Intergenerationele overdracht van risicogedrag

Rookgedrag, alcoholgebruik en ongezonde eetgewoonten van ouders en hun volwassen kinderen

Anne ten Cate, Tim Huijts & Gerbert Kraaykamp¹

Summary

Intergenerational transmission of risk behaviour: the association between smoking, alcohol use, and unhealthy eating habits of parents and their adult children

Employing information on more than 1200 individuals from the Family Survey Dutch Population 2000, we study to what extent risk behaviour (smoking, alcohol use, and unhealthy eating habits) is transmitted intergenerationally from parents to their adult children. Moreover, by building on theoretical notions on the socialization of risk behavior, we derive expectations on differential effects of parental risk behaviour for daughters and sons, and for low and high educated children. Our results show that risk behaviour of parents indeed has a stimulating effect on the smoking, drinking, and eating habits of their offspring. The transmission of abstinence and excessive alcohol use of mothers is stronger for daughters, whereas the transmission of excessive alcohol use of fathers is stronger for sons. Furthermore, higher educated children are less likely to be a smoker when they have a moderately smoking mother, and alcohol abstinence of the father leads to a lower risk of excessive alcohol use among higher educated children.

1. Inleiding

In Nederland is de laatste jaren nauwelijks winst geboekt bij het streven naar een gezondere leefstijl (CBS, 2010). Zo blijft ernstig overgewicht onder de volwassen bevolking toenemen en ondanks een afname van het percentage jongeren dat overmatig alcohol gebruikt, drinkt de jeugd in Nederland de laatste jaren toch nog te jong, te vaak en te veel. De laatste tien jaren is er wel sprake van een licht dalende tendens in het percentage rokers onder mannen en vrouwen. Toch blijft het percentage

mensen dat rookt onder de jongste groep (12-24-jarigen) de afgelopen vijf jaren gelijk (CBS, 2010). Uit de 'Nationale Leefstijlbarometer (2008)', een onderzoek van het Diabetes Fonds, de Nederlandse Hartstichting en de Nierstichting, blijkt dat bijna 60% van de Nederlanders ongezond leeft en daarmee de kans op ziekten vergroot (www.lekkerlangleven.nl).

Om bovengenoemd risicogedrag onder de bevolking terug te kunnen dringen is het belangrijk om te weten welke mensen dergelijk gedrag vertonen en hoe en wanneer dit gedrag gevormd wordt. Minister Schippers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) veronderstelt dat mensen er vooral zelf verantwoordelijk voor zijn om gezond met hun lichaam om te gaan (Schippers, 2011). Risicovol gedrag wordt dan gezien als een weloverwogen keuze die volwassenen zelf kunnen maken. Bij het terugdringen van risicovol gedrag dient de rol van de overheid volgens deze redenering dan ook klein te zijn, aangezien er niet ingegrepen dient te worden in individuele vrijheden om te roken, alcohol te drinken en ongezond te eten. Het is echter de vraag of het bij risicovol gedrag van volwassenen wel gaat om weloverwogen keuzes of dat risicogedrag voortkomt uit tijdens de jeugd ingesleten gedragspatronen. In het laatste geval is het moeilijker vol te houden dat de verantwoordelijkheid voor risicovol gedrag volledig ligt bij capabele onafhankelijke burgers. Het is daarom zeer relevant om vast te stellen in hoeverre patronen in risicogedragingen terug te voeren zijn op sociale omstandigheden tijdens de jeugd.

In dit artikel onderzoeken we in hoeverre primaire socialisatieaspecten (kenmerken van het ouderlijke gezin waarin mensen zijn opgegroeid) van invloed zijn op het risicogedrag van volwassen Nederlanders. De nadruk ligt daarbij op roken, overmatig alcoholgebruik en hoogcalorische eetgewoonten, drie leefstijlfactoren die belangrijk zijn bij het veroorzaken van ziekte en sterfte in Nederland (Kuunders & Van Laar, 2009; Mackenbach, 2010). Een algemene verwachting is dat (volwassen) kinderen meer risicovol gedrag rapporteren als ook hun ouders gedurende hun jeugd meer risicovolle gedragingen tentoonspreidden. De eerste onderzoeksvraag luidt daarom: *In hoeverre is er sprake van intergenerationele overdracht van risicogedrag in Nederland?* Daarnaast zullen we in dit artikel onderzoeken in hoeverre de socialiserende invloed van ouderlijk risicogedrag verschilt voor zonen en dochters en voor hoog- en laagopgeleiden. Zoals we in dit artikel zullen beargumenteren, is het aannemelijk dat de intergenerationele overdracht van risicogedrag zich niet bij alle sociale groepen in gelijke mate voordoet. Hoogopgeleiden bezitten meer kennis en vaardigheden die een tegenwicht kunnen bieden tegen de invloed van ouderlijk risicovol gedrag tijdens de socialisatiefase. Verder is het mogelijk dat door 'role-modeling' mannen gevoeliger zijn voor het risicogedrag van hun vader, terwijl het risicogedrag van de moeder

dochters juist sterker beïnvloedt dan zonen. De tweede onderzoeksvraag luidt dan ook: *In hoeverre verschilt de invloed van het ouderlijk risicogedrag op het eigen risicogedrag voor mannen en vrouwen en voor diverse opleidingsgroepen in Nederland?*

Er zijn verschillende redenen waarom een studie naar de intergenerationele overdracht van risicogedrag relevant is. Ten eerste heeft risicovol gedrag grote gevolgen voor (ervaren) gezondheid en sterfte in een samenleving. Roken, overmatig alcoholgebruik en hoogcalorische eetgewoonten vormen zodoende een grote belasting voor de gezondheidszorg, sociale diensten en arbeidsproductiviteit (CBS, 2007; Mackenbach, 2010; Sherlock, 1982; Sturm, 2002; Van Deursen & Koenders, 2007). Het is daarom belangrijk om zicht te krijgen op de determinanten van risicogedrag om een gerichte aanpak voor het terugdringen van risicogedrag mogelijk te maken. Ten tweede is er voor Nederland nog maar weinig onderzoek gedaan naar de overdracht van risicovol gedrag. Veel eerdere studies zijn afkomstig uit de Verenigde Staten en Groot-Brittannië (Barnes e.a., 2000; Murry, Kiryluk & Swan, 1985; Wood e.a., 2004). Aangezien ongezonde leefstijlgewoonten in Nederland steeds meer publieke en politieke belangstelling genieten, is ook hier onderzoek naar de rol van intergenerationele overdracht noodzakelijk. Ten derde heeft eerder onderzoek vaak slechts één aspect van gezondheidsleefstijl belicht (bijvoorbeeld Monden, 2002; Monden, De Graaf & Kraaykamp, 2003). In dit onderzoek onderzoeken we daarom de invloed van socialisatiekenmerken op zowel roken, overmatig alcoholgebruik als hoogcalorische eetgewoonten. Ten vierde bestuderen we blijvende effecten van ouderlijk risicogedrag, aangezien onze onderzoekspopulatie volwassen kinderen die het ouderlijk huis hebben verlaten betreft. Hiermee biedt deze studie zicht op de mate waarin algemene processen van intergenerationele overdracht zoals die in andere sociologische velden (zoals onderzoek naar opleidingssucces, beroepsstatus en culturele consumptie) naar voren zijn gekomen ook opgaan voor risicovol gedrag. Een laatste bijdrage van dit artikel is dat we bestuderen of ouderlijke socialisatie verschillend uitpakt voor mannen en vrouwen, en voor hoog- en laagopgeleiden. Hierdoor is het beter mogelijk beleid te ontwikkelen ten aanzien van preventie of gedragsverandering voor specifieke doelgroepen. In tegenstelling tot eerder veelal gezondheidswetenschappelijk onderzoek naar overeenkomsten in risicogedrag tussen ouders en kinderen zijn we in deze studie dan ook in staat om sociologische theorieën over socialisatieprocessen en rolpatronen aan een toets te onderwerpen.

2. Theorie en hypothesen

2.1 Socialisatie van risicovol gedrag

153

Via de opvoeding hebben ouders een grote invloed op het gedrag van hun kinderen die voortduurt tot in volwassenheid. Meer precies is socialisatie het proces waarin gewoonten en gebruiken van de ene generatie op de andere worden overgedragen en waarin een kind leert onderdeel te worden van een samenleving (Berger & Berger, 1972; Meulenbelt, 1995). Socialisatie is een voortdurende wisselwerking van het kind met de sociale omgeving. Meulenbelt (1995) stelt daarom ook dat socialisatieprocessen nooit af zijn. In de primaire socialisatiefase gebeurt het overdragen van gewoonten en gebruiken binnen het ouderlijk gezin waarin mensen opgroeien, en in de secundaire socialisatiefase door interactie met vrienden, studiegenoten en collega's. Bij de primaire socialisatie nemen ouders overwegend hun eigen leven, in termen van bereikte posities, opvattingen en voorkeuren, als referentiepunt. Uitgangspunt daarbij is dat vrijwel alle ouders ernaar streven dat hun kinderen het goed krijgen in hun latere volwassen leven (Kraaykamp, 2009). Daarom geven ouders aan hun kinderen datgene mee waarvan zij verwachten dat het relevant is om als volwassene goed beslagen ten ijs te komen. Deze primaire socialisatie kan op verschillende manieren plaatsvinden. Kraaykamp (2009) noemt imitatie en instructie als concrete en te onderscheiden gedragscomponenten in de opvoeding. Bij imitatie verloopt de socialisatie veelal niet-intentioneel en informeel, aangezien ouders dienen als een vanzelfsprekend rolmodel. Bij instructie handelt het specifiek om activiteiten in een familie gericht op de stimulering van gewenst gedrag bij kinderen. Hoewel instructie van risicogedrag binnen het ouderlijk milieu ook kan plaatsvinden (bijvoorbeeld ouders die hun kinderen bewust laten kennismaken met alcohol) gaan we ervan vanuit dat de socialisatie van risicogedrag door ouders vooral plaatsvindt via imitatie. Immers, de meeste ouders zijn zich bewust van de schadelijke gevolgen van risicovolle gedragingen, zoals roken en ongezond eten, en zullen dergelijke gedragingen dus niet doelbewust aan hun kinderen willen overdragen.

