

TANDEN
& **KiEZE**N
VOOR Mij*ZELF
& **ANDEREN**

DOCTORAALSCRIPTIE SOCIALE PSYCHOLOGIE
FEBRUARI 2005, YVONNE WERKHOVEN

TANDEN & KIEZEN VOOR MIJZELF & ANDEREN

“MONDGEZONDHEID,
SUBJECTIEF WELBEVINDEN
EN SOCIAAL GEDRAG”

DOCTORAALSCRIPTIE SOCIALE PSYCHOLOGIE
FEBRUARI 2005, YVONNE WERKHOVEN, 0746061

VAKGROEP SOCIALE EN ORGANISATIEPSYCHOLOGIE *Rijksuniversiteit Groningen*

INTERNE BEGELEIDER **Mw. dr. J.A.M. Heesink**
TWEEDE BEOORDELAAR **dr. A. Dijkstra**
PLAATS VAN ONDERZOEK **dr. S. van Mesdagkliniek te Groningen**
EXTERNE BEGELEIDER **dr. M. Spreen**

VOORWOORD

'Leven is meervoud van lef'

(©Stichting vrienden van Loesje).

Deze uitspraak is grotendeels op mijzelf van toepassing. Toch kan en wil ik me alle durf niet helemaal toe eigenen, want daarvoor zijn er te veel anderen in mijn sociale omgeving, die het volledige vertrouwen in mij bleven houden, en mij bovendien ondersteunden in bepaalde moeilijke perioden gedurende mijn studie.

Het volharden van jarenlange deeltijdstudie én de totstandkoming van deze scriptie is dus mede te danken aan de hulp en medeleven van personen, die ik bij naam wil noemen. Allereerst wil ik Bram Buunk bedanken; vanaf het begin van dit afstudeerproject was hij zijdelings zeer betrokken. Op afstand en toch nabij wist hij mij te stimuleren om deze studie met trots te volbrengen. Bram, vooral dank voor je morele ondersteuning! Mijn begeleiders Marinus Spreen en José Heesink bedank ik; niet alleen voor hun inhoudelijke expertise, maar ook voor hun welwillendheid in relationele zin. Beide, hartelijk dank voor de fijne samenwerking.

Ik dank alle andere direct betrokkenen, zoals collega Hans Berendsen voor de realisering van de detachering naar de dr. S. van Mesdagkliniek, de tandarts Elly Verheggen, de tandartsassistente Marian Kroon, én de patiënten die hun medewerking hebben verleend aan dit onderzoek. De bezigheden 'binnen de muren' van mijn werklokatie heb ik meerdere keren als ongewoon en erg bijzonder ervaren. Verder dank ik Warner Kalk, Rob Schaub, Manon Ketz, Oene Hokwerda, en al mijn andere collega's van de disciplinegroep Tandheelkunde/ Mondhygiëne.

Een aantal personen doe ik te kort als ik ze niet bij naam noem. Dank aan de docenten Hans van de Sande, Frans Siero en Arie Dijkstra; naast hun theoretische wijsheden, hebben hun persoonlijke bijdragen onvergetelijke indrukken bij mij achtergelaten. Bovendien wil ik

Gert Visser bedanken; hij is de persoon geweest, die het voor 'deeltijders' zo aangenaam mogelijk probeerde te maken om studie en werk te kunnen combineren.

In het bijzonder dank ik Herman en Emmy Overmars, én ook Elisabeth Bergsma. Jullie benadering om mijn 'typisch Yvonne' gedachten en gedragingen te relativieren, heeft mij ergens juist gestimuleerd om vooral door te gaan met mijn eigen 'naïeve' wijze van handelen. En eerlijk gezegd, dit leidt nog steeds tot een unieke 'Yvonne-invulling' van hét leven. Ik dank mijn vriendinnen en vrienden: Jolanda, Anna, Adriënne, Stephany (Steph, dank voor je design van het voorblad en de uitnodiging), Jacqueline, Marjanne, Selma en Roelof; jullie hebben jarenlang lief en leed met mij mogen delen... Ook wil ik mijn directe studiegenoten, Corine en Carla bedanken. Daarnaast bedank ik Renata en Katarina voor hun gedeelde gedachten en gevoelens met betrekking tot werken en studeren, én natuurlijk dank aan alle andere vrienden die ik niet heb genoemd voor de leuke naast de soms minder leuke momenten, voor jullie interesse in mijn activiteiten, en vooral voor de ijdele hoop op een goede afronding van deze studie.

Tenslotte wil ik mijn zussen, broer en ouders bedanken. En in het bijzonder mijn vader; hij was gedurende mijn hele studie op zijn eigen wijze betrokken, en vooral de laatste jaren was hij meer aanwezig dan ooit te voren.

“Papa, ik draag deze doctoraalscriptie op aan jou!”

SAMENVATTING

Bij 40 patiënten van de dr. S. van Mesdagkliniek (forensisch psychiatrisch ziekenhuis) te Groningen is een onderzoek gedaan naar de effecten van voorlichting en een mondhygiënische behandeling op de kwaliteit van leven, het subjectief welbevinden, sociaal gedrag, en defaitisme. Voorafgaand aan de mondhygiënische interventie is door de patiënten een samengestelde vragenlijst ingevuld. Bij de controle afspraak, ongeveer drie maanden later, werd dezelfde vragenlijst wederom ingevuld, en heeft een eenvoudige klinische inspectie plaatsgevonden. Uit de resultaten bleek dat de persoonlijke mondverzorging en de kwaliteit van leven verbeterd was, met name voor patiënten met een psychotische kwetsbaarheid. Er waren echter geen aantoonbare effecten op subjectief welbevinden en sociaal gedrag. Meer defaitistische patiënten waardeerden hun gebit na de interventie als minder positief. Concluderend zijn uit dit onderzoek duidelijke aanwijzingen naar voren gekomen, dat mondzorg voor forensisch psychiatrische patiënten een nuttig en waardevol onderdeel is binnen de totale zorgbenadering. Voor deze patiënten leidt aandacht voor mondverzorging en professionele gebitsbehandeling tot verbeterde zelfzorggedrag, en draagt het positief bij aan de kwaliteit van leven en het welbevinden.

INHOUDSOPGAVE

Voorwoord

Samenvatting

Inhoudsopgave

Inleiding.....	4
Mondgezondheid en mondgezondheidgedrag	6
Subjectief welbevinden.....	8
Sociaal gedrag.....	10
Defaitisme.....	11
Hypothesen	12
Methode.....	13
.....	
Design	13
Procedure en Respondenten.....	14
Meetinstrumenten	15
Resultaten.....	18
Effecten van de interventie over de hele groep	18
Effecten van de interventie over de groepsverdeling	27
Discussie en conclusie.....	29
Literatuur.....	34
Bijlagen	
Bijlage I	i
Bijlage II.....	v

INLEIDING

'Wat heb je aan een goed gebit, als er niks te lachen valt'

(©Stichting vrienden van Loesje).

Deze uitspraak is op meerdere manieren te interpreteren, en suggereert bijvoorbeeld dat iemand zich eerst goed en gezond moeten voelen, voordat hij het voordeel van een goed gebit ervaart. Hoe serieus is een dergelijke zinspeling, en kan hiermee verondersteld worden dat iemand met een gezond en goed gebit, zich beter voelt en zich vervolgens gemakkelijker beweegt in z'n sociale omgeving?

Het is algemeen bekend dat preventie en bevordering van gezondheid en gezondheidsgedrag meerdere sociaal-psychologische aspecten heeft. Hetzelfde geldt ook voor de mondgezondheid, en met name het beïnvloeden van mondgezondheidsgedrag. Vanuit een breder perspectief kan gebitsverzorging als onderdeel van structurele zelfzorg worden beschouwd, én vervult de mond bovendien belangrijke functies op het functionele, communicatieve en affectieve vlak. Gedragmatige en subjectieve consequenties gerelateerd aan mondzorg kunnen van groot belang zijn voor het algemeen welbevinden van personen op persoonlijk en maatschappelijk gebied. Volgens Cormac en Jenkins (1999) is vooral bij psychiatrische patiënten het belang van een goede mondgezondheid onderbelicht, en behoeft mondzorg bij deze patiëntengroep meer aandacht. Uit onderzoek van Mirza e.a. (2001) is gebleken dat de mondgezondheid van intramurale psychiatrische patiënten in vergelijking met de gewone populatie tamelijk slecht is. Onderzoeksresultaten over de mondgezondheid van personen in gevangenissen in de Verenigde Staten lieten naar verhouding meer mondziekten zien (Mixson e.a., 1990, Boyer e.a., 2002). Echter, in beide onderzoeken wordt ook het belang van structurele mondzorg benadrukt, en is aangetoond dat professionele aandacht voor gebitsverzorging positief bijdraagt aan een verbeterde mondgezondheid bij delinquenten. Het is nu de vraag in hoeverre deze bevindingen naar dezelfde doelgroepen in Nederland kunnen

worden gegeneraliseerd. Redelijkerwijs kan verondersteld worden, dat de mondgezondheid van zowel psychiatrische als van delinquente personen in Nederland, in vergelijking met de normale Nederlandse bevolking, een overeenkomstig beeld laat zien.

