag gaat over mogelijke sociale patronen in ongezond gedrag, als link tussen SES en gezondheid, die de sleutel kunnen vormen voor de terugkeer en toename van SEGV in de volwassenheid. Het antwoord op deze vraag is dat er over het geheel genomen geen sociaal-economische gedragsverschillen zijn. SES blijkt niet samen te hangen met roken, alcoholgebruik en softdrugsgebruik. De veronderstelling dat jongeren in de lagere sociale klassen dit gedrag vaker verto-

nen is in onze studie dus niet gevonden. Alleen voor sporten bestaat deze relatie wel.

De vierde vraag, een verbijzondering van de drie centrale vragen, betreft de opmerkelijke rol van sekse in relatie tot de gezondheid van jongeren. Door de hele studie heen zien we grote verschillen tussen jongens en meisjes. Meisjes rapporteren, net als in andere studies, meer gezondheidsklachten dan jongens. Verklaringen worden gezocht in uiteenlopende factoren, variërend van een relatief lage zelfwaardering van meisjes, meer fysieke veranderingen in de puberteit, meer stress en tegenstrijdige maatschappelijke verwachtingen.

De verschillen tussen jongens en meisjes betreffen niet alleen gezondheidsklachten, maar ook zelfwaardering, gezondheidsgedrag en beslissingsstijlen. Het beeld dat uit de consequente verschillen tussen jongens en meisjes naar voren komt, is dat meisjes het lastiger hebben met opgroeien dan jongens. Vanuit sociologisch en psychologisch standpunt worden hiervoor verschillende verklaringen gegeven. In essentie draaien de verklaringen om verschillende socialisaties van jongens en meisjes. De socialisatie van meisjes is meer gericht op een positie afhankelijk van een ander, waardoor ze emotioneel minder stabiel zijn en een lagere zelfwaardering hebben. Daarnaast legitimeert de socialisatie meisjes hun gevoelens meer te uiten dan jongens. Bovendien hebben meisjes een lastige positie in de samenleving. Zij staan bloot aan meer stress door complexe combinaties van rollen en tegengestelde verwachtingen.

Implicaties voor onderzoek en interventies

De kennis over de gezondheid van jongeren bevat nog witte vlekken. In het laatste hoofdstuk worden verschillende suggesties gegeven voor toekomstig onderzoek. Het gaat hierbij enerzijds om een vervolgstudie van de groep jongeren en anderzijds om aanvullende analyses op de gegevens van het eerste meetmoment.

De vervolgstudie

In de eerste plaats bestaat het idee om de onderzoeksgroep na 3 jaar nogmaals een vragenlijst te sturen met voornamelijk dezelfde vragen. De informatie van twee momenten geeft de mogelijkheid om interessante vragen te beantwoorden. Vijf suggesties worden genoemd:

- 1 De centrale vraag is of het ontbreken van SEGV gedurende de adolescentie na drie jaar nog van kracht is. Of is er inmiddels voor sommige gezondheidsmaten al een terugkeer van SEGV op te merken?