Uit het onderzoeksrapport van Anderson en Baumbach (2006) en gegevens van het RIVM (Willemsen e.a., 2009; Hoeymans, 2009; Kuunders, 2009a) en Mackenbach (2010) is te constateren dat het gedrag en de houding van de sociale omgeving (waar het gedrag en de houding van de ouders onder valt) inderdaad het risicovolle gedrag van kinderen beïnvloeden. Risicovol gedrag van ouders kan als voorbeeldgedrag worden ervaren, wat door kinderen wordt gekopieerd (zie bijvoorbeeld: www.kinderenkopieren.nl). Kinderen wier ouders risicovol gedrag vertonen in de socialisatiefase zullen naar verwachting dit gedrag sneller vertonen, omdat de sociale omgeving van het kind dan geen of een min-

der afwijzende houding inneemt ten opzichte van dit risicogedrag. Deze voorkeuren en gedragingen zullen naar verwachting voortduren tot in de volwassenheid, omdat mensen gedurende de socialisatiefase blijvend gevormd worden. Vanuit deze redenering is de volgende hypothese opgesteld:

H1. Naarmate ouders meer risicovol gedrag vertoonden tijdens de socialisatiefase, zullen hun volwassen kinderen meer risicovol gedrag vertonen.

2.2 Differentiële effecten van ouderlijk risicogedrag naar geslacht

Naast deze algemene veronderstelling is de verwachting dat ongezonder gedrag van ouders een verschillende invloed heeft op dochters en zonen. Vanuit de roltheorie besproken in Gadourek (1982) is hiervoor een verklaring aan te dragen. De roltheorie veronderstelt onder andere dat mannen en vrouwen verschillende sekserollen vervullen in de samenleving. Deze sekserollen zijn op te vatten als maatschappelijke gedragsrichtlijnen die via socialisatie worden overgedragen. Kinderen leren namelijk niet over geslachtsverschillen door de pure waarneming van het anatomische verschil tussen de geslachten, maar door de reacties van de omgeving die hun duidelijk maken welke gedragingen en opvattingen bij meisjes en bij jongens horen (Meulenbelt, 1995). Het proces waarmee de geslachtsdifferentiatie ingezet wordt, begint dus al voor de geboorte door de verwachtingen van de ouders, de naam die ze voor het kind hebben uitgekozen en de kleertjes die ze hebben aangeschaft (Meulenbelt, 1995). Deze gedragsrichtlijnen worden in de jeugd aangeleerd en door de omgeving geïnternaliseerd en deze rol zou doorslaggevend zijn voor keuzegedrag tijdens het gehele verdere leven (De Graaf & De Graaf, 1996; Gadourek, 1982). Processen van imitatie en instructie zouden daarom ook met name plaatsvinden tussen vaders en zonen en moeders en dochters, en minder tussen ouders en kinderen van verschillende geslachten. Naar verwachting zal het gedrag van de vader hierdoor van grotere invloed zijn op het gedrag van zonen, terwijl het gedrag van de moeder van grotere invloed zal zijn op dochters.

Murry, Kiryluk en Swan (1985) en Bewley en Bland (1977) keken naar de invloed van het rookgedrag van de sociale omgeving, waaronder die van het rookgedrag van de ouders op het rookgedrag van hun kinderen. Uit beide onderzoeken bleek dat er inderdaad sprake is van geslachtsspecifieke overdracht van rookgedrag. Vanuit de verschillende sekserollen en de onderzoeken van Murray e.a. (1985) en Bewley en Bland (1977) kan daarom worden verwacht dat risicovol gedrag geslachtsspecifiek wordt overgedragen. De bijbehorende hypothesen luiden:

H2. De overdracht van risicovol gedrag van moeders is sterker voor dochters dan voor zonen.

2.3 Differentiële effecten van ouderlijk risicogedrag naar opleiding

Naast het geslacht kunnen ook secundaire socialisatie-aspecten van invloed zijn op de intergenerationele overdracht van risicogedragingen. Onder secundaire socialisatie worden alle latere sociale processen verstaan waarbij een individu wordt geïntroduceerd in een specifieke sociale wereld (Berger & Berger, 1972). Door de voortdurende wisselwerking met de omgeving kan socialisatie als een nooit aflopend proces worden gezien of in elk geval als een proces dat niet stopt na de primaire socialisatie (Berger & Berger, 1972; Meulenbelt, 1995). Mensen in een samenleving vormen elkaar en ontwikkelen een gemeenschappelijk gedragsrepertoire. Dit gemeenschappelijke repertoire ontstaat vooral doordat mensen gewoonten, opvattingen, normen en ideeën delen in sociale interactie (Mackenbach, 2010). Binnen families, scholen, bedrijven en buurten bestaan gedeelde sociale normen voor bijvoorbeeld roken en alcoholgebruik (Mackenbach 2010). Naar verwachting is daarom ook het gedrag van anderen op school, werk en in de vrije tijd van invloed op de mate waarin iemand riskant gedrag vertoont. In het algemeen kan worden verondersteld dat hoger opgeleiden meer kennis en inzicht bezitten. Deze intellectuele en culturele competentie is verkregen in het hoger onderwijs en op de arbeidsmarkt (in hogere beroepen). Op deze wijze zorgt secundaire socialisatie in de hogere onderwijsniveaus voor hogere intellectuele en culturele competentie. Onderwijs geeft aan individuen de vaardigheden en de middelen om problemen op te lossen waardoor men meer controle ervaart over het eigen leven (Mirowsky & Ross, 2003). Deze persoonlijke controle zorgt ervoor dat hoger opgeleiden vaker voor een gezondere leefstijl kiezen, wat bijdraagt aan een betere gezondheid (Mackenbach, 2010; Mirowsky & Ross, 2003). Naast opleiding kunnen financiële middelen voornamelijk bij voeding als verklaring worden gezien waarom hoger opgeleiden minder van het risicovol gedrag van hun ouders zullen overnemen. Hoger opgeleiden vindt men namelijk vaker in banen met een hogere beroepsstatus en derhalve beschikken hoger opgeleiden over meer financiële mogelijkheden. Mensen die over meer financiële middelen beschikken, zullen minder beperkt zijn in keuzes voor gezond gedrag (Mirowsky & Ross, 2003). Door dit alles vertonen lager opgeleiden aanzienlijk meer risicogedrag dan hoogopgeleiden (Feenstra, Blokstra, Zantinge, 2009; Ocké & Harbers, 2009; Uiters & Verweij, 2009).

Hieruit kan worden afgeleid dat mensen die langer onderwijs hebben genoten in een sterkere mate kiezen voor gezondere leefstijlen dan men-

sen die in mindere mate gesocialiseerd zijn in de sociale wereld van het onderwijs en daardoor minder vatbaar zijn voor riskante gewoonten van hun ouders dan lager opgeleiden. Een soortgelijke verwachting is ook door Makatini (2006) aan de hand van de socialisatietheorie (Berger & Berger, 1972) opgesteld. Het risicovol gedrag van de ouders zal hierdoor bij lager opgeleiden een grotere blijvende invloed hebben op het eigen risicovol gedrag dan bij hoger opgeleiden. De bijbehorende verwachting luidt:

H4. De invloed van het risicovolle gedrag van ouders op het risicovolle gedrag van de kinderen is kleiner naarmate het opleidingsniveau van de kinderen hoger is.

3. Data en operationalisering

3.1 Data

In dit onderzoek gebruiken we gegevens uit de Familie-enquête Nederlandse Bevolking 2000 (FNB 2000). Dit databestand bevat informatie over de levensloop en leefsituatie van de Nederlandse bevolking in het jaar 2000. De doelpopulatie van dit survey-onderzoek is de Nederlands sprekende, niet-geïnstitueerde bevolking van Nederland in de leeftijds-categorie 18 tot 70 jaar oud (De Graaf e.a., 2000). De FNB 2000 heeft een respons rate (op huishoudniveau) van 41%, en bevat 1561 respondenten uit 870 huishoudens (De Graaf e.a., 2000). Alle personen ouder dan 70 jaar zijn uit het databestand verwijderd. Respondenten waarvan een van de ouders of beide ouders zijn overleden voor het 15de levensjaar zijn ook niet in de analyses meegenomen. Daarnaast zijn alleen personen die aangaven niet meer bij hun ouders thuis te wonen, geanalyseerd. Deze personen kunnen namelijk zelfstandig zonder directe beïnvloeding van ouders keuzes over hun risicogedrag maken. Het databestand bevat na het verwijderen van deze personen 1327 respondenten, wat 85% is van de initiële steekproef.