Forensisch psychiatrische patiënten zorgen in het algemeen onvoldoende voor hun eigen gebit. Daarnaast is mondzorg geen vanzelfsprekend onderdeel in de behandelbenadering van dergelijke patiënten. Deze patiënten verblijven vanwege hun psychiatrische stoornis in samenhang met hun delict en delictgevaarlijkheid in een forensisch psychiatrisch ziekenhuis. De dr. S. van Mesdagkliniek te Groningen is een ziekenhuis waar forensisch psychiatrische zorg aan terbeschikkinggestelde (TBS) personen wordt verleend. TBS betekent terbeschikkingstelling, en is een maatregel voor personen die een zwaar misdrijf (op het misdrijf staat minimaal 4 jaar gevangenisstraf, waarbij de veiligheid van de maatschappij voorop staat) hebben gepleegd. Deze delinquenten moeten voor dat misdrijf 'geheel of verminderd ontoerekeningsvatbaar' zijn verklaard. Tijdens TBS vindt psychiatrische behandeling plaats om recidivekans te verminderen. Deze heterogene groep personen in de dr. S. van Mesdagkliniek is te beschrijven als patiënten met primair een psychotische stoornis, of met een grote kwetsbaarheid om psychotisch te kunnen worden, zowel als patiënten met een persoonlijkheidsstoornis, en patiënten met diverse co-morbiditeit (psychotische kwetsbaarheid gecombineerd met persoonlijkheidsproblematiek en/ of verslaving). De patiënten zijn verdeeld over verschillende behandel eenheden; sommige patiënten behoeven zeer intensieve zorg, omdat ze extreem vlucht- en beheersgevaarlijk zijn. Andere patiënten presenteren zich afwisselend als 'ziek' of 'lastig', en verblijven op een afdeling waar een doorzichtig en consistent leefmilieu met een supportief klimaat, basisveiligheid biedt. Weer andere patiënten verblijven op een afdeling waar gestreefd wordt naar gedragsverandering, om abstinentie van middelengebruik of gokken, en daarmee vermindering van het delictgevaar te bewerkstelligen. Er zijn afdelingen voor patiënten met vooral narcistische problematiek, voor patiënten die erkennen dat ze een sexueel agressief delict hebben gepleegd, en voor patiënten

die niet of onvoldoende basale sociale en zelfreguleringsvaardigheden hebben geleerd. Voorts zijn er rehabilitatie- en resocialisatie-eenheden, en is er een eenheid voor langdurige forensisch psychiatrische zorg.

Iedereen zich kan voorstellen dat pijn in de mond, en vooral bij deze categorie patiënten, kan leiden tot irritaties, frustraties en zelfs agressief gedrag. Bovendien kan een slecht gebit mogelijk de sociale omgang bemoeilijken, en het gevoel van eigenwaarde verlagen. De ongunstige subjectieve en gedragsmatige consequenties van een slecht gebit zijn voor deze patiëntengroep niet erg bevordelijk voor hun totale welzijn en gemoedstoestand. Om die reden wordt in de dr. S. van Mesdagkliniek extra aandacht aan de mondzorg voor de patiënten besteed, en om de effecten van deze extra zorg na te gaan, is in samenwerking met de onderzoeksafdeling van de dr. S. van Mesdagkliniek een verkennend onderzoek uitgevoerd. De centrale vraagstelling in het onderzoek is: *In hoeverre beïnvloedt structurele aandacht voor mondverzorging en gebitsbehandeling bij deze speciale doelgroep het subjectief welbevinden en het sociale gedrag?* Hierbij moet opgemerkt worden, dat de effecten van de aangeboden interventie mede afhankelijk zullen zijn van de algemene veranderingsbereidheid, die sterk samenhangt met de psychopathologische kenmerken, en de persoonlijke gemoedstoestand van deze patiënten.

Mondgezondheid en mondgezondheidgedrag

Mondgezondheid wordt gedefinieerd als "de mate van gezondheid van orale en omringende weefsels, waarmee het individu zonder actieve ziekten, ongemak of schaamte kan spreken en zich kan voortbewegen in de sociale context, en dat bovendien bijdraagt aan een algemeen welbevinden" (Kay en Locker, 1997, p. 8). Mensen met een verminderde mondgezondheid ervaren niet altijd een lagere kwaliteit van leven. Men kan een slecht gebit hebben zonder daar beperkingen van te ervaren. Niettemin is in verscheidene studies aangetoond dat mondziekten naast pijn en functionele beperkingen, ook fysieke en sociaal-

psychologische problemen kunnen veroorzaken, zoals niet meer eten, zich schamen of niet meer durven te lachen. Het theoretisch model van mondgezondheid van Locker (1988) laat zien dat mondziekten op verschillende dimensies tot allerlei beperkingen, en dus een lagere kwaliteit van leven, kunnen leiden. Een voorbeeld hiervan is hevige pijn aan de kiezen als gevolg van grote caviteiten en tandvleesontstekingen, waarbij de aantastingen zodanig zijn dat de kiezen moeten worden getrokken. Het verlies van de kiezen kan mogelijk leiden tot een verminderd kauwvermogen, moeite met het uitspreken van bepaalde woordklanken, of esthetisch minder fraai lijken. De gevolgen van deze beperkingen tezamen kunnen volgens het model van Locker de dagelijkse activiteiten van patiënten, en daarmee de kwaliteit van leven, negatief beïnvloeden (Slade en Spencer, 1994). Ook kan een combinatie van een aantal beperkingen een sterke impact hebben op het sociaal functioneren, bijvoorbeeld zich ongemakkelijk voelen in gezelschap van anderen of zelfs het vermijden van sociale contacten. Onderzoekresultaten van Slade (1997) en van John en Micheelis (2003) laten onder andere zien dat mondziekten negatieve gevolgen hebben voor de kwaliteit van leven.

Naast het gebruikelijke concept kwaliteit van leven gerelateerd aan mondgezondheid, is in dit onderzoek de aandacht speciaal gericht op de invloed van mondgezondheid, en mondgezondhedgedrag voor drie aanvullende aspecten van kwaliteit van leven, namelijk subjectief welbevinden, sociaal gedrag en defaitisme. Hierover is weinig bekend, hoewel meerdere epidemiologische onderzoeken die gebaseerd zijn op het theoretisch model van mondgezondheid, waardevolle inzichten hebben geleverd over sociaal-psychologische consequenties van mondzorg.

Subjectief welbevinden

Subjectief welbevinden is een multidimensioneel, veelomvattend begrip, waardoor onderzoek naar dit concept niet eenvoudig is. Er zijn diverse sociaal-psychologische theorieën te gebruiken om subjectief welbevinden gerelateerd aan gezondheid en ziekte te begrijpen.

De sociale vergelijkingstheorie is op het terrein van geestelijke gezondheid en subjectief welbevinden een veel toegepaste theorie (Buunk & Gibbons, 1997; Diener & Fujita, 1997). Een halve eeuw geleden introduceerde Festinger (1954) de sociale vergelijkingstheorie met als uitgangspunt, dat mensen zich in geval van onzekerheid met anderen vergelijken om hun eigen meningen en bekwaamheden te kunnen evalueren. Om na te gaan hoe goed of aantrekkelijk mensen zichzelf beoordelen, en om een indruk te krijgen van hun status ten opzichte van hun sociale omgeving, worden anderen als vergelijkingspersonen beschouwd. Het betreft hier dan min of meer gelijke anderen, dus personen die ongeveer dezelfde voor de bekwaamheid relevante kenmerken hebben. Er zijn binnen het sociale vergelijkingproces algemene effecten van neerwaartse en opwaartse vergelijking. Vooral als mensen zich bedreigd voelen, of als ze het idee hebben dat ze achterop raken in vergelijking met anderen, bestaat er een neerwaartse voorkeurstendens. Mensen vergelijken zich dan met anderen die enigszins slechter af, of juist slechter zijn dan zichzelf. Een opwaartse vergelijking heeft de voorkeur als mensen menen dat hun bekwaamheden nog verbeterd kunnen worden, dat wil zeggen: een vergelijking met personen die 'iets beter zijn' geeft dan die informatie over hoe mensen beter kunnen worden, en welke status men zou kunnen bereiken. Vanuit dit gedachtegoed kan worden aangenomen, dat sociale vergelijking ook een rol zou kunnen spelen bij iemands gebitsbeleving, en de betekenis daarvan voor het subjectief welbevinden van de persoon. Het gebit is namelijk zichtbaar voor anderen, en kan deels bepalend zijn voor iemands uiterlijk, wat logischerwijs weer invloed zou kunnen hebben in de omgang met anderen. Er zijn geen onderzoeksgegevens over sociaal vergelijking in samenhang met mondgezondheid, en de bevordering van mondzorggedrag. Echter, verschillende onderzoeken waarbij de relatie van sociale vergelijking met gezondheidszorg in het algemeen, en in samenhang met ziekten (bijvoorbeeld bij kankerpatiënten of personen met eetstoornissen) is onderzocht, lieten zien dat vooral de behoefte aan sociale vergelijking groter wordt, naarmate iemand zijn eigen

algemene gezondheid negatief evalueert (Buunk, Gibbons & Visser, 2002; Bennenbroek, e.a., 2002; Morrison, e.a., 2003). Op grond van dit gegeven is het aannemelijk, dat wanneer een persoon zijn mondgezondheid/ gebit negatief evalueert, eveneens de behoefte aan sociale vergelijking optreedt. De verwachting is dan dat patiënten geneigd zullen zijn hun eigen gebitstoestand aan de zichtbare gebitten van anderen in hun sociale omgeving af te meten. Met de verkregen informatie zullen de patiënten vervolgens een oordeel vormen over hun persoonlijke status met betrekking tot de mondgezondheid.

Het begrip subjectief welbevinden duidt onder meer aan hoe tevreden een persoon over zichzelf is, en in onderhavig onderzoek zal geen welbevinden worden gemeten, maar subjectief gevoel van status. Allan en Gilbert (1995) hebben een eenvoudige sociale vergelijkingsvragenlijst samengesteld, die specifiek is toegespitst op de bepaling van het subjectief gevoel van status. Uit hun onderzoek komt naar voren dat deze factor verband houdt met psychopathologie, namelijk dat psychiatrische patiënten in het algemeen een lager subjectief gevoel van status hebben. In het onderzoek van Troop e.a. (2003), dat gebaseerd was op de sociale vergelijkingstheorie, werd bij patiënten met eetstoornissen eveneens een laag subjectief gevoel van status waargenomen. Ook is gebleken dat sociale vergelijking een belangrijke rol speelt bij de bepaling van de mate van satisfactie bij chronische schizofrenie patiënten (Franz e.a., 2000). Daar de sociale vergelijkingstheorie een waardevolle theorie is gebleken, en de sociale vergelijkingsschaal een veelvuldig toegepaste meetinstrument is binnen gezondheidgerelateerde onderzoeken, zal in onderhavig onderzoek de nederlandse versie van deze sociale vergelijkingsvragenlijst worden gebruikt, om het subjectieve gevoel van status bij de patiënten te meten.