- 2** Met een vervolgstudie kan gezondheidsselectie worden bestudeerd. Een voorbeeld daarvan is het volgen van jongeren met een chronische aandoening. Vooral de overgang van adolescentie naar de vroeg volwassenheid biedt inzicht in de effecten van het hebben van een chronische aandoening op de schoolcarrière, de beroepskeuze en de beroepskansen. Een andere vraag hierbij is, of de effecten even groot zijn voor jongeren in de lage versus de hoge SES-groepen. Het idee bestaat dat jongeren in de hoge SES-groepen compenserende mechanismen hebben om de negatieve effecten te verminderen.
- 3** Voortvloeiend uit het idee van de compenserende mechanismen, kan in de vervolgstudie de vraag worden beantwoord over de aanwezigheid van een buffer. Dit idee van de buffer houdt in dat jongeren met een hogere SES minder negatieve effecten zullen ondervinden van ongezonde leefstijlen op hun gezondheid dan jongeren met een lagere SES. De gunstige sociale omstandigheden waarin jongeren met een hogere SES opgroeien kunnen als het ware beschouwd worden als een buffer.
- 4** De vervolgstudie geeft ook kans om patronen te onderzoeken in gedrag van jongeren in de overgang naar de vroeg volwassenheid. Ontstaan er na jaren misschien alsnog sociaal-economische gedragsverschillen bij jongeren? Zijn het vooral de jongeren met een hogere SES die stoppen met ongezond gedrag? Onderzoek naar stabiliteit en/of verandering in gedrag van ongezond gedrag helpt antwoord te geven op nog veel onbeantwoorde vragen.
- 5** Tenslotte kan in de vervolgstudie het idee verder worden uitgewerkt en uitgezocht van een mogelijk cohort-effect. Het ontbreken van SEGV tijdens de adolescentie houdt de mogelijkheid in zich dat voor deze generatie wellicht een ander mechanisme werkzaam is dan voor andere generaties, waar wel SEGV voor gevonden zijn. Een cohort-effect zou voor vervolgmetingen betekenen dat SEGV steeds ontbreken. Van belang is dan natuurlijk om ook na te gaan hoe het patroon eruit ziet voor de generaties na het onderzochte cohort.

Aanvullende analyses

Aanvullende analyses over de eerste meting, en vergelijkingen met eerdere en internationale studies kunnen inzicht geven in nog onbeantwoorde vragen, met vier belangrijke suggesties:

- 1** Het hoge percentage jongeren dat aangeeft gezondheidsklachten en problemen te ervaren geeft aanleiding tot nader onderzoek. Zijn deze percentages hoger dan eerdere studies, geldt dat over de gehele linie van de gezondheid, of zijn specifieke gebieden aan te wijzen die verantwoordelijk zijn voor de hoge percentages? En als die percentages inderdaad hoger zijn, zijn er dan oorzaken voor aan te wijzen?

- 2 Een tweede vraag die meer aandacht verdient, is het consequente verschil tussen jongens en meisjes, in het nadeel van de laatsten. Theoretische verdieping van deze verschillen, met oog voor zowel biologische, psychologische en sociologische invalshoeken, is zeker de moeite waard.
- 3 Daarnaast is de relatieve invloed van ouders, vrienden en school op de gezondheid en gezondheidsgedrag in dit proefschrift onderbelicht gebleven. Inzicht in de partijen die het meest van invloed zijn op ongezonde leefstijlen van jongeren is onontbeerlijk voor voorlichtingsprojecten en interventies. De onderzoeksgegevens bieden de gelegenheid om deze relatieve invloeden uit te zoeken.
- 4 Internationale vergelijkingen zijn zeer schaars over SEGV bij jongeren. Vooral voor de Oosteuropese landen is zeer weinig bekend over dit fenomeen. Daarom is onlangs een studie gestart in Slowakije. De Slowaakse studie is zodanig opgezet dat een vergelijking met Nederland mogelijk is.

Implicaties voor interventies

Tenslotte is de adolescentie een ideale gelegenheid om interventies uit te voeren en te evalueren in hoeverre die interventie SEGV terugdringt. Terugdringen van SEGV staat immers hoog op de agenda van het volksgezondheidsbeleid. In het laatste deel van de proefschrift worden enkele suggesties gedaan voor mogelijkheden om de toename van SEGV in de volwassenheid te remmen. Dergelijke pogingen zouden gepaard moeten gaan met goed opgezette evaluatiestudies.

Twee hoofdgebieden worden onderscheiden waarop de interventies zich zouden kunnen richten. De eerste suggestie, sport, blijkt in deze studie als enige sterk gerelateerd te zijn met de SES: jongeren met een hogere SES sporten meer. Stimulering van sport in de lagere SES-groepen kan op korte termijn, maar vooral ook op langere termijn een positief effect hebben op de gezondheid van mensen met een lagere SES.

De tweede suggestie houdt meerdere interventies in, allemaal gericht op het versterken van sociale vaardigheden, probleemoplossend vermogen en zelfvertrouwen. Uit onze studie blijkt dat de verschillen tussen jongeren in de lage versus de hoge SES-groepen zich in het bijzonder op deze terreinen afspelen.