Vervolgens is gekeken naar ontbrekende waarnemingen. Personen met een ontbrekende score op de variabelen roken, roken door beide ouders, alcoholgebruik, alcoholgebruik door beide ouders, hoogcalorische eetgewoonten, hoogcalorische eetgewoonten in ouderlijk huis en beroepsstatus van de respondent zijn uit het databestand verwijderd. Voor mensen met een ontbrekende waarde op de variabelen ouderlijk opleidingsniveau en ouderlijke beroepsstatus is de gemiddelde waarde ingevuld. Doordat in de verschillende analyses verschillende variabelen worden meegenomen, verschilt het aantal respondenten per analyse. De analyse waarin roken als afhankelijke variabele wordt bestudeerd bevat 1238 respondenten. In de analyse met alcoholgebruik als risicovol gedrag worden 1229 respondenten meegenomen en de analyse met hoogcalorisch voedsel als afhankelijke variabele bevat 1231 respondenten.

Om de variabele *roken* te construeren is aan de respondent gevraagd of hij/zij rookt en hoeveel sigaretten de respondent per dag rookt. Respondenten die hebben aangegeven dat zij niet roken scoren een nul op de variabele roken. Mensen die hebben aangegeven maximaal twintig sigaretten op een dag te roken worden bij de matige rokers ingedeeld. Respondenten worden tot de zware rokers gerekend als zij meer dan twintig sigaretten op een dag roken. De grens van twintig sigaretten is hierbij aangehouden, omdat een gemiddeld pakje sigaretten in Nederland twintig sigaretten bevat (niet-rokers = 0; matige rokers = 1; zware rokers = 2). Ook door het RIVM (Zantinge, 2011) wordt de grens van twintig sigaretten gebruikt om onderscheid te maken tussen matige en zware rokers.

Om de variabele *alcoholgebruik* te construeren, is de respondent gevraagd of hij/zij alcohol drinkt, hoe vaak hij/zij alcohol gebruikt en hoeveel glazen alcohol de respondent gemiddeld op een dag drinkt. Bij de constructie van de variabele alcoholgebruik is gebruikgemaakt van informatie van het RIVM (Kuunders, 2009). Respondenten die hebben aangegeven dat zij geen alcohol gebruiken zijn bij de geheelonthouders ingedeeld. Respondenten die wel drinken, maar dan vrijwel nooit tot twee dagen per week drinken en maximaal vijf glazen alcohol per week drinken, worden bij de matige drinkers ingedeeld. Respondenten die nooit tot twee dagen per week drinken, maar dan wel zes of meer standaard glazen alcohol drinken, worden tot de excessieve drinkers gerekend. Bij mensen die frequenter drinken is de maat van de richtlijnen goede voeding 2006 (Gezondheidsraad, 2006) aangehouden. Hierbij zijn vrouwelijke respondenten die drie tot zeven dagen in de week maximaal één standaardglas alcohol drinken tot de matige drinkers gerekend en tot de excessieve drinkers als zij twee of meer glazen alcohol drinken. Mannelijke respondenten worden tot de matige drinkers gerekend als zij drie tot zeven dagen in de week maximaal twee standaard glazen alcohol drinken en tot de excessieve drinkers als zij dan drie of meer glazen alcohol drinken (geheelonthouders = 0; matige drinkers = 1; excessieve drinkers = 2).

Aan respondenten is gevraagd hoe frequent zij bepaalde voedingsmiddelen eten. De respondenten hadden een keuze uit twaalf gerechten/voedingsmiddelen (pasta, gekookte aardappelen, mosselen, bruine rijst, wit brood, zilvertviesrijst, gebakken ei, muesli, oriëntaals voedsel, quiche, gefrituurde snacks en patat). De items over het eten van quiche en oriëntaals voedsel zijn door ons niet gebruikt, omdat onduidelijk is welke voedingsmiddelen er in deze gerechten zijn verwerkt en hoe ze zijn bereid. Respondenten konden aangeven of zij de voedingsmiddelen: minder dan één keer per maand; minstens één keer per maand; minder dan één keer per week of meerdere keren per week nuttigden. Uit de fac-

toranalyse bleek dat de tien items vier dimensies omvatten en dat op een dimensie de frequentie van het eten van patat en gefrituurde snacks een zeer betrouwbare meting (Cronbach's $\alpha = 0,85$) vormen voor de variabele *hoogcalorische eetgewoonten*. Door de maximale score voor beide items te nemen is de variabele hoogcalorische eetgewoonten geconstrueerd. Respondenten hoeven maar op één van de twee items een antwoord te hebben gegeven om in de analyse te worden meegenomen. Doordat in de categorie meerdere keren per week weinig respondenten zaten, is deze samengevoegd met de categorie minstens één keer per week. De uiteindelijke variabele heeft drie antwoordcategorieën (minder dan 1 keer per maand = 0; minstens 1 keer per maand = 1; minstens 1 keer per week tot meerdere keren per week = 2). Overigens kan voor deze gedraging niet getoetst worden of de intergenerationele overdracht geslachtsspecifiek plaatsvindt, omdat hoogcalorische eetgewoonten niet voor vaders en moeders afzonderlijk bekend zijn.

3.3 Operationalisering: onafhankelijke variabelen

Het risicovol gedrag van de ouders is aan de hand van vijf onafhankelijke variabelen gemeten. De variabele *roken moeder* en de variabele *roken vader* zijn op dezelfde manier geconstrueerd. Aan de respondenten is gevraagd of hun ouders rookten en hoeveel sigaretten zij per dag rookten toen de respondent ongeveer 12 à 15 jaar oud was. De constructie van de beide variabelen is vervolgens exact hetzelfde verlopen als bij het rookgedrag van de respondent zelf (niet-rokers = 0; matige rokers = 1; zware rokers = 2). Het *alcoholgebruik moeder* en *alcoholgebruik vader* zijn op vrijwel identieke wijze geconstrueerd. Deze variabele is gebaseerd op twee vragen naar het alcoholgebruik van respectievelijk de moeder en de vader toen de respondent tussen de 12 en 15 jaar oud was. Ouders waarvan werd gerapporteerd dat zij één keer per maand tot twee dagen per week alcohol dronken, maar waarbij niet is aangegeven hoeveel glazen zij dan dronken, zijn bij de matige drinkers ingedeeld. Verder is de constructie van de beide variabelen identiek aan de constructie van de variabele die het eigen alcoholgebruik van de respondent meet (geheelonthouders = 0; matige drinkers = 1; excessieve drinkers = 2).

Voor de meting van variabele *hoogcalorische eetgewoonten binnen het ouderlijk huis* is aan de respondenten gevraagd of zij verschillende gerechten/voedingsmiddelen wel eens thuis aten toen zij tussen de 12 en 15 jaar oud waren. Hierbij zijn dezelfde tien items als bij de constructie van de variabele hoogcalorische eetgewoonten gebruikt, al waren de antwoordcategorieën deels anders: respondenten konden aangeven of zij deze gerechten zelden of nooit, maandelijks, wekelijks of meerdere keren per week nuttigden. Uit de factoranalyse bleek ook hier dat de fre-

quentie van het eten van patat en gefrituurde snacks een betrouwbare indicatie vormen van hoogcalorische eetgewoonten (Cronbach's alpha = 0,88). Door de maximale score op de items te nemen is de variabele hoogcalorische eetgewoonten binnen het ouderlijk huis geconstrueerd (zelden of nooit = 0; maandelijks = 1; wekelijks tot meerdere keren per week = 2).

Tot slot worden *geslacht* (man = 0; vrouw = 1) en *opleidingsniveau van de respondent* (variërend van lagere school of vglo = 6, tot universiteit = 21) meegenomen als onafhankelijke variabelen. *Leeftijd*, *beroepsstatus van de respondent* (laagste ISEI-score = 10; hoogste ISEI-score = 88; Ganzeboom, De Graaf en Treiman, 1992), *burgerlijke staat* (getrouwd = 0; gescheiden = 1; verweduwd = 2; nooit getrouwd geweest = 3), *kinderen* (geen kinderen = 0; wel kinderen = 1) en de *regio* waar iemand vandaan komt (noord = 0; oost = 1; west = 2; zuid = 3) worden in de analyse meegenomen als controlevariabelen. Daarnaast controleren we voor het *opleidingsniveau van de ouders* aan de hand van de ouder met het hoogste opleidingsniveau (lagere school of vglo = 6; universiteit = 21), en voor de *beroepsstatus van de ouders* door de ISEI-score van de ouder met de hoogste beroepsstatus mee te nemen (laagste ISEI-score = 16; hoogste ISEI-score = 88). Hierbij is gebruik gemaakt van retrospectieve gegevens van toen de respondent 15 jaar oud was, en voor gevallen waar geen informatie was over de toenmalige beroepsstatus van de ouders aanwezig is, is de huidige/laatste beroepsstatus van de vader en de moeder genomen.