Sociaal gedrag

Binnen de forensische psychiatrie is de behandeling van de patiënten vooral gericht op het vergroten van probleembesef en motivatie, zowel op inzicht krijgen in de eigen

problematiek en gedragspatronen, en wordt er gestreefd om bij de patiënten een gedragsverandering te bewerkstelligen. Meestal is er sprake van onvoldoende aangeleerde basale sociale- en zelfreguleringsvaardigheden, en moeten de patiënten leren zich voor henzelf en de sociale omgeving acceptabel te gedragen. Ook dient de patiënten alternatief, constructief gedrag (sociale vaardigheden, sociaal-emotionele ontwikkeling) te worden aangeleerd ten behoeve van het terugdringen van probleemgedrag in de omgang met anderen (Bartels & Spreen, in press). Vaardigheidstrainingen op elk niveau van rolfunctioneren zijn juist toepasbaar om negatieve symptomen (de afwezigheid van functies en gedragingen die er normaal zouden zijn) te reduceren. In het algemeen leiden geïndiceerde trainingen tot zowel een toename van kennis als een toename van vaardigheden, en blijken de geleerde vaardigheden langer te beklijven naarmate de training langer duurt (Vandereycken e.a. 1996).

Daarnaast speelt de persoonlijke verzorging, en als onderdeel daarvan een adequate mondverzorging, een belangrijke rol in eigen maken van vaardigheden in het algemeen. Gebitsverzorging, en specifiek het tandenpoetsen kan worden beschouwd als een gewoontegedrag, en dus ook als een vaardigheid die kan worden aangeleerd (Ronis, 1992). Iemands uiterlijk en de wijze waarop de persoon indruk maakt op anderen, kan bepalend zijn voor het subjectief welbevinden en het gedrag in de sociale context. Als een patiënt bijvoorbeeld niet lekker in zijn vel zit, en zich ook nog schaamt voor zijn gebit of pijn heeft in de mond, dan kan dat voor die persoon een belastende factor betekenen in de omgang met anderen. Spanningen, sociale angst en vermijdingsgedrag kunnen zich dan extra voordoen, wat voor deze patiënten in het algemeen niet bevordelijk is. In dit onderzoek wordt met behulp van de Sociale Inadequatie subschaal van de Nederlandse Persoonlijkheids-Vragenlijst (Luteijn, 1974b) en twee subschalen van de Inventarisatielijst Omgaan met Anderen (Van Dam-Baggen & Kraaimaat, 1987) getracht een aantal aspecten van het sociale gedrag van de patiënten inzichtelijk te maken.

Defaitisme

Het gevoel van verslagenheid ('sense of defeat') is een factor die aandacht behoeft, omdat defaitisme in de klinische praktijk dikwijls wordt waargenomen bij patiënten met ernstige psychopathologie.¹ Bij verslagenheid of defaitisme gaat het om het gevoel in het sociale verkeer tot de minderen te behoren. Het lijkt waarschijnlijk dat bij deze patiënten, die bovendien in een forensische kliniek verblijven, diepe gevoelens van verslagenheid vaak voorkomen. Bij deze patiënten kan het delict mede zijn voortgekomen uit een gevoel van verslagenheid, en tegelijk kan het opgesloten zijn in een zwaar beveiligde inrichting de mate van defaitisme versterken. Niet alleen een laag gevoel van status, maar vooral het gevoel van verslagen te zijn, kan derhalve bij deze specifieke doelgroep een rol spelen.

De 'social rank theory' van Price (1972) stelt dat er een duidelijke relatie bestaat tussen emoties en stemmingen, en de perceptie die iemand heeft over de eigen status. De 'social rank theory of depression' afgeleid uit de 'social rank theory' stelt dat bepaalde psycho-biologische mechanismen om zich te gedragen bij verliezen in conflictsituaties, door de evolutie van sociale hiërarchieën dusdanig zijn aangepast, dat depressie vaker wordt waargenomen bij personen die zich erg moedeloos en verslagen voelen (Price & Sloman, 1987). Uit onderzoek van Gilbert en Allan (1998) blijkt inderdaad dat defaitisme sterk verband houdt met depressie. Kennelijk hebben bepaalde gedragingen die geassocieerd worden met nederigheid of ondergeschikt gedrag invloed op de subjectieve statusbepaling. De mate van defaitisme, dus hoe moedeloos of verslagen iemand zich voelt, blijkt een belangrijke beïnvloedende factor te zijn voor het subjectieve gevoel van status. Voorts lijkt het geen onlogische gedachtengang te zijn, om te veronderstellen dat bij patiënten die defaitistisch zijn, de motivatie met betrekking tot gebitsverzorging ook lager zal zijn. Immers, wat doet het er nog aan toe of het gebit al dan niet gezond is, als desbetreffende persoon zich in het algemeen de mindere voelt tegenover anderen.

¹ Gebleken tijdens een workshop met personen werkzaam in de psychiatrie; met dank aan prof. dr. A.P.Buunk

In dit onderzoek wordt voor de meting van defaitisme de Nederlandse vertaling van de 'defeat scale' gebruikt. Deze schaal blijkt onder meer samen te hangen met depressie, angst, het niet kunnen genieten van het leven, en het vertonen van submissief gedrag (Gilbert e.a., 2002). Uit ongepubliceerd Nederlands onderzoek blijkt dat defaitisme hoger is bij werklozen en personen in de WAO dan bij werkenden.²

Samenvattend een overzicht van de hypothesen

- 1 Door aandacht voor mondverzorging, en professionele gebitsbehandeling zal het gebitsbewustzijn toenemen, zal het zelfzorggedrag verbeteren, en zal het eigen gebit als goed en als een belangrijk onderdeel van de algemene gezondheid worden ervaren,
- 2 Door aandacht voor mondverzorging, en professionele gebitsbehandeling zal het subjectief welbevinden in positieve richting worden beïnvloed, en zullen de patiënten meer sociaal gedrag vertonen in de omgang met anderen in hun dagelijkse omgeving.
- 3 De positieve veranderingen in punt 2 genoemd zullen vooral bij patiënten, die zichzelf niet defaitistisch beoordelen, worden waargenomen.

METHODE

Design

Voorafgaand aan het onderzoek is een poweranalyse uitgevoerd, welke gebaseerd was op een berekening, waarbij de gemodificeerde Oral Health Impact Profile-14 (OHIP-14) schaal (Slade, 1997) als ijkpunt is gehanteerd. Uit deze analyse kwam naar voren dat een steekproefomvang van minimaal $N = 61$ voldoende zou zijn voor een sterke power. Een steekproef van 46 patiënten zou voldoende zijn voor een redelijke power, en om op grond van deze berekeningen is gestreefd naar een onderzoeksgroep van 50 patiënten. Mede door het

² Met dank aan prof. dr. A.P.Buunk

beperkte tijdschema, waarin het onderzoek kon plaatsvinden, is gekozen voor participatie van dit aantal patiënten.

Het onderzoek is met een One group, Pretest-Posttest Design uitgevoerd bij mannelijke patiënten in de dr. S. van Mesdagkliniek (forensisch psychiatrisch ziekenhuis) te Groningen. Voorafgaand en gedurende de onderzoeksperiode is bij alle patiënten, die bij de tandarts voor controle kwamen, een uitgebreid mondonderzoek uitgevoerd. Door de tandarts is een oordeel gevormd over de behoefte bij de patiënten aan behandeling, en over de mondzorgkundige noodzaak daartoe. Bovendien is het niveau van mondhygiënische zelfzorg bepaald. Naast een conventionele tandheelkundige behandeling werden patiënten, op indicatie van de tandarts, doorverwezen naar de mondhygiënist voor een mondhygiënische behandeling. Ten behoeve van het onderzoek hebben de patiënten twee keer een vragenlijst moeten invullen. De eerste keer was voorafgaand aan de mondhygiëne interventie, en de tweede keer was bij de controleafspraak, die ongeveer 3 maanden later plaatsvond. Door de specifieke gesloten setting en praktische problemen is het niet mogelijk om een relevante controle groep te realiseren.

Procedure en Respondenten

De gegevens voor deze studie zijn verzameld met behulp van een samengestelde vragenlijst, en de mondhygiënische interventie heeft intern onder normale klinische omstandigheden plaatsgevonden. Gedurende een periode van 7 maanden (november 2003-juni 2004) zijn 49 patiënten voorafgaand aan de eerste mondhygiëne behandeling naar de 'wachtkamer' geleid. Daar werden zij geïnformeerd door de tandartsassistente:

"De behandeling door de mondhygiënist is een extra behandeling binnen de tandheelkundige zorg die wij aan u verlenen. En omdat wij erg benieuwd zijn naar de effecten hiervan, en bovendien graag willen weten wat deze extra zorg voor uw gebit, voor uzelf en voor uw omgang met anderen betekent, hebben wij deze vragenlijst samengesteld. Wij hopen hiermee inzicht te kunnen krijgen in uw ervaringen, en om een juist en volledig beeld te kunnen krijgen, is het belangrijk dat u alle vragen beantwoordt."

In totaal hebben 9 patiënten geen vragenlijst ingevuld, maar is aan hen wel mondzorg verleend. Deze patiënten wensten niet deel te nemen aan het onderzoek (3x), hadden moeite met de vragenlijsten vanwege een taalbarrière (3x), of konden om andere redenen niet meedoen. De overgebleven onderzoeksgroep bestond dus uit 40 patiënten.