Tabel 1 Beschrijvende statistieken

	Bereik	Gemiddelde	S.D.
Afhankelijke variabelen			
Rookgedrag			
Niet-roker	0/1	0,72	
Matige roker	0/1	0,22	
Zware roker	0/1	0,06	
Alcoholgebruik			
Geheelonthouder	0/1	0,15	
Matige drinker	0/1	0,61	
Excessieve drinker	0/1	0,24	
Hoogcalorische eetgewoonten			
Minder dan eens per maand	0/1	0,18	
Minstens eens per maand	0/1	0,37	
Minstens eens per week of vaker	0/1	0,45	
Onafhankelijke variabelen			
Rookgedrag moeder			
Moeder niet-roker	0/1	0,71	
Moeder matige roker	0/1	0,22	
Moeder zware roker	0/1	0,07	

	Bereik	Gemiddelde	S.D.
Rookgedrag vader			
<i>Vader niet-roker</i>	0/1	0,24	
<i>Vader matige roker</i>	0/1	0,59	
<i>Vader zware roker</i>	0/1	0,17	
Alcoholgebruik moeder			
<i>Moeder geheelonthouder</i>	0/1	0,41	
<i>Moeder matige drinker</i>	0/1	0,52	
<i>Moeder excessieve drinker</i>	0/1	0,07	
Alcoholgebruik vader			
<i>Vader geheelonthouder</i>	0/1	0,13	
<i>Vader matige drinker</i>	0/1	0,72	
<i>Vader excessieve drinker</i>	0/1	0,15	
Hoogcalorische eetgewoonten ouderlijk huis			
<i>Zelden</i>	0/1	0,40	
<i>Maandelijks</i>	0/1	0,28	
<i>Wekelijks tot meerdere keren per week</i>	0/1	0,31	
Vrouw	0-1	0,51	
Opleiding	6-21	12,28	3,27
Controlevariabelen			
Leeftijd	20-70	44,40	12,04
Beroepsstatus	10-88	48,87	16,10
Burgerlijke staat			
<i>Gehuwd</i>	0/1	0,82	
<i>Gescheiden</i>	0/1	0,05	
<i>Verweduwd</i>	0/1	0,02	
<i>Nooit getrouwd geweest</i>	0/1	0,11	
Regio			
<i>Noorden</i>	0/1	0,15	
<i>Oosten</i>	0/1	0,19	
<i>Westen</i>	0/1	0,35	
<i>Zuiden</i>	0/1	0,31	
Kinderen	0-1	0,81	
Opleiding ouders	6-21	10,03	3,43
Beroepsstatus ouders	16-88	46,26	15,99

Noot: Voor de analyse van elk van de afhankelijke variabelen is een verschillende steekproef gebruikt, aangezien het aantal respondenten met een geldige waarde op de afhankelijke variabele licht verschilt per afhankelijke variabele. De beschrijvende statistieken in deze tabel zijn daarom gebaseerd op de steekproef met het grootste aantal respondenten (nl. de steekproef voor de analyse van rookgedrag, $N = 1238$). De beschrijvende statistieken van de steekproeven voor de andere afhankelijke variabelen verschillen slechts minimaal van de hier getoonde beschrijvende statistieken, en worden daarom niet apart weergegeven.
Bron: Familie-enquête Nederlandse Bevolking, 2000

De beschrijvende statistieken in tabel 1 laten zien dat 6% van de respondenten onder de zware rokers gerekend kan worden. Als we dit vergelijken met het percentage van de ouders, dan ligt dit iets lager: 7% van de moeders en 17% van de vaders behoorde tot de zware rokers. 7% van de moeders en 15% van de vaders waren excessieve drinkers. Bij de

respondenten ligt dit percentage behoorlijk hoger, namelijk 24%. Ook hoogcalorische eetgewoonten komen bij de respondenten meer voor dan bij de ouders. Onder de respondenten eet 45% wekelijks tot meerdere keren per week hoogcalorisch voedsel, terwijl in 31% van de ouderlijke huishoudens wekelijks tot meerdere keren per week hoogcalorisch voedsel werd genuttigd. We moeten hierbij bedenken dat het bij deze ouders gaat om de situatie tijdens de jeugd van de respondent, gemiddeld zo'n dertig jaar geleden. In het algemeen komt de mate van risicogedrag in de steekproef relatief goed overeen met schattingen van de mate van risicogedrag in de bevolking (Zantinge & Van Laar, 2011; Zeegers & Zantinge, 2011).

4 Resultaten

4.1 Analysetechniek

In dit onderzoek toetsen we de verwachtingen met een aantal multinomiale logistische regressie-analyses. We hebben een voorkeur voor deze methode, omdat dit een analysetechniek is waarmee een polytome, niet-geordende afhankelijke variabele kan worden geanalyseerd (Lammers e.a., 2007). De oddsratio's ($\text{Exp}(b)$) en de bijbehorende standaardfouten (*s.e.*) van de onafhankelijke variabelen zijn in de tabellen weergegeven. De resultaten van de multinomiale logistische regressie-analyses worden getoond in de tabellen 2, 3 en 4. In alle modellen zijn de controlevariabelen opgenomen, om na te gaan in hoeverre het ouderlijk risicogedrag het eigen risicogedrag beïnvloedt als rekening is gehouden met de eigen en ouderlijke sociaaleconomische achtergrond.

4.2 Roken

In tabel 2 worden de modellen met roken als afhankelijke variabele gepresenteerd. In deze modellen zijn niet-rokers de referentiecategorie. Dit wil zeggen dat alle bevindingen ten opzichte van de categorie 'niet-roker' worden beschouwd. De verwachting dat (volwassen) kinderen wier ouders meer risicovol gedrag vertoonden tijdens de socialisatiefase zelf meer risicovol gedrag vertonen dan kinderen wier ouders dit gedrag niet vertoonden wordt getoetst in model A. Personen wier moeder matig of zwaar rookte tijdens de socialisatiefase hebben inderdaad een groter risico om een zware roker ($\text{Exp}(b) = 2,50$ en $\text{Exp}(b) = 2,79$) te worden, dan een niet-roker. Ook leidt het hebben van een matig rokende moeder tot een ietwat grotere kans om een matige roker te worden ($\text{Exp}(b) = 1,45$). Wanneer naar het rookgedrag van de vader wordt gekeken, dan leidt het hebben van een matig rokende vader tot een groter risico voor kinde-

Tabel 2 Multinominale logistische regressieanalyse van roken (referentiegroep: niet-rokers) op de controlevariabelen en het risicovol gedrag van de ouders

	Model A				Model B				Model C			
	Matige roker		Zware roker		Matige roker		Zware roker		Matige roker		Zware roker	
	Exp(b)	s.e.	Exp(b)	s.e.	Exp(b)	s.e.	Exp(b)	s.e.	Exp(b)	s.e.	Exp(b)	s.e.
Onafhankelijke en controlevariabelen												
Vrouw	0,86	0,15	0,43**	0,28	1,27	0,32	0,24	0,88	0,85	0,15	0,41**	0,28
Opleiding	0,92**	0,03	0,85**	0,05	0,92**	0,03	0,85**	0,05	0,99	0,05	0,92	0,11
Leeftijd	0,97**	0,01	1,01	0,01	0,99**	0,01	1,01	0,01	0,97**	0,01	1,01	0,01
Beroepsstatus	0,99**	0,01	0,99	0,01	0,99**	0,01	0,99	0,01	0,99**	0,00	0,99	0,01
Burgerlijke status												
Gehuwd	0,64*	0,26	0,76	0,49	0,65*	0,26	0,74	0,49	0,63*	0,26	0,74	0,50
Gescheiden	2,67**	0,37	4,34**	0,61	2,62**	0,37	4,30*	0,61	2,60**	0,37	4,47**	0,61
Verweduwd	1,04	0,52	2,81	0,76	1,08	0,53	2,70	0,76	1,07	0,53	3,03	0,76
Nooit getrouwd geweest	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Regio												
Noorden	1,26	0,23	1,18	0,45	1,26	0,23	1,19	0,45	1,30	0,23	1,25	0,46
Oosten	0,98	0,22	1,59	0,39	0,98	0,22	1,60	0,39	1,00	0,22	1,60	0,39
Westen	1,31	0,18	1,72	0,34	1,32	0,18	1,71	0,34	1,31	0,18	1,73	0,34
Zuiden	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Kinderen	1,11	0,22	1,00	0,39	1,11	0,22	1,00	0,39	1,10	0,22	0,96	0,39
Opleiding ouders	1,03	0,03	1,05	0,05	1,03	0,03	1,05	0,05	1,03	0,03	1,05	0,05
Beroepsstatus ouders	1,01	0,01	1,01	0,01	1,01	0,01	1,00	0,01	1,01	0,01	1,01	0,01
Risicovol gedrag ouders												
Rookgedrag moeder (niet-roker = ref.)												
Moeder matige roker	1,45*	0,17	2,50**	0,31	1,90**	0,24	2,19*	0,39	6,12**	0,68	28,13**	1,08
Moeder zware roker	1,31	0,30	2,79*	0,44	0,87	0,54	3,13*	0,57	1,42	1,10	3,21	1,44