Na het invullen van de vragenlijst werden de patiënten naar de behandelkamer gebracht, en voerde de mondhygiëniste de behandeling uit. De mondhygiënische interventie bestond uit voorlichting over mondgezondheid, mondhygiëne instructies en professionele gebitsreiniging. Na afloop van het eerste bezoek kregen de patiënten de gelegenheid om een voorlichtingsbrochure mee te nemen. Bij 10 patiënten is het meenemen van een voorlichtingsbrochure genoteerd. De tweede meting vond plaats bij de controleafspraak na ongeveer 3 maanden. De patiënten vulden dezelfde samengestelde vragenlijst wederom in. Ook is op een eenvoudige wijze gekeken of de mondhygiënische zelfzorg adequaat was uitgevoerd, en in hoeverre bloeding al dan niet aanwezig was. Om diverse redenen heeft bij 4 patiënten geen tweede meting plaatsgevonden. Deze redenen waren vertrek naar een andere kliniek, verblijf in een separeercel, geen behoefte meer hebben aan mondzorg, en onwil. In de resterende groep van 36 patiënten heeft bij 1 patiënt de tweede meting plaatsgevonden in de professor W.P.J. Pompestichting te Nijmegen (overplaatsing). Bij 1 patiënt duurde de tussenperiode 6 maanden, en een tweetal patiënten heeft de vragenlijst ingevuld met hun begeleider, waardoor het invullen van de vragen ongeveer een 1/2 uur duurde in plaats van gemiddeld een kwartier. Tot slot was er 1 patiënt die bepaalde schalen uit de vragenlijst niet voor een tweede keer wilde invullen.

De leeftijd van de 40 patiënten in de onderzoeksgroep varieert van 23 tot 49 jaar; de gemiddelde leeftijd is 34,6 jaar. Deze patiëntengroep is, op grond van hun psychiatrische diagnose, globaal te categoriseren als patiënten met een persoonlijkheidsstoornis (24 personen), patiënten met een psychotische kwetsbaarheid (9 personen), en patiënten met een combinatie hiervan (7 personen). Om praktische redenen is een tweedeling gemaakt bestaande

uit patiënten met een persoonlijkheidsstoornis (24 personen), en patiënten met psychotische kwetsbaarheid (16). De patiënten met een combinatie van beide diagnoses, en de patiënten met een psychotische kwetsbaarheid zijn samengevoegd tot één categorie. Om hypothese 3 te toetsen is met behulp van de mediaan-splitmethode de groep opgedeeld in patiënten met een hoge mate en lage mate van defaitisme.

Meetinstrumenten

In dit onderzoek zijn verschillende schalen gebruikt. Deze schalen beogen mondgezondheid gerelateerde kwaliteit van leven, gebitsbeleving en mondzorgaspecten, subjectief gevoel van status, 'sociale vaardigheden' en defaitisme (het gevoel van moedeloosheid of wanhoop) te meten.

Mondgezondheid gerelateerde kwaliteit van leven. De gemodificeerde Oral Health Impact Profile-14 (OHIP-14) vragenlijst (Slade, 1997) is gebruikt om mondgezondheid gerelateerde kwaliteit van leven te meten, dat wil zeggen de mate waarin mensen geen beperkingen ervaren ten gevolge van de toestand van hun gebit. Deze beperkingen zijn onderverdeeld in zeven dimensies, elk vastgesteld met twee items: functie beperkingen, fysieke pijn, psychologisch ongemak, psychologische beperkingen, lichamelijke beperkingen, sociale beperkingen en andere beperkingen. De antwoorden worden gescoord op een 5-punts Likert-schaal; een score 0 betekent geen sociaal-psychologische beperking en een 4 een maximaal bevonden beperking. De totaalscore op de OHIP-14 schaal varieert van 0-56; een hoge score indiceert een lage kwaliteit van leven met betrekking tot mondgezondheid.

Gebitsbeleving. Dit concept is gemeten met de 'Ladder Scale' as the Self-Anchoring Striving Scale (Cantril, 1967). Deze schaal verwijst naar iemands subjectieve beoordeling van zijn gebit, en hierbij wordt aangenomen dat het bovineinde van de 'ladder' (cijfer 10) het best denkbare gebit voorstelt, en dat het ondereinde (cijfer 0) het slechtst denkbare gebit voorstelt.

De respondent dient aan te geven waar hij zich op het moment van de testafname op de 'ladder' bevindt.

Mondzorgaspecten. Een lijst met mondverzorgingvragen is gebruikt om de mate van veranderingen met betrekking tot zelfzorg en mondgezondheid te meten. Het betreft onder andere de volgende soort vragen: Hoe vaak poetst u uw gebit?, Hoe vaak gebruikt u tandenstokers en/of ragers (borsteltjes). Beide vragen hebben vijf antwoordmogelijkheden, variërend van nooit tot meer dan 2 keer per dag. Andere vragen hebben meerdere antwoordkeuzes, en deze vragen hebben betrekking op onderwerpen als bloedend tandvlees, slechte adem, frequentie tandartsbezoek, en eerder gekregen voorlichting over mondgezondheid.

Subjectieve gevoel van status. De Social Comparison Scale (Allan & Gilbert, 1995) is een instrument, dat specifiek is toegespitst op de bepaling van het subjectieve gevoel van status. Deze sociale vergelijkingsschaal, gebaseerd op de semantische differentiaal methodologie van Osgood e.a (1957) is gebruikt, om na te gaan hoe iemand zich voelt in vergelijking met andere mensen. De schaal bevat een zin, die gevolgd wordt door een serie bipolaire constructen: 'In vergelijking met andere mensen in mijn dagelijkse omgeving voel ik me in het algemeen': Inferieur 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Superieur. Andere constructen zijn bijvoorbeeld onaardig-aardig, anders-hetzelfde, buitenstaander-iemand die erbij hoort. De 11 items bij elkaar opgeteld geven de totaalscore van de sociale vergelijkingsschaal, variërend van 11-110, waarbij een hoge score een hoog subjectief gevoel van status indiceert.

Sociaal gedrag. Een drietal subschalen meet enkele aspecten van iemands sociale gedrag. De Sociale Inadequatie of sociale angst versus sociabiliteit-schaal (SI) is een subschaal van de Nederlandse Persoonlijkeids- Vragenlijst (NPV) (Luteijn, 1974b), en bestaat uit 15 items³. Deze items verwijzen naar het vermijden van of het zich ongelukkig voelen in sociale contacten. Er zijn 3 antwoordenmogelijkheden: 'juist', een vraagteken '?' en

³ Dit zijn de items uit de NPV: 2, 31, 33, 36, 43, 47, 48, 50, 67, 73, 83, 89, 95, 116 en 122.

'onjuist'. De twee andere subschalen 'Kritiek geven' en 'Waardering uitspreken voor een ander' behoren tot de Inventarisatielijst Omgaan met Anderen (IOA) (Van Dam-Baggen & Kraaimaat, 1987). De IOA is een zelfbeoordelvragenlijst, die gericht is op inventarisatie van sociale angst en sociale vaardigheden. De subschaal 'Kritiek geven' (KRIT) bestaat uit 7 items⁴. Deze items verwijzen naar kritiek geven op concrete punten en verzoeken dit te wijzigen. De subschaal 'Waardering uitspreken voor een ander' (WAAR) bestaat uit 4 items⁵. De items uit deze schaal verwijzen naar de ander een compliment geven over z'n gedrag of uiterlijk. De patiënt dient voor elk van de items op een 5-punts Likert-schaal aan te geven hoe gespannen of zenuwachtig hij is bij het uitvoeren van het beschreven bedrag. Een score 1 betekent 'helemaal niet gespannen of zenuwachtig', en een 5 betekent 'heel erg gespannen of zenuwachtig'. De subschaal (KRIT) varieert van 7-35 en de subschaal (WAAR) van 4-20. Tezamen variëren de IOA-subschalen van 11-55, waarbij een lage score een minimale gespannen- of zenuwachtigheid indiceert.

Defaitisme. De Defeat Scale ontwikkeld door Gilbert en Allan (1998) is een instrument dat de mate van defaitisme meet. De patiënt dient op een 5-punts Likert-schaal aan te geven hoe vaak hij zich in de afgelopen 7 dagen defaitistisch heeft gevoeld. De schaal bestaat uit 16 items, bijvoorbeeld item 3; 'Ik voel me verslagen door het leven gaan', item 7; 'Ik voel me machteloos', en item 13; 'Ik voel dat ik het opgegeven heb'. De antwoordmogelijkheden zijn: 'nooit', 'zelden', 'soms', 'meestal' en 'altijd'. De defaitismeschaal varieert van 16-80, en een hoge score indiceert een hoge mate van defaitisme.

RESULTATEN

⁴ Dit zijn de items uit de IOA: 2, 8, 10, 21, 25, 31 en 33.

⁵ Dit zijn de items uit de IOA: 9, 17, 23 en 24

Alle data-analyses zijn uitgevoerd met SPSS versie 11.0 (Statistical Package for Social Science). De gehele hypothesetoetsing is in twee fasen uitgewerkt; effecten van de interventie over de hele groep, en over de groepsverdeling (psychiatrische diagnose en defaitisme). Bij de beschrijving van de analyses wordt een grenswaarde van < 0.10 aangehouden, waarbij effecten met p-waarden tussen $0.05 - 0.10$ als trend kunnen worden beschouwd, en p-waarden > 0.10 als niet significant (ns.). De standaard deviatie is in de tabellen met SD aangeduid, en in de tekst tussen haakjes achter het gemiddelde vermeld. Het gemiddelde tussen haakjes wordt met M aangeduid.

Effecten van de interventie over de hele groep

Mondgezondheid gerelateerde kwaliteit van leven. Met behulp van een betrouwbaarheidsanalyse bleek dat één item van de OHIP-14 niet in deze schaal paste. Het item ‘niet in staat normaal te functioneren’ van de dimensie ‘andere beperkingen’ bleek niet consistent samen te hangen met de overige items, en is om die reden uit de schaal verwijderd (conform Peet, Wittenboer & Hox, 1995). Daardoor kan niet meer echt gesproken worden over een dimensie ‘andere beperkingen’, en wordt het andere item van deze dimensie ‘leven minder bevredigend’ apart geanalyseerd. De betrouwbaarheid van de schaal bestaande uit de overige items van de OHIP was voor de 1^e meting hoog ($\alpha = 0.88$). De betrouwbaarheid van de 2^e meting was ook bevredigend ($\alpha = 0.81$). In Tabel 1 staan de psychometrische resultaten.

Tabel 1. Aantal patiënten, gemiddelden, standaard deviaties, item-totaal correlaties, en alpha's voor OHIP 1^e en 2^e meting. Een lagere score wijst op minder beperkingen en een hogere kwaliteit van leven.

Item	N	Gemiddelde	SD	Item-totaal correlatie OHIP 1 ^e	α als item is verwijderd	N	Gemiddelde	SD	Item-totaal correlatie OHIP 2 ^e	α als item is verwijderd
1 moeite met uitspreken	40	0.28	0.60	0.55	0.89	36	0.22	0.48	0.49	0.83
2 gevoel dat smaak is verslechterd	39	0.44	0.82	0.48	0.88	36	0.33	0.80	0.57	0.80
3 pijn in de mond	40	1.06	0.89	0.53	0.86	34	0.97	0.97	0.44	0.79
4 last met eten	40	0.85	0.89	0.48	0.87	35	0.71	0.86	0.18	0.81
5 zich bewust zijn van gebit	40	3.25	0.93	0.23	0.87	36	3.19	1.04	0.17	0.82

6 zich gespannen voelen	40	0.60	0.78	0.68	0.86	36	0.56	0.81	0.64	0.80
7 dagelijks eten is vervelend	40	0.53	0.68	0.69	0.86	36	0.50	0.65	0.37	0.79
8 maaltijden moeten onderbreken	39	0.62	0.75	0.60	0.86	36	0.47	0.61	0.19	0.79
9 moeilijk om te ontspannen	40	0.50	0.88	0.64	0.87	36	0.50	0.74	0.65	0.82
10 zich schamen	40	0.96	1.25	0.74	0.88	36	0.83	1.08	0.60	0.78
11 in gezelschap chagrijnig	40	0.50	0.91	0.61	0.86	36	0.39	0.69	0.54	0.81
12 hinder ondervinden in dagelijkse activiteiten	40	0.63	0.81	0.72	0.86	34	0.77	0.82	0.62	0.79
13 leven minder bevredigend	40	0.68	1.07	0.44	0.87	34	0.58	0.81	0.66	0.79
voor 13 items 1 ^e meting $\alpha = 0.88$ en 2 ^e meting $\alpha = 0.81$										

De items 'zich bewust zijn van gebit' (1^e en 2^e meting), 'last met eten' (2^e meting), 'maaltijden moeten onderbreken' (2^e meting) dragen minder goed bij aan de totale OHIP score zoals blijkt uit een tamelijk lage item-totaal correlatie. De betrouwbaarheid verandert echter niet of nauwelijks als deze items zouden worden weggelaten. Op inhoudelijke gronden is daarom besloten deze items in de schaal op te nemen. De 13 items bij elkaar opgeteld geven de totaalscore van de OHIP. Elk item is gewogen met de gewichten, zoals gevonden in het onderzoek van Slade (1997).

Daar de totaal scores van de gewogen OHIP scores niet normaal verdeeld bleken, is de Wilcoxon Signed Rank toets voor het verschil tussen de twee meetmomenten toegepast (zie Tabel 2). De Wilcoxon Signed Rank toets is ook toegepast op de 6 dimensies apart en het item 'leven minder bevredigend'.

Tabel 2. Aantal patiënten, gemiddelden, standaard deviaties, en p-waarden voor de dimensies van de OHIP 1^e en 2^e meting. Een lagere score wijst op minder beperkingen en een hogere kwaliteit van leven.

Dimensie	N 1e	Gemid- delde	SD	N 2e	Gemid- delde	SD	P <
Psychologisch ongemak	36	1.76	0.66	36	1.74	0.73	
Fysieke pijn	33	0.91	0.75	33	0.75	0.60	0.08
Sociale beperkingen	34	0.52	0.71	34	0.55	0.61	
Functie beperkingen	35	0.30	0.49	35	0.21	0.39	
Leven minder bevredigend	36	0.72	0.61	36	0.58	0.81	0.00
Psychologische beperkingen	36	0.66	0.80	36	0.63	0.70	
Lichamelijke beperkingen	35	0.54	0.57	35	0.50	0.49	
Gewogen OHIP totaalscore	30	5.58	3.91	30	4.78	2.95	0.07

Uit Tabel 2 is af te lezen dat de kwaliteit van leven in het algemeen is verbeterd. De patiënten rapporteerden na de behandeling een hogere kwaliteit van leven dan voor de behandeling. Tevens gaven de patiënten aan nu minder fysieke pijn te ervaren. Dit betekent dat de patiënten nu minder pijn in de mond hebben, en minder last hebben met eten dan voor de behandeling. Daarnaast zijn de patiënten in de loop van de behandeling het leven als meer bevredigend gaan ervaren.

Gebitsbeleving. De gemiddelde score van de patiënten (N = 40) op de 'Ladder Scale' was bij de 1^e meting 6.75 (1.82). 20% van de patiënten beoordeelden hun gebit met het cijfer 5 of lager, 37% gaf zijn gebit het cijfer 7, en 12.5% vond zijn gebit een 8 waard. Bij de 2^e meting (N = 36) was de gemiddelde score 6.76 (1.67). De scoreverdeling ziet er na de interventie iets anders uit: 16.7% gaf zijn gebit een cijfer 5 of lager, 30% van de patiënten gaven hun gebit het cijfer 7, en 20% het cijfer 8. De Wilcoxon Signed Rank toets liet geen significant verschil tussen de twee meetmomenten zien.

Mondzorgaspecten. Met de McNemar Chi-kwadraat toets is het verschil tussen de twee metingen voor de items 'hoe vaak poetsen', 'hoe vaak stokers/ragers', en 'last van bloedend tandvlees' berekend (zie Tabel 3, 4, 5).

Tabel 3. Aantal patiënten en Frequentie van het poetsen bij de 1^e en 2^e meting.

Hoe vaak poetsen 2 ^e meting	Hoe vaak poetsen 1 ^e meting				Totaal
	Niet elke dag	1 keer per dag	2 keer per dag	Meer dan 2 keer per dag	
Niet elke dag	1	0	1	0	2
1 keer per dag	2	5	2	0	9
2 keer per dag	0	5	11	0	16
meer dan 2 keer per dag	0	0	4	5	9
Totaal	3	10	18	5	36

Tabel 4. Aantal patiënten en Frequentie van het stoken/ragen bij de 1^e en 2^e meting.

Hoe vaak stoken/ragen 2 ^e meting	Hoe vaak stoken/ragen 1 ^e meting					Totaal
	Nooit	Niet elke dag	1 keer per dag	2 keer per dag	Meer dan 2 keer per dag	
Nooit	5	3	0	0	1	9
Niet elke dag	4	8	0	1	0	13
1 keer per dag	2	2	1	1	0	6
2 keer per dag	0	2	1	1	1	5
meer dan 2 keer per dag	1	0	1	0	1	3

Totaal	12	15	3	3	3	36
---------------	----	----	---	---	---	----

Tabel 5. Aantal patiënten en wel of geen last van bloedend tandvlees bij de 1^e en 2^e meting.

Last van bloedend tandvlees 2 ^e meting	Last van bloedend tandvlees 1 ^e meting		Totaal
	Wel	Geen	
Wel	9	7	16
Geen	5	15	20
Totaal	14	22	36

Uit de analyse voor het verschil tussen de 1^e en 2^e meting bleek een lichte indicatie voor verbetering wat de frequentie van het poetsen betreft ($\chi^2_{df=1}$, $p = 0.04$). Er is geen significant verschil tussen de twee metingen gevonden voor de frequentie van het stoken/ragen, en het wel of geen last hebben van bloedend tandvlees.

Mondhygiëne en bloeding. Bij de controle (2^e meting) is gekeken hoe de mondhygiëne er op dat moment uitzag, en in hoeverre er al dan niet bloeding aanwezig was. Bij 13 van de 34 patiënten (11 met een persoonlijkheidsstoornis, en 2 met een psychotische kwetsbaarheid) was de mondhygiëne voldoende, en werd geen tot weinig bloeding in de mond waargenomen. Bij 2 patiënten (1 met een persoonlijkheidsstoornis, en 1 met een psychotische kwetsbaarheid) was de mondhygiëne na de interventie onvoldoende, en waren er veel bloedingen in de mond.

Subjectief gevoel van status (subjectief welbevinden). Bij de 1^e meting (N = 37) was de gemiddelde totaalscore was 75.73 (13.61). Bij de 2^e meting (N = 34) was het gemiddelde 75.40 (12.97). Toetsing met zowel de Wilcoxon Signed Rank Toets, als met een T-Toets liet geen significant verschil zien tussen de twee meetmomenten. Om meer inzicht te krijgen in de betekenis van de schaal, is nagegaan in hoeverre de gevonden gemiddelde totaalscores van deze patiëntengroep vergelijkbaar zijn met andere groepen. Hierbij dient wel opgemerkt te worden, dat de onderzochte patiëntengroep zichzelf ‘in hun dagelijkse omgeving’ eerder zal hebben vergeleken met hun medebewoners, dan met de socio-therapeuten, behandelaren en/of anderen. Helaas, zijn er geen vergelijkbare normgroepen van de gemiddelde Nederlandse bevolking, en van psychiatrische patiënten beschikbaar. De gevonden gemiddelde totaalscores

zijn wel te vergelijken met de gemiddelde totaalscore op de sociale vergelijkingsschaal van Nederlandse ouderen (55+). Deze groep ouderen hadden een gemiddelde score van 76.70 (10.28), en in vergelijking met die groep scoorde de onderzochte patiëntengroep nagenoeg gelijk.⁶