	Model A				Model B				Model C			
	Matige roker		Zware roker		Matige roker		Zware roker		Matige roker		Zware roker	
	Exp(b)	s.e.	Exp(b)	s.e.	Exp(b)	s.e.	Exp(b)	s.e.	Exp(b)	s.e.	Exp(b)	s.e.
Rookgedrag vader (niet-roker = ref.)												
Vader matige roker	1,64**	0,19	1,49	0,43	1,93*	0,28	1,29	0,52	3,19	0,77	0,93	1,42
Vader zware roker	1,43	0,25	4,72**	0,44	1,85*	0,36	4,37**	0,54	2,35	1,01	16,23*	1,53
Interacties												
Rookgedrag moeder**Vrouw												
Moeder matige roker**Vrouw					0,57*	0,34	1,54	0,60				
Moeder zware roker**Vrouw					1,84	0,65	0,79	0,87				
Rookgedrag vader**Vrouw												
Vader matige roker**Vrouw					0,73	0,37	1,74	0,93				
Vader zware roker**Vrouw					0,60	0,49	1,51	0,97				
Rookgedrag moeder**Opleiding									0,89*	0,05	0,81*	0,09
Moeder matige roker**Opleiding									1,00	0,09	0,99	0,12
Moeder zware roker**Opleiding												
Rookgedrag vader**Opleiding									0,95	0,06	1,05	0,12
Vader matige roker**Opleiding									0,97	0,08	0,90	0,13
Vader zware roker**Opleiding												
Nagelkerke R ²	0,16				0,17				0,18			

* = $p < 0,05$; ** = $p < 0,01$

Bron: Familie-enquête Nederlandse Bevolking, 2000; N = 1238

ren om een matige roker ($\text{Exp}(b) = 1,64$) te worden, terwijl (volwassen) kinderen een groter risico hebben om een zware roker ($\text{Exp}(b) = 4,72$) te worden als hun vader ook zelf een zware roker was gedurende de socialisatiefase. Een oddsratio van 4,72 betekent dat de odds op wel een zware roker versus een niet-roker te worden 4,72 keer zo groot is. Deze bevinding leidt tot ondersteuning voor hypothese 1.

Aan de hand van model B wordt naar geslachtsspecifieke overdracht bij roken gekeken. Uit model B blijkt dat het hebben van een matig rokende moeder voor zonen een groter risico vormt om zelf ook een matige roker te worden dan voor dochters. Uit model B blijkt echter ook dat er geen sprake is van een duidelijk geslachtsspecifieke overdracht van het rookgedrag van vaders op hun kinderen. Dit is in tegenspraak met de hypothesen 2 en 3. Aan de hand van model C worden de verwachtingen wat betreft de differentiële effecten van opleiding getoetst. In model C is te zien dat het verband tussen het hebben van een matig rokende moeder en het risico om een matige of zware roker versus een niet-roker te worden zwakker is naarmate de respondenten hoger zijn opgeleid. Aangezien er geen significante interacties gevonden worden voor zwaar rokende moeders en het rookgedrag van vaders en het opleidingsniveau van hun kinderen betekent dit een geringe ondersteuning van hypothese 4.

4.3 Alcoholgebruik

Tabel 3 presenteert de modellen met alcoholgebruik als afhankelijke variabele. De hypothese dat (volwassen) kinderen meer risicovol gedrag vertonen als hun ouders tijdens de socialisatiefase meer risicovol gedrag vertoonden toetsen we opnieuw aan de hand van model A. Kinderen wier vader of moeder geheelonthouders waren hebben een groter risico om geheelonthouder dan een matige drinker te worden. Kinderen hebben ook een groter risico om een excessieve drinker (en opmerkelijk genoeg ook geheelonthouder) te worden als hun vader een excessieve drinker was tijdens de socialisatiefase ($\text{Exp}(b) = 1,80$ en $\text{Exp}(b) = 1,56$). Alcoholgebruik door de moeder lijkt echter weinig invloed te hebben op het risico om later in het leven een excessieve drinker versus matige drinker te worden. De verwachting uit hypothese 1 dat mensen wier ouders meer risicovol gedrag vertonen zelf ook een groter risico hebben om dit gedrag te vertonen, wordt gedeeltelijk ondersteund.

Aan de hand van model B toetsen we wederom de interactiehypothese over de geslachtsspecifieke overdracht van risicovol gedrag. Dochters hebben in vergelijking met zonen een groter risico om geheelonthouder te worden als hun moeder een geheelonthouder was gedurende de socialisatiefase. Dochters hebben ook een groter risico om een exces-

sieve drinker te worden als zij een excessief drinkende moeder hadden. Zonen hebben een groter risico dan dochters om een excessieve drinker te worden als hun vader een excessieve drinker was. Zonen hebben in vergelijking met dochters ook een groter risico om geheelonthouder te worden dan een matige drinker als zij een excessief drinkende vader hadden tijdens de socialisatiefase. Er is geen geslachtsspecifieke invloed gevonden van geheelonthouding van vaders op het risico voor zonen om geheelonthouder te worden. In algemene zin kan echter wel gesproken worden van geslachtsspecifieke intergenerationele overdracht van alcoholgebruik, wat leidt tot ondersteuning van hypothese 2 en gedeeltelijke ondersteuning van hypothese 3. Uit model C blijkt verder dat een moeder die geen alcohol gebruikte in de jeugd voor hoger opgeleide personen leidt tot een groter risico om een excessieve drinker te worden dan voor lager opgeleiden. Het hebben van een niet-drinkende vader daarentegen zorgt juist voor een kleinere kans voor hoger opgeleide mensen om een excessieve drinker te worden in vergelijking met lager opgeleide mensen. Voor hypothese 4 vinden we in onze resultaten dus wel ondersteuning met betrekking tot het alcoholgebruik van de vader, maar juist een tegenspraak als het gaat om alcoholgebruik door moeder en de relatie met het gevolgde opleidingsniveau door kinderen.

4.4 Hoogcalorische eetgewoonten

In tabel 4 presenteren we de modellen met hoogcalorische eetgewoonten als afhankelijke variabele. Opvallend aan het eerste model van tabel 4 is dat al bijna een derde van de variantie wordt verklaard. In model A is te zien dat kinderen die in het ouderlijk huis maandelijks hoogcalorisch voedsel aten in vergelijking met kinderen die in het ouderlijk huis zelden hoogcalorisch voedsel aten een groter risico hebben om zelf minstens één keer per maand ($\text{Exp}(b) = 1,78$) en minstens één keer per week of vaker ($\text{Exp}(b) = 1,77$) hoogcalorisch voedsel te nuttigen (dan dit minder dan één keer per maand te doen). Kinderen die tijdens de socialisatiefase in het ouderlijk huis wekelijks tot meerdere keren per week hoogcalorisch voedsel kregen voorgeschoteld hebben een groter risico om minstens één keer per maand ($\text{Exp}(b) = 2,92$) hoogcalorisch voedsel te nuttigen, en een nog veel groter risico om wekelijks tot meerdere keren per week hoogcalorisch voedsel te nuttigen ($\text{Exp}(b) = 9,02$). De odds (de kans op wel versus niet meerdere keren per week hoogcalorisch voedsel nuttigen) is maar liefst negen keer zo groot als gedurende de socialisatiefase wekelijks tot meerdere keren per week hoogcalorisch voedsel werd gegeten. Hiermee wordt hypothese 2 ondersteund. Tegelijkertijd blijkt er geen verschil te zijn tussen zonen en dochters in de mate waarin zij de hoogcalorische eetgewoonten van het ouderlijk huis overnemen,

Tabel 3 Multinominale logistische regressieanalyse van alcoholgebruik (referentiegroep: matige drinkers) op de controlevariabelen en het risicovol gedrag van de ouders