Er is een factoranalyse uitgevoerd; deze methode is toegepast om na te gaan in hoeverre de verzamelde data uit de onderzochte patiëntengroep, een indeling van items liet zien, zoals in het onderzoek van Allan en Gilbert (1995). In die studie vonden de onderzoekers bij een studentengroep een twee-factorenoplossing, en bij een klinische groep een drie-factorenoplossing. In dit onderzoek liet factoranalyse (PCA) met Varimax rotatie (grenswaarde van 0.50) voor de 1^e meting een factorstructuur met twee factoren zien, die samen 68.3% van de variantie verklaarden ($\alpha=0.91$, eigenwaarde is 6.1 respectievelijk 1.4, en de variantie 55.6% respectievelijk 12.6%). De interpretatie van dit twee-factormodel is als volgt: de 1^e factor kan als ‘groepfit’, en de 2^e factor kan als ‘waardering’ worden omschreven. Onder ‘groepfit’ wordt verstaan de mate waarin een persoon in een groep past (zie Bijlage I). Voor de 2^e meting liet factoranalyse (PCA) met Varimax rotatie (grenswaarde van 0.50) een factorstructuur met drie factoren zien. Deze drie factoren verklaarden samen 77.9% van de variantie ($\alpha=0.91$, eigenwaarde is 5.9, 1.6 respectievelijk 1.0, en de variantie 54.0%, 14.6% respectievelijk 9.2%). Het drie-factormodel is als volgt te interpreteren: de 1^e factor kan als ‘groepfit’ omschreven worden, de 2^e factor als ‘aantrekkelijkheid’, en de 3^e factor kan als ‘rank’ worden omschreven. Onder ‘rank’ wordt status, dan wel positie in de rangorde verstaan (zie Bijlage I). In vergelijking met de factorstructuren van de studenten en de klinische groep van Allen en Gilbert (1995), zijn in onderhavig onderzoek de variabelen in beide situaties (1^e en 2^e meting) niet zo stabiel én vertonen de variabelen veel overlap. Volgens het knikcriterium (de andere factoren kunnen als niet relevant worden beschouwd, omdat ze weinig nieuws meer aan de oplossing toevoegen) is dus alleen de eerste factor relevant, en

⁶ Gegevens zijn ontleend aan databestand van dr. N. Frieswijk

sluit een enkelvoudige factormodel het beste aan als oplossing voor de vergelijkbaarheid van de factorladingen op de twee meetmomenten (zie Tabel 6).

Tabel 6. Factorladingen voor de sociale vergelijkingsschaal
1^e meting (N= 37) en 2^e meting.(N= 34).

Item	Factor 1e meting	Factor 2e meting
De mindere – de meerdere	0.68	0.54
Incompetent – competent	0.68	0.56
Onaardig – aardig	0.54	0.56
Buitengesloten – geaccepteerd	0.84	0.77
Anders – hetzelfde	0.65	0.87
Ongetalenteerd – getalenteerd	0.85	0.79
Zwakker – sterker	0.64	0.80
Onzeker – zeker	0.88	0.79
Ongewenst – gewenst	0.85	0.79
Onaantrekkelijk – aantrekkelijk	0.74	0.75
Buitenstaander – iemand die erbij hoort	0.78	0.81
Eigenwaarde	6.1	5.9
Variantie (%)	55.6	54.0

Sociaal gedrag. De betrouwbaarheid van de NPV sociale inadequatie subschaal (15 items) was voor zowel de 1^e als 2^e meting hoog ($\alpha = 0.87$). Bij de 1^e meting (N = 39) was de gemiddelde totaalscore 9.30 (7.00). Bij de 2^e meting (N = 36) was het gemiddelde 8.22 (7.10). Vergeleken met de normtabel ‘algemeen’ (gemiddelde score van 10.4 (7.0) scoorde de onderzochte patiëntengroep gemiddeld, en vergeleken met de normgroep ‘psychiatrische patiënten’ (gemiddelde score van 16.1 (7.7) scoorde de onderzochte patiëntengroep laag tot beneden gemiddeld. De praktische betekenis van deze schaalscores houdt in, dat de onderzochte patiënten wat sociale inadequatie betreft, niet afwijken van de normale Nederlandse bevolking. Anders dan de ‘psychiatrische patiënten’ normgroep, die zichzelf wel als sociaal inadequaar beoordelen, zien de onderzochte patiënten zichzelf juist als personen, die goed met anderen overweg kunnen, en die open, vlot en sociaal zijn. Toetsing met de Wilcoxon Signed Rank Toets liet geen significant verschil tussen de twee meetmomenten zien.

De betrouwbaarheid van de IOA (KRIT) subschaal (7 items) was voor de 1^e meting hoog ($\alpha = 0.86$). De betrouwbaarheid van de 2^e meting was hoger ($\alpha = 0.93$). Controle van de item-totaalcorrelaties liet bij de 1^e meting in vergelijking met de 2^e meting minder stabiliteit van items zien. Bij de 1^e meting ($N = 39$) was de gemiddelde totaalscore was 13.7 (5.1). Bij de 2^e meting ($N = 35$) was het gemiddelde 13.8 (6.1). Vergeleken met de normtabel 'normalen', bestaande uit mannen met een gemiddelde leeftijd van 40.3 jaar (gemiddelde score van 16.6 (4.9)), scoorde de onderzochte patiëntengroep beneden gemiddeld. Vergeleken met de normgroep 'psychiatrische patiënten', eveneens mannen met een gemiddelde leeftijd van 35.6 jaar (gemiddelde score van 20.7 (7.3)), scoorde de patiëntengroep laag tot beneden gemiddeld. Aan deze schaalscores kan de volgende praktische betekenis verbonden worden: de onderzochte patiënten beoordeelden zichzelf als personen, die een geringe mate van spanning ervaren bij het geven van kritiek. Ten opzichte van 'normale' mannen gaven zij aan minder spanning te ervaren, en in vergelijking met 'psychiatrische patiënten' hadden zij weinig tot helemaal last van spanningen bij het geven van kritiek.

De betrouwbaarheid van de IOA (WAAR) subschaal (4 items) was voor de 1^e meting goed ($\alpha = 0.77$). De betrouwbaarheid van de 2^e meting was beduidend hoger ($\alpha = 0.93$). Wellicht is dit een overschatting van de betrouwbaarheid door een kleiner aantal onderzochte patiënten, en bovendien door slechts vier items in de schaal. Ook controle van de item-totaalcorrelaties liet bij de 2^e meting een beduidende hoge stabiliteit van items zien. Bij de 1^e meting ($N = 40$) was de gemiddelde totaalscore was 5.41 (2.30). Bij de 2^e meting ($N = 35$) was het gemiddelde 6.00 (3.23). Vergeleken met de normtabel 'normalen' (gemiddelde score van 5.1 (2.3)), en de normgroep 'psychiatrische patiënten' (gemiddelde score van 8.1 (4.1)) scoorde de onderzochte patiëntengroep in beide gevallen gemiddeld.⁷ De praktische betekenis die hieraan kan worden gegeven, houdt in dat de onderzochte patiënten volgens henzelf een

⁷ De schaalscores wijken sterk af van een normaalverdeling. Interpretatie van de schaal 'waardering uitspreken' dient met grote voorzichtigheid te gebeuren.

gelijke mate van spanning ervaren, overeenkomstig met ‘normale’ en ‘psychiatrische’ mannen, wanneer zij waardering voor de ander uitspreken. De Wilcoxon Signed Rank toets liet voor beide IOA subschalen geen significant verschil tussen de twee metingen zien.

Defaitisme. De betrouwbaarheid van de 16 item-schaal was voor de 1^e meting hoog ($\alpha = 0.88$), en voor de 2^e meting nog iets hoger ($\alpha = 0.91$). De gemiddelde totaalscore bij de 1^e meting (N = 39) op de defeatschaal was 35.73 (10.48), en bij de 2^e meting (N = 29) was het gemiddelde 36.83 (11.46). Deze gemiddelde totaalscores zijn beduidend lager in vergelijking met het gemiddelde 47.2 (10.9) van de depressieve groep uit het onderzoek van Gilbert en Allan (1998). Er is geen vergelijkbare normgroep van ‘psychiatrische patiënten’ beschikbaar, maar met de gemiddelde totaalscore 34,21 (8.87) van een groep onder de Nederlandse bevolking (N = 159), bestaande uit werkenden (fulltime/ parttime), huisvrouwen, gepensioneerden, werklozen en arbeidsongeschikten, zijn de gevonden gemiddelde totaalscores van de onderzochte patiëntengroep tamelijk vergelijkbaar. Specifieker zijn de gevonden gemiddelde totaalscores lager in vergelijking met de gemiddelde scores op de defaitisme-schaal van Nederlandse werklozen (N = 21), gemiddelde 40.43 (12.01). De gevonden gemiddelde totaalscores zijn gelijk aan de gemiddelde scores van Nederlandse arbeidsongeschikten (N = 12), gemiddelde 36.17 (6.79), en hoger in vergelijking met Nederlandse parttime werkenden (N = 52), gemiddelde 32.58 (7.80).⁸ Hoewel toetsing met de Wilcoxon Signed Rank Toets geen effect liet zien voor de totaalscores van de defeatschaal, zijn er voor 3 items wel interessante effecten gevonden (zie Tabel 7).

Tabel 7. Aantal patiënten, gemiddelden, standaard deviaties, p-waarden voor 3 items, en betrouwbaarheid voor 16 items van de defeatschaal 1^e en 2^e meting. (G)=te spiegelende item.

Item	N 1 ^e	Gemid -delde	SD	N 2 ^e	Gemid -delde	SD	P <
Gevoel niet gemaakt hebben in het leven (item 1)	29	2.76	1.21	29	2.34	1.09	0.05
Voel me in staat het hoofd te bieden (item 9) (G)	29	3.38	1.24	29	3.90	1.01	0.02
Gevoel belangrijke slagen in het	29	2.28	0.96	29	2.69	1.26	0.05

⁸ Gegevens zijn ontleend aan databestand van prof. dr. A.P. Buunk

leven verloren hebben (item 15)							
Voor 16 items 1 ^e meting $\alpha = 0.88$ en 2 ^e meting $\alpha = 0.91$							

Uit Tabel 7 is af te lezen dat het gevoel bij de patiënten dat ze het niet gemaakt hebben in het leven, na de behandeling is afgenomen. Daarnaast voelen ze zich meer in staat het hoofd te bieden aan wat hen dan ook overkomt. Verder rapporteerden de patiënten dat zij na de interventie vaker het gevoel hadden belangrijke slagen in het leven te hebben verloren.

Een factoranalyse is uitgevoerd; met behulp van een geforceerde enkelvoudige factoroplossing is nagegaan in hoeverre de data uit de onderzochte patiëntengroep, een vergelijkbare indeling van items liet zien, zoals in het onderzoek van Gilbert en Allan (1998). Voor de volledige factoranalysebeschrijving zie Bijlage I. In de factorladingenmatrix van het enkelvoudige factormodel voor de 1^e en 2^e meting bleken de ladingen voor de te spiegelen items duidelijk af te wijken ten opzichte van de andere items. Dit is opmerkelijk omdat Gilbert en Allan (1998) in hun beide factoroplossingen voor de studenten en de klinische groep (depressieve patiënten), voor alle inclusief de te spiegelen items, wel factorladingen boven 0.56 respectievelijk 0.45 hadden gevonden. In tegenstelling tot de bevindingen in dat onderzoek, pasten de drie te spiegelen items in onderhavig onderzoek niet in de schaal, en zijn om die reden uit de defeatismeschaal verwijderd. Een enkelvoudige factormodel voor 13 variabelen sluit hier het beste aan als oplossing voor de vergelijkbaarheid van de factorladingen op de twee meetmomenten (zie Tabel 8).

Tabel 8. Factorladingen en alpha's voor de defeatschaal (13 items)
1^e meting (N= 39) en 2^e meting (N= 29)

Item	1e meting	2e meting
1 het gevoel dat ik het niet gemaakt heb in het leven	.513	.735
3 voel me verslagen door het leven gaan	.679	.791
5 het gevoel dat ik mijn positie in de wereld ben verloren	.703	.650
6 gevoel dat het leven me heeft behandeld als een voetveeg	.676	.839
7 voel me machteloos	.678	.859
8 voel dat het vertrouwen uit me is geslagen	.797	.869
10 het gevoel dat ik ben gedaald naar de onderste tree van de ladder	.790	.583
11 voel me compleet lamgeslagen	.680	.900
12 voel me een verliezer	.906	.868

13 voel dat ik het opgegeven heb	.699	.763
14 voel me een mislukking	.841	.848
15 het gevoel dat ik belangrijke slgen in het leven verloren heb	.822	.841
16 voel dat er geen strijd lust meer in me zit	.726	.799
Eigenwaarde	7.1	8.3
Variantie (%)	54.4	64.1
voor 13 items 1 ^e meting $\alpha = 0.92$ en 2 ^e meting $\alpha = 0.95$		

Effecten van de interventie over de groepsverdeling

Voor de toetsing van effecten over de hele groep zijn de data geanalyseerd met behulp van verschillende statistische methoden. De methode ‘general linear model’ (GLM) voor herhaalde metingen is voor de toetsing van effecten per groep toegepast.

Psychiatrische diagnose. Allereerst is onderzocht in hoeverre de schaaltotalen uit het vorige hoofdstuk (1^e en 2^e meting) in relatie staan met de verdeling van de patiënten op grond van hun psychiatrische diagnose (psychotische kwetsbaarheid en persoonlijkheidsstoornis). Er zijn een aantal significante F-waarden gevonden voor enkele hoofdeffecten en interactie-effecten.

Mondgezondheid gerelateerde kwaliteit van leven. Patiënten met een persoonlijkheidsstoornis ($M = 5.90$) ervaren een hogere kwaliteit van leven, dan patiënten met psychotische kwetsbaarheid ($M = 3.74$), ($F(1,28) = 3.37$, $p = 0.08$). Hoewel niet significant, lijkt het erop dat patiënten met psychotische kwetsbaarheid ($M = 7,2$) hun gebit hoger waarderen, dan patiënten met een persoonlijkheidsstoornis ($M = 6.5$) ($F(1,34) = 1.80$, $p = ns$) (zie Figuren 1 en 2 in Bijlage II).

Mondzorgaspecten. Met betrekking tot de frequentie van het poetsen is er interactie-effect gevonden: ‘interventie’ x ‘psychiatrische diagnose’ op poetsen ($F(1,34) = 8.94$, $p < 0.01$). Wat de frequentie van het stoken/ragen betreft is er ook een interactie-effect gevonden: ‘interventie’ x ‘psychiatrische diagnose’ op stoken/ragen ($F(1,34) = 3.39$, $p = 0.07$). Met andere woorden, na de interventie is in de totale patiëntengroep de frequentie van het poetsen verhoogd. Bovendien is vooral bij de patiënten met een psychotische kwetsbaarheid in

vergelijking met patiënten met een persoonlijkheidsstoornis, ten aanzien van het poetsen en het gebruik van tandenstokers/ ragers, een snellere verandering na de behandeling geconstateerd (zie Figuren 3 en 4 in Bijlage II). Op grond van de beschreven effecten voor mondgezondheid gerelateerde kwaliteit van leven, de klinische controle (2^e meting) op mondhygiëne en bloeding, en de hierboven genoemde resultaten, is evidentie voor de eerste hypothese aangetoond, maar er is geen evidentie voor de tweede hypothese gevonden.

Defaitisme. Voor toetsing van derde hypothese is eerst de mediaan-splitmethode toegepast, om een onderverdeling in de patiëntengroep te maken voor de ervaren mate van defaitisme. De mediaan was voor de 1^e meting 34, en voor de 2^e meting 36. In dit onderzoek is een mediaanscore van 35 aangehouden; patiënten met een gemiddeldescore lager of gelijk aan 35 zijn behoren tot de groep patiënten met een lage mate van defaitisme, en patiënten met een gemiddeldescore van 36 of meer behoren tot de patiëntengroep met een hoge mate van defaitisme.

Gebitsbeleving. Er zijn geen significante F-waarden gevonden voor de hoofdeffecten bij alle vorige schalen. Echter, er is een interactie-effect ‘interventie’ x ‘defaitisme’ op gebitsbeleving ($F(1,33) = 3.45, p = 0.07$) gevonden; patiënten die meer defaitistisch zijn, waarderen hun gebit na de interventie als minder goed in vergelijking met patiënten, die een lage mate van defaitisme ervaren (zie Figuur 5 in Bijlage II).

Sociaal gedrag. Voor alle drie subschalen ‘sociale inadequatie’, ‘kritiek geven’ en ‘waardering uitspreken naar een ander’ zijn wel hoofdeffecten gevonden, maar geen interactie-effecten; voor ‘sociale inadequatie’ ($F(1,33) = 5.59, p < 0.05$), voor ‘kritiek geven’ ($F(1,35) = 33.63, p < 0.01$), en voor ‘waardering uitspreken’ ($F(1,32) = 6.34, p < 0.05$). Uit deze analyse bleek dat personen, die als meer defaitistisch gecategoriseerd zijn, zichzelf over het algemeen als meer sociaal adequaat beoordelen, en dat zij minder moeite hadden met kritiek geven en waardering uitspreken. De GLM-analyses voor herhaalde metingen voor de afzonderlijke patiëntengroepen (personen met een hoge mate van defaitisme; $N = 18$ én

personen met een lage mate van defaitisme; N = 16), lieten geen significante effecten zien.

Kortom, er zijn weinig extra effecten wanneer het niveau van defaitisme wordt meegenomen, en er is dus geen evidentie voor de derde hypothese gevonden.

DISCUSSIE EN CONCLUSIE

Dit onderzoek biedt een eerste indicatie dat bij forensisch psychiatrische patiënten aandacht voor mondverzorging en professionele gebitsbehandeling kan leiden tot verbeterde zelfzorggedrag, en eveneens een positieve bijdrage kan leveren aan de kwaliteit van leven en het welbevinden. De individuele voorlichting en mondhygiëne instructies hebben er toe geleid, dat de patiënten de gegeven adviezen hebben opgevolgd. De patiënten gaven aan dat zij zich meer bewust zijn geworden van hun eigen mondgezondheid. Over het algemeen poetsen de patiënten hun gebit nu twee keer per dag, en daarnaast worden de tandenstokers en/ of ragers frequenter gebruikt. Het klinisch beeld na de interventie liet bij ongeveer de helft van de patiëntengroep een gezonde mondsituatie zien, wat inhoudt dat bij die patiënten de mondhygiëne er op dat moment goed uitzag, en dat er geen tot weinig bloeding in de mond werd waargenomen. Bij de overige patiënten is verbetering van zelfzorggedrag wel geconstateerd, maar behoefde hun mondsituatie uitgebreide professionele gebitsreiniging en daarmee samenhangend meer tijd om weer gezond te worden. Na de mondhygiënische behandeling rapporteerden de patiënten weinig tot geen fysieke pijn te ervaren. De patiënten hebben nu minder pijn in de mond, en hebben bovendien minder last met eten dan voor de behandeling. Daarnaast zijn de patiënten in de loop van de behandeling het leven als meer bevredigend gaan ervaren.

Er is geen evidentie gevonden voor de hypothese, dat door veranderingen met betrekking tot de mondgezondheid, het subjectief welbevinden én het sociale gedrag in positieve richting zou worden beïnvloed. Er zijn verschillende mogelijke verklaringen voor het gegeven dat het subjectieve gevoel van status bij de patienten tussen de twee metingen niet is veranderd. Allereerst

gaat het hier om personen met een ernstige psychopathologie bij wie het vermogen om de eigen status adequaat in te schatten juist verstoord is. Inderdaad blijkt ook dat de verwachting dat de onderzochte patiëntengroep in het algemeen een laag subjectief gevoel van status zou hebben, voor deze specifieke patiëntengroep een verkeerde veronderstelling is geweest. Gezien hun psychiatrische ziektebeelden, lijken deze patiënten zichzelf eerder een hoge status toe te kennen. Voorts kunnen vraagtekens worden geplaatst bij de theoretische veronderstelling, dat de gebitsbeleving consequenties zou hebben voor subjectief gevoel van status, te meer omdat deze patiëntengroep niet in een normale sociale omgeving functioneert, en dus nauwelijks veranderingen in de eigen status kan ervaren. Tenslotte is het de vraag in hoeverre de patiënten sociaal wenselijk de vragenlijsten hebben ingevuld, zeker in de aanwezigheid van een vrouw. Immers, in het algemeen zijn mannen zich ervan bewust dat vrouwen mannen met een lage status niet aantrekkelijk vinden. Met name voor deze patiëntengroep, die weinig in contact komt met vrouwen, kan de wens een positieve indruk te maken op de mondhygiëniste geleid hebben tot een te positieve zelfpresentatie in de vragenlijst.