	Model A				Model B				Model C			
	Geheelonthouder		Excessieve drinker		Geheelonthouder		Excessieve drinker		Geheelonthouder		Excessieve drinker	
	Exp(b)	s.e.	Exp(b)	s.e.	Exp(b)	s.e.	Exp(b)	s.e.	Exp(b)	s.e.	Exp(b)	s.e.
Onafhankelijke en controlevariabelen												
Vrouw	1,82**	0,18	0,70**	0,14	,63*	0,29	0,77	0,20	1,82**	0,18	0,69**	0,15
Opleiding	0,92**	0,03	0,94**	0,03	0,92**	0,03	0,94**	0,03	0,91*	0,05	0,88**	0,04
Leeftijd	0,99	0,01	1,01	0,01	0,99	0,01	1,01*	0,01	1,00	0,01	1,01	0,01
Beroepsstatus	0,99*	0,01	1,00	0,01	0,99*	0,01	1,00	0,01	0,99*	0,01	1,00	0,01
Burgerlijke status												
Gehuwd	0,67	0,35	0,69	0,26	0,64	0,36	0,66	0,26	0,64	0,36	0,68	0,26
Gescheiden	0,30*	0,63	1,00	0,38	0,27*	0,63	0,93	0,38	0,28*	0,63	0,95	0,38
Verweduwd	1,38	0,57	0,56	0,59	1,19	0,58	0,50	0,59	1,34	0,57	0,56	0,59
Nooit getrouwd geweest	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Regio												
Noorden	0,79	0,28	1,28	0,22	0,81	0,28	1,32	0,22	0,80	0,28	1,29	0,22
Oosten	0,99	0,25	1,19	0,21	1,01	0,25	1,24	0,21	0,98	0,25	1,16	0,21
Westen	1,16	0,21	1,15	0,18	1,18	0,21	1,18	0,18	1,13	0,21	1,12	0,18
Zuiden	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Kinderen	2,05**	0,31	0,97	0,21	2,01*	0,31	0,96	0,21	2,03*	0,31	0,98	0,21
Opleiding ouders	0,96	0,03	0,98	0,03	0,96	0,03	0,98	0,03	0,96	0,03	0,97	0,03
Beroepsstatus ouders	1,01	0,01	1,02	0,01	1,01	0,01	1,02**	0,01	1,01	0,01	1,02**	0,01
Risicovol gedrag ouders												
Alcoholgebruik moeder (matig = ref.)												
Moeder geheelonthouder	1,52*	0,21	0,82	0,17	0,92	0,34	0,83	0,22	0,65	0,72	0,14**	0,63
Moeder excessieve drinker	0,87	0,40	1,22	0,27	0,72	0,62	0,77	0,40	1,35	1,43	0,20	1,14

	Model A			Model B			Model C		
	Geheelonthouder	Excessive drinker		Geheelonthouder	Excessive drinker		Geheelonthouder	Excessive drinker	
	Exp(b)	s.e.		Exp(b)	s.e.		Exp(b)	s.e.	
Alcoholgebruik vader (matig = ref.)									
Vader geheelonthouder	2,02**	0,24	0,69	0,27	2,94**	0,39	0,65	0,36	4,03
Vader excessive drinker	1,56*	0,27	1,80**	0,20	3,21**	0,38	2,96**	0,26	1,18
Interacties									
Alcoholgebruik moeder*Vrouw									
Moeder geheelonthouder*Vrouw				2,23*	0,41	0,95	0,33	0,86	0,94
Moeder excessive drinker*Vrouw				1,47	0,80	2,56*	0,54	0,90	0,76
Alcoholgebruik vader*Vrouw									
Vader geheelonthouder*Vrouw				0,56	0,49	1,20	0,54		
Vader excessive drinker*Vrouw				0,26**	0,53	0,31**	0,41		
Alcoholgebruik moeder*Opleiding									
Moeder geheelonthouder*Opleiding							1,07	0,06	1,16**
Moeder excessive drinker*Opleiding							0,95	0,13	1,15
Alcoholgebruik vader*Opleiding									
Vader geheelonthouder*Opleiding							0,94	0,07	0,86*
Vader excessive drinker*Opleiding							0,99	0,08	1,04
Nagelkerke R ²	0,14			0,15			0,15		0,06

* = $p < 0,05$; ** = $p < 0,01$

Bron: Familie-enquête Nederlandse Bevolking, 2000; N = 1229

Tabel 4 Multinomiale logistische regressieanalyse van hoogcalorische eetgewoonten (referentiegroep: minder dan 1 x per maand) op de controlevariabelen en het risicovol gedrag van de ouders

	Model A				Model B				Model C			
	Minstens 1 x per maand		Minstens eens per week tot meerdere keren per week		Minstens 1 x per maand		Minstens eens per week tot meerdere keren per week		Minstens eens per maand		Minstens eens per week tot meerdere keren per week	
	Exp(b)	s.e.	Exp(b)	s.e.	Exp(b)	s.e.	Exp(b)	s.e.	Exp(b)	s.e.	Exp(b)	s.e.
Onafhankelijke en controlevariabelen												
Vrouw	0,50**	0,18	0,43**	0,19	0,54**	0,23	0,44**	0,26	0,50**	0,18	0,43**	0,19
Opleiding	1,03	0,03	0,99	0,04	1,03	0,03	0,99	0,04	1,02	0,04	0,98	0,04
Leeftijd	0,94**	0,01	0,92**	0,01	0,94**	0,01	0,92**	0,01	0,94**	0,01	0,92**	0,01
Beroepsstatus	1,00	0,01	0,99*	0,01	1,00	0,01	0,99*	0,01	1,00	0,01	0,99*	0,01
Burgerlijke status												
Gehuwd	1,17	0,36	1,99*	0,38	1,16	0,36	1,95*	0,38	1,17	0,36	1,99*	0,38
Gescheiden	0,77	0,50	1,43	0,52	0,76	0,50	1,41	0,52	0,77	0,50	1,44	0,52
Verweduwd	2,31	0,66	4,74*	0,71	2,21	0,66	4,59*	0,71	2,29	0,66	4,71*	0,71
Nooit getrouwd geweest	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Regio												
Noorden	0,74	0,28	0,38**	0,29	0,74	0,28	0,38**	0,29	0,73	0,28	0,38**	0,30
Oosten	1,00	0,27	0,47**	0,29	1,01	0,27	0,47**	0,29	1,00	0,27	0,47**	0,29
Westen	0,89	0,23	0,71	0,24	0,90	0,23	0,71	0,24	0,90	0,23	0,71	0,24
Zuiden	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Kinderen	2,18**	0,33	3,78**	0,29	2,17**	0,27	3,78**	0,29	2,18**	0,27	3,78**	0,29
Opleiding ouders	0,98	0,03	0,95	0,03	0,98	0,03	0,95	0,03	0,98	0,03	0,95	0,03
Beroepsstatus ouders	0,99	0,01	0,99*	0,01	0,99	0,01	0,99*	0,01	0,99	0,01	0,99*	0,01

	Model A				Model B				Model C			
	Minstens 1x per maand		Minstens eens per week tot meerdere keren per week		Minstens 1x per maand		Minstens eens per week tot meerdere keren per week		Minstens eens per maand		Minstens eens per week tot meerdere keren per week	
	Exp(b)	s.e.	Exp(b)	s.e.	Exp(b)	s.e.	Exp(b)	s.e.	Exp(b)	s.e.	Exp(b)	s.e.
Risicovol gedrag ouders												
Hoogcalorische eetgewoonten ouderlijk huis (zelden = ref.)												
Maandelijks	1,78**	0,22	1,77**	0,23	1,89*	0,32	1,76	0,35	1,32	0,81	1,38	0,84
Wekelijks tot meerdere keren per week	2,92**	0,33	9,02**	0,33	4,19**	0,57	12,85**	0,56	2,95	1,33	8,64*	1,29
Interacties												
Hoogcalorische eetgewoonten ouderlijk huis*Vrouw												
Maandelijks*Vrouw					0,89	0,41	1,01	0,44				
Wekelijks tot meerdere keren per week*Vrouw					0,58	0,66	0,59	0,66				
Hoogcalorische eetgewoonten ouderlijk huis*Opleiding												
Maandelijks*Opleiding									1,02	0,06	1,02	0,07
Wekelijks tot meerdere keren per week*Opleiding									1,00	0,10	1,00	0,10
Nagelkerke R ²	0,30				0,31				0,31			

* = $p < 0,05$; ** = $p < 0,01$

Bron: Familie-enquête Nederlandse Bevolking 2000; N = 1231

wat niet verrassend is aangezien de hoogcalorische eetgewoonten binnen het ouderlijk huis niet apart voor de vader of de moeder zijn gemeenten. Ook is er geen verschil in de mate waarin hoog en laag opgeleide mensen hoogcalorische eetgewoonten uit het ouderlijk huis overnemen. Deze bevindingen zijn in tegenspraak met de hypothesen 2, 3 en 4.

5. Conclusie en discussie

Risicovol gezondheidsgelateerd gedrag heeft grote gevolgen voor de ziekte en sterfte in de Nederlandse samenleving. Ongezonde leefstijlen en de gevolgen daarvan zijn dan ook een onderwerp met veel publieke en politieke aandacht. In dit artikel hebben we onderzocht in hoeverre er sprake is van intergenerationele overdracht van risicovol gedrag van Nederlanders in het jaar 2000. Door voor roken, drinken en calorierijk eten de invloed van ouderlijk gedrag op het gedrag van (volwassen) kinderen te bestuderen is vastgesteld welke invloed een socialisatie in het ouderlijk milieu op de lange termijn heeft op dit gedrag. Ook is er gekeken of er verschil is tussen dochters en zonen, en laag en hoog opgeleiden in de mate waarin risicovol gedrag intergenerationeel wordt overgedragen.

Uit voorgaand onderzoek is gebleken dat er een sterke invloed uitgaat van het risicovol gedrag van de ouders op het risicovol gedrag (Willemssen e.a., 2009; Hoeymans, 2009). Onze resultaten laten ook zien dat het risicovol gedrag van de ouders tijdens de socialisatiefase op de lange termijn van grote invloed is op het risicovol gedrag van hun kinderen. Personen wier ouders risicovol gedrag vertoonden tijdens de socialisatiefase, hebben later zelf een grotere kans om dit gedrag ook te gaan vertonen. Zo hebben personen met een matig rokende moeder en/of vader zelf ook een grotere kans om een matige roker te worden en hebben personen met zwaar rokende ouders een grotere kans om een zware roker te worden dan een niet-roker. Kinderen wier ouders geen alcohol dronken, hebben een grotere kans om geheelonthouder te worden dan een matige alcoholgebruiker. Ook hebben personen met een excessief drinkende vader een grotere kans om zelf ook een excessieve drinker te worden. Opvallend genoeg hebben deze personen echter ook een grotere kans om een geheelonthouder te worden. Mogelijk is een excessief drinkende vader soms een afschrikwekkend voorbeeld, zeker als het alcoholgebruik gepaard gaat met conflicten en financiële problemen in het ouderlijk milieu. Ten slotte blijkt dat als ouders tijdens de socialisatiefase maandelijks, wekelijks, of meerdere keren per week hoogcalorisch voedsel nuttigden, de kinderen een grotere kans hadden om later in het leven frequenter hoogcalorisch voedsel te nuttigen.

Vanuit de roltheorie en de onderzoeken van Murry, Kiryluk en Swan

(1985) en Bewley en Bland (1977) werden de verwachting opgesteld dat risicogedrag seksespecifiek wordt overgedragen. Deze verwachting bleek bij roken van ouders en het consumeren van hoogcalorisch voedsel niet te worden ondersteund. Dochters van geheelonthoudende moeders blijken echter wel een grotere kans te hebben om geen alcohol te gebruiken in vergelijking met zonen. Dochters hebben ook een groter risico om excessieve drinkers te worden als zij een moeder hadden die overmatig dronk, in vergelijking met zonen. Daarnaast hebben zonen in vergelijking met dochters een grotere kans om geheelonthouder of een excessieve drinker te worden als hun vader excessief dronk. Bij alcoholgebruik is er dus wel sprake van een seksespecifieke overdracht. Nader onderzoek zal moeten uitwijzen waarom alcoholgebruik wel via de mannelijke en vrouwelijke lijn wordt overgedragen, terwijl dit voor rookgedrag niet geldt.

Risicogedrag van de ouders blijkt bij roken sterker overdraagbaar bij lager opgeleiden dan bij hoger opgeleiden. Matig roken van de moeder leidt bij hoger opgeleiden tot een geringere kans om een matige dan wel zware roker te worden dan bij lager opgeleiden. Geheelonthouding van de moeder heeft echter een verrassend tegenovergestelde effect; bij hoger opgeleiden in vergelijking met lager opgeleiden leidt het tot een grotere kans om een excessieve drinker te worden. Daarentegen leidt een geheelonthoudende vader bij hoger opgeleide mensen juist tot een kleinere kans om een excessieve drinker te worden dan om matig alcohol te gebruiken. In tegenstelling tot onze verwachting blijkt een sterke secundaire socialisatie in het onderwijs dus niet per definitie te leiden tot het afleren van in het ouderlijk gezin aangeleerd risicogedrag. Dit onderstreept de sterke en blijvende invloed van het voorbeeld dat ouders geven, en hoe moeilijk het is om op latere leeftijd nog gedragsverandering te bewerkstelligen.

In dit onderzoek is nagegaan of er een blijvend effect uitgaat van het risicogedrag van ouders op hun kinderen. Het bijzondere aan dit onderzoek is dat er een simultane toetsing is uitgevoerd waardoor een groter geheel is belicht en er ook gekeken is naar verschillen in overdracht voor zoons en dochters en laag- en hoogopgeleide mensen. Naast de overduidelijke vernieuwingen zijn er ook enkele tekortkomingen. Ten eerste zijn in deze studie gegevens gebruikt die inmiddels ruim tien jaar geleden zijn verzameld. Een gevolg hiervan kan zijn dat onze resultaten niet meer volledig up-to-date zijn. Vooral in de eerste twee decennia na de Tweede Wereldoorlog zijn ongezonde gewoonten van de Nederlandse bevolking sterk veranderd. Zo is het aantal vrouwen dat rookte sterk gestegen in deze periode en is alcohol drinken steeds meer gewoon geworden. Dit betekent echter dat een deel van de Nederlandse bevolking anno 2013 tijdens de socialisatiefase aan andere riskante gewoonten is blootgesteld

dan in 2000. Hoewel het hier slechts om de toevoeging van een cohort van ruim tien jaar handelt is het mogelijk dat de sterkte van de overdrachtseffecten anno 2013 iets sterker of zwakker is dan in 2000. Ook binnen onze steekproef spelen dergelijke cohortverschillen mogelijk een rol. Waar de oudste respondenten opgroeiden tijdens de jaren veertig en vijftig, zijn de jongste respondenten gesocialiseerd in de jaren tachtig en negentig. Het is daardoor mogelijk dat de intergenerationele overdracht van risicogedrag voor de oudste cohorten in onze steekproef niet geheel op dezelfde wijze is verlopen dan voor de jongste cohorten. In vervolgonderzoek zou bekeken kunnen worden in hoeverre de overdracht van risicogedrag verschilt tussen cohorten.

Een tweede punt van discussie is dat in deze studie gebruik is gemaakt van retrospectieve gegevens. Respondenten is gevraagd naar hun ervaringen in hun jeugd en specifiek naar het gedrag van hun ouders toentertijd. Oudere mensen kunnen wellicht enige problemen hebben bij het invullen van dergelijke vragen waardoor hun gegevens minder betrouwbaar kunnen zijn. Voor vervolgonderzoek is het daarom interessant om de intergenerationele overdracht van risicogedrag met longitudinale gegevens te analyseren om zo herinneringseffecten te kunnen minimaliseren. We willen echter wel graag opmerken dat herinneringseffecten alleen een probleem zijn als ze selectief zijn. Willekeurige fouten ten gevolge van een slechte herinnering zorgen er slechts voor dat een hypothese minder snel wordt bevestigd. Een derde discussiepunt gerelateerd aan het vorige is dat er sprake kan zijn van een zogenoemde 'recall bias' (Corona et al., 2001). Recall bias is een systematische vertekening die ontstaat als een respondent zich bij retrospectieve vragen laat leiden door zijn eigen ervaringen. Hierdoor worden niet alleen correcte antwoorden gegeven, maar soms ook antwoorden die gekleurd zijn door subjectieve of onvolledige herinneringen. Met name is dit problematisch als respondenten zich bij het invullen laten leiden door hun huidige eigen risicovolle gedrag. Het gevolg van recall bias in dat geval kan zijn dat het lijkt of kinderen het risicogedrag van hun ouders bijna letterlijk kopiëren, maar ook dan is de totale afwezigheid van overdracht niet uit te sluiten. Het is niet te achterhalen of er specifiek bij risicogedrag sprake is van recall bias. Mogelijk kunnen in vervolgonderzoek broers en zussen uit hetzelfde gezin over het risicogedrag van ouders worden ondervraagd, waarmee de rapportage van ouderlijk risicogedrag betrouwbaarder wordt, en het probleem van recall bias enigszins kan worden ondervangen.

Een uitdaging voor vervolgonderzoek is om na te gaan of hoogcalorische eetgewoonten geslachtsspecifiek worden overgedragen. Het zou interessant zijn om de hoogcalorische eetgewoonten van de vader en moeder zoveel mogelijk apart te bevragen, om te kunnen onderzoeken

of er een geslachtsspecifiek socialisatie-effect uit gaat van de hoogcalorische eetgewoonten van ouders. Verder is het mogelijk dat er een additioneel effect is indien beide ouders probleemgedrag vertonen. Het effect van ouderlijk risicogedrag is mogelijk sterker in gezinnen waar beide ouders roken, alcohol drinken of hoogcalorisch voedsel nuttigen. Daarnaast zou het ongezonde gedrag van één ouder gecompenseerd kunnen worden door het gezonde gedrag van de andere ouder. Met de voor ons beschikbare data is het helaas niet mogelijk om dergelijke additionele effecten goed uit te zoeken, omdat de celvulling van verschillende categorieën (bijv. mensen met een geheelonthoudende vader en extreem drinkende moeder) dan erg klein zou worden. In vervolgonderzoek zou het interessant zijn om data over grotere aantallen respondenten te gebruiken om hypothesen over dergelijke additionele effecten af te leiden en toetsen.

Concluderend kan aan de hand van dit onderzoek worden vastgesteld dat het risicovol gedrag van de ouders tijdens de socialisatiefase van structurele invloed is op het risicovolle gedrag van hun kinderen. Kinderen hebben een redelijk grote kans dat ze het rook-, drink-, en eetgedrag van hun ouders kopiëren. Doordat risicogedragingen grote gevolgen kunnen hebben voor gezondheid en sterfte in de Nederlandse samenleving, is het van belang daadwerkelijk rekening te houden met kopieergedrag bij de planning en uitvoering van preventiemaatregelen. Op basis van dit onderzoek is een aanbeveling dat preventiemaatregelen gericht op ongezonde leefstijlen zich vooral moeten richten op ouders van kinderen in de primaire socialisatiefase. Het is belangrijk dat ouders bewust worden gemaakt van de gevolgen van hun eigen rook-, drink-, en eetgedrag voor hun kinderen later in het leven. De vooronderstelling dat iedere volwassene zelf verantwoordelijk is voor het eigen gezondheidsgerelateerde gedrag verdient dus enige nuance. Risicogedrag wordt namelijk grotendeels gevormd in de kindertijd, wanneer het niet alleen de kinderen zelf zijn maar met name de ouders die de verantwoordelijkheid dragen voor rookgedrag, alcoholgebruik en ongezonde eetgewoonten.