Dezelfde verklaringen kunnen worden gegeven voor het feit dat er ook geen evidentie is gevonden voor de verwachting dat de onderzochte patiëntengroep na de interventie meer sociaal gedrag zou vertonen. De veronderstelling dat sociaal gedrag als afgeleide van subjectief welbevinden kan worden beschouwd is eveneens onjuist gebleken. Deze patiëntengroep heeft naast een beperkte inschattingsvermogen om de eigen status te bepalen, ook ten aanzien van het sociale gedrag een verstoord zelfbeeld. Bovendien is met behulp van een zelfbeoordelvragenlijst getracht het sociale gedrag van de patiënten vast te stellen, en in hoeverre sociale wenselijkheid bij het beantwoorden van de vragen een rol heeft gespeeld, is moeilijk te achterhalen. Observaties van de sociale gedragspatronen in de omgang met anderen in de dagelijkse omgeving zou wellicht een realistischer beeld hebben gegeven.

Ervaringen en observaties uit de klinische praktijk bevestigen het gegeven dat forensische patiënten zichzelf vaak als ‘sociaal vaardig’ beschouwen. Door klinisch

psychologen wordt voor dergelijke fenomenen mogelijke hypothesen aangedragen: allereerst zijn de gebruikte vragenlijsten zelfbeoordelingslijsten, waarbij de patiënten zelf rapporteren hoe zij zichzelf zien. Meestal geven deze patiënten op dergelijke vragen tamelijk oprechte antwoorden, en hebben zij zelf geen last en/of ervaren zij persoonlijk geen problemen. Hiermee is een andere veronderstelling beschreven: het kan als een kenmerk van deze patiënten worden beschouwd, dat zij vinden dat 'henzelf niets mankeert, en dat de buitenwereld niet deugt'. Daarnaast lijkt er sprake te zijn van een zogenaamde tendens tot 'onverschilligheid'. Ook wordt gesuggereerd dat deze patiënten geen of moeilijk onderscheid kunnen maken tussen 'subassertiviteit/ assertiviteit' en 'agressie'. Resultaten verkregen met behulp van de schaal voor interpersoonlijkgedrag (SIG) bevestigen deze verwarring over het begrip 'voor jezelf opkomen'⁹

De mate van defaitisme blijkt verband houden met sociaal gedrag. In tegenstelling tot wat verwacht werd, ging een hoge mate van defaitisme gepaard met minder sociale inadequatie, meer kritiek geven en waardering uitspreken. Dit onverwachte resultaat kan mogelijk verklaard worden vanuit een compensatoire strategie, waarbij personen om hun defaitisme te compenseren zich juist betrokken opstellen naar anderen toe. Niettemin bleek, zoals voorspeld, het effect van de mondzorg op de gebitsbeleving af te hangen van de mate van defaitisme: meer defaitistische patiënten waardeerden hun gebit na de mondzorg als minder goed dan weinig defaitistische patiënten. Echter, de effecten van de mondzorg op de mondgezondheid, het subjectief welbevinden én het sociale gedrag, bleken niet te verschillen voor patiënten met een hoge versus lage mate van defaitisme. Dus defaitisme blijkt slechts in beperkte mate een belemmering voor effectieve mondzorg.

Bij het huidige onderzoek zijn enkele kanttekeningen te plaatsen. Ten eerste kon geen controlegroep worden gerealiseerd. Een bekende eis binnen de wetenschap is, dat als een onderzoek vanuit experimenteel perspectief een hoge wetenschappelijke waarde wil hebben, er dan ook altijd

⁹ Dit blijkt uit gesprekken met psychologen, die bekend zijn met deze specifieke patiëntengroep; met dank aan drs. R. Ziel en dr. W.A. Arrindell

een ‘controlegroep’ in het onderzoek moet worden meegenomen. Zo’n ‘controlegroep’, die de specifieke interventie niet krijgt, maar die verder zoveel mogelijk gelijk is aan de experimentele groep, zou uit deelnemers moeten bestaan die ‘op grond van toeval’ zijn toegewezen. Voor de onderzochte patiëntengroep was het praktisch onmogelijk om een vergelijkbare groep te creëren. Een ‘wachlijstcontrolegroep’ zou een optie zijn geweest, maar hiervoor is om twee redenen niet gekozen: door de specifieke gesloten setting was contact met de experimentele groep niet te vermijden. En bovendien was een even grote tijdsspanne van drie maanden tussen de pre- en posttest voor zowel de experimentele groep als de ‘wachlijstgroep’ in de kliniek niet haalbaar. En hoewel ‘randomized controlled trials’ of ‘randomized clinical trials’ gepresenteerd worden als de hoogste standaard van wetenschappelijk onderzoek, en een kwestie van vanzelfsprekende logica, laat volgens Dehue (2002) de werkelijkheid vaak een ander beeld zien.

Ten tweede was de steekproefomvang mogelijk niet groot genoeg, en was de te lage statistische power (40 patiënten bij de 1^e meting, en 36 patiënten bij de 2^e meting) mede bepalend geweest voor het feit, dat mogelijke associaties of verschillen tussen de twee metingen, en/ of binnen de onderzochte patiëntengroep wel degelijk aanwezig zijn, maar niet naar voren zijn gekomen als zijnde significant. De power van de onderzoeksgroep zou groter zijn geweest als meerdere patiënten hadden deelgenomen.

Ten derde is het de vraag in hoeverre de toegepaste schalen voor onderhavig onderzoek geschikte meetinstrumenten zijn geweest, om een objectief beeld te krijgen van, de uit de praktijk vernomen, ervaringen van patiënten over de impact van mondziekten op hun welbevinden en sociale gedrag in het dagelijkse leven. Hoewel op groepsniveau en volgens een statistische benadering niet in alle opzichten effecten van de evidentie is gevonden, laat een klinische blik in de praktijk toch meer effecten zien. Een observationeel onderzoek in combinatie met interview afnamen onder de patiënten en hun behandelaars zou mogelijk meerdere effecten op individueel niveau aan het licht brengen. Een vervolgonderzoek met behulp van N=1 statistiek, een methode die in de dr. S. van Mesdagkliniek op meerdere

onderzoeksgebieden wordt toegepast, verdient dan ook aanbeveling (Spreen, Stam & Bartels, 2003). Niettemin, zijn uit dit onderzoek duidelijke aanwijzingen naar voren gekomen, dat mondzorg voor forensisch psychiatrische patienten een nuttig en waardevol onderdeel is binnen de totale zorgbenadering.

LITERATUUR

- Allan, S. & Gilbert, P. (1995). A social comparison scale: psychometric properties and relationship to psychopathology. *Personality and Individual Differences* **19**, 293-299.
- Bartels, A.A.J. & Spreen, M. (in press). Sociale-competentiemodel & Sociale-netwerkanalyse. In C. de Ruiter & M. Hildebrand (Eds). *Behandelstrategieën in de forensische psychiatrie*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Bennenbroek, F.T.C., Buunk, B.P., van der Zee, K.I. & Grol, B. (2002). Social comparison and patient information: what do cancer patients want? *Patient Education and Counseling* **47**, 5-12.
- Boyer, E.M., Nielsen-Thompson, N.J., Hill, T.J. (2002). A comparison of dental caries and tooth loss for Iowa prisoners with other prison populations and dentate U.S. adults. *The Journal of Dental Hygiene* **76**, 141-150.
- Buunk, B.P., Gibbons, F.X. & Reis-Bergan, M. (1997). Social comparison in health and illness: A Historical Overview. In B.P. Buunk & F.X. Gibbons (Eds.), *Health, coping and well being: Perspectives from social comparison theory* (pp. 1-23). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Buunk, B.P., Gibbons, F.X. & Visser, A. (2002). The relevance of social comparison processes for preventive and health care. *Patient Education and Counseling* **47**, 1-3.
- Cormac, I. & Jenkins, P. (1999). Understanding the importance of oral health in psychiatric patients. *Advances in Psychiatric Treatment* **9**, 53-60.
- Dehue, T. (2002). Over de assumpties van RCT's, geïllustreerd aan het Nederlandse experiment met verstrekking van heroïne. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* **57**, 230-249.
- Diener, E. & Fujita, F. (1997). Social comparisons and subjective well-being. In B.P. Buunk

- & F.X. Gibbons (Eds.), *Health, coping and well being: Perspectives from social comparison theory* (pp. 329-357). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Festinger, L. (1954). A theory of social comparison processes. *Human Relations*, **7**, 117-140.
- Franz, M., Meyer, T., Reber, T. & Gallhofer, B. (2000). The importance of social comparison for high levels of subjective quality of life in chronic schizophrenic patients. *Quality of life Research* **9**, 481-489.
- Gilbert, P. & Allan, S. (1998). The role of defeat and entrapment (arrested flight) in depression: an exploration of an evolutionary view. *Psychological Medicine* **28**, 585-598.
- Gilbert, P., Allan, S., Brough, S., Melly, S. & Miles, J.N.V. (2002). Relationship of anhedonia and anxiety to social rank, defeat and entrapment. *Journal of Affective Disorders* **71**, 141-151.
- John, M. & Micheelis, W. (2003). Mundgezundheitsbezogene lebensqualität in der bevölkerung: grundlagen und ergebnisse des oral health impact profile (OHIP) aus einer repräsentativen Stichprobe in Deutschland. *IDZ-Information*. No. 1/2003 (15.01.2003). Köln.
- Kay, E. & Locker, D. (1997). *Effectiveness of oral health promotion: A review*. London: Health Education Authority.
- Locker, D. (1988). Measuring oral health: a conceptual framework. *Community Dental Health* **5**, 3-18.
- Lutijn, F., Deelman, B.G. & Emmelkamp, P.M.G. (1995). *Diagnostiek in de klinische psychologie*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Morrison, T., Waller, G., Meyer, C., Burditt, E., Wright, F., Babbs, M. & Gilbert, N. (2003). Social comparison in the eating disorders. *The journal of Nervous and Mental Disease* **191**, 553-555.
- Mirza, I., Day, R., Phelan, M. & Wulff