Noot

1. Dit artikel is gebaseerd op de masterthesis die Anne ten Cate heeft afgerond bij de opleiding sociologie aan de Radboud Universiteit Nijmegen. Tim Huijts is als universitair docent verbonden aan de vakgroep sociologie van de Universiteit Utrecht. Gerbert Kraaykamp is hoogleraar empirische sociologie aan de Radboud Universiteit Nijmegen. Correspondentieadres: Tim Huijts, Vakgroep Sociologie, Universiteit Utrecht, Padualaan 14, 3584 CH Utrecht. Email: t.h.m.huijts@uu.nl.

Literatuur

174

- Anderson, P. & Bamberg, B. (2006). *Alcohol in Europe. A public health perspective. A report for the European Commission*. United Kingdom: Institute of Alcohol Studies.
- Barnes, G.M., Reifman, A.S., Farrel, M.P. & Dintcheff, B.A. (2000). The effects of parenting on the development of adolescent alcohol misuse: A six-wave latent growth model. *Journal of Marriage and Family*, 62, 175-186.
- Berger, P.L. & Berger, B. (1972). *Sociology: A biographical approach*. New York: Basic Books.
- Bewley, B.R. & Bland, J.M. (1977). Academic performance and social factors related to cigarette smoking by school children. *British Journal of Preventive and Social Medicine*, 31, 18-24.
- Centraal Bureau voor de statistiek (CBS) (2007). Meer ziekteverzuim bij ernstig overgewicht en roken. In: *Gezondheid en zorg in cijfers 2007*. Den Haag/Heerlen.
- Centraal Bureau voor de statistiek (CBS) (2010). Persbericht: *Gezondere leefstijl blijkt voor velen moeilijk haalbaar*, 24 april 2010. www.cbs.nl.
- Corona, R., Dogliotti, E., D'Errico, M., Sera, F., Iavarone, I., Balavia, G., Chinni, L.M., Gobello, T., Mazzanti, C. Puddu, P. & Pasquini, P. (2001). Risk factors for basal cell carcinoma in a Mediterranean population; role of recreational sun exposure early in life. *Archives of Dermatology*, 137, 1162-1168.
- Deursen, C. van & Koenders, P. (2007). *Een gezonde leefstijl geeft een lager verzuim*. Economisch statistische berichten, pmbl.nl.
- Feenstra, D., Blokstra, A. & Zantinge, E.M. (2009). *Zijn er verschillen naar sociaaleconomische status en etniciteit?* In: *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Bilthoven, RIVM, 7 november 2010 (www.nationaalkompas.nl).
- Gadourek, I. (1982). *Social change as redefinition of roles: A study of structural and causal relationships in the Netherlands of the 'seventies'*. Assen: Van Gorcum.
- Ganzeboom, H.B.G., Graaf, P.M. de, Treiman, D.J. (1992). A standard international socio-economic index of occupational status. *Social Science Research*, 21, 1-56.
- Gezondheidsraad (2006). *Richtlijnen gezonde voeding*. Den Haag.
- Graaf, N.D. de & Graaf, P.M. de (1996). De invloed van socialisatie op leefstijlen: tellen restricties uit het verleden ook mee? In: H.B.G. Ganzeboom & S. Lindenberg (Red.), *Verklarende sociologie: opstellen voor Reinhard Wippler* (pp. 329-341). Amsterdam: Thesis Publisher.
- Graaf, N.D. de, Graaf, P.M. de, Kraaykamp, G. & Ultee, W.C. (2000). *Familie-enquête Nederlandse Bevolking 2000 (codeboek)*. Katholieke Universiteit Nijmegen: Sociologie.

- Hoeymans, N. (2009). *Welke factoren beïnvloeden de voeding en het voedingsgedrag?* In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, 20 oktober 2010 (www.nationaalkompas.nl).
- Kraaykamp, G. (2009). *Culturele socialisatie: een zegen en een vloek. Verbreding en verdieping in het sociologisch onderzoek naar langetermijneffecten van culturele opvoeding.* Nijmegen: Radboud Universiteit (oratie).
- Kuunders, M.M.A.P. (2009). *Vormen van schadelijk alcoholgebruik en hoeveel het voorkomt.* In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, 20 oktober, 2010 (www.nationaalkompas.nl).
- Kuunders, M.M.A.P. & Van Laar, M.W. (2009a). *Wat zijn de mogelijke gezondheidsgevolgen van alcoholgebruik?* In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, 23 maart 2010 (www.nationaalkompas.nl).
- Kuunders, M.M.A.P. & Van Laar, M.W. (2009a). *Wat zijn de mogelijke oorzaken van alcoholgebruik?* In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, 20 oktober 2010 (www.nationaalkompas.nl).
- Lammers, J., Pelzer, B., Hendrickx, J. & Eisinga, R. (2007). *Categorische data analyse met SPSS, inleiding in loglineaire analysetechnieken.* Assen: Van Gorcum.
- Mackenbach, J.P. (2010). *Ziekte in Nederland: Volksgezondheid tussen politiek en biologie.* Amsterdam: Mouria.
- Makatini, B.A. (2006). *Dikmakers: de invloed van individuele en socialisatie kenmerken op de eetgewoonten en de Body Mass Index van volwassenen in Nederland.* Nijmegen: Radboud Universiteit (masterscriptie).
- Meulenbelt, A. (1995). *De schillen van de ui. Socialisatie: hoe zijn we vrouwen en mannen geworden.* Amsterdam: Van Gennep
- Mirowsky, J. & Ross, C. E. (2003). *Education, social status and health.* New York: Aldine De Gruyter.
- Monden, C.W.S. (2002). *Beginnen en stoppen met roken: de invloed van opleiding, ouders en partners in een gebeurtenissenanalyse.* *Mens & Maatschappij*, 77, 297-318.
- Monden, C.W.S., Graaf, N.D. de & Kraaykamp, G. (2003). *How important are parents and partners for smoking cessation in adulthood? An event history analysis.* *Preventive Medicine*, 36, 197-203.
- Murry, M., Kiryluk, S. & Swan, A.V. (1985). *Relation between parent's and children's smoking behavior and attitudes.* *Journal of Epidemiology and Community Health*, 39, 169-174.
- Nationale leefstijlbarometer (2008). *Resultaten eerste Nationale leefstijlbarometer: Veenbrand van ongezonde leefstijl smeult onder hele bevolking, 20 oktober 2010.* <http://www.lekkerlangleven.nl/page/328>.

- Ocké M. C. & Harbers, M.M. (2009). Voeding: zijn er verschillen naar sociaaleconomische status? In: *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Bilthoven: RIVM, 7 november, 2010 (www.nationaalkompas.nl).
- Schippers, E. (2011). *Reactie op pakketadvies 2011*. Brief van minister Schippers van volksgezondheid, welzijn en sport aan de voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal, 10 juni 2011.
- Sherlock, S. (1982). Alcohol and disease. *British Medical Bulletin* 38, No. 1. Churchill Livingstone.
- Sturm, R. (2002). The effects of obesity, smoking, and drinking on medical problems and costs. Obesity outranks both smoking and drinking in its deleterious effects on health and health costs. *Health Affairs*, 245-253.
- Uiters, E. & Verweij, A. (2009). *Zijn er verschillen naar sociaaleconomische status? (alcoholgebruik)* In: *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Bilthoven: RIVM, 20 oktober, 2010 (www.nationaalkompas.nl).
- Willemsen M.C. , Feenstra, D., Kranen, H.J. & Zantinge E.M. (2009). *Wat zijn de mogelijke oorzaken van roken?* In: *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas*
- Wood, M.D., Mitchell, R.E., Read, J.P. & Brand, N.H. (2004). Do parents still matter? Parent and peer influences on alcohol involvement among recent high school graduates. *Psychology of Addictive Behaviors*, 18, 19-30.
- Zantinge, E.M. (2011). *Wat is roken?* In: *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Bilthoven: RIVM, 28 oktober 2011 (www.nationaalkompas.nl).
- Zantinge, E.M. & Laar, M.W. van (2011). *Hoeveel mensen gebruiken alcohol?* In: *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Bilthoven: RIVM, 8 december 2011 (www.nationaalkompas.nl).
- Zeegers, T. & Zantinge, E.M. (2011). *Hoeveel mensen roken?* In: *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Bilthoven: RIVM, 8 juli 2011 (www.nationaalkompas.nl).

Websites

www.cbs.nl
www.kinderenkopieren.nl
www.lekkerlanglevens.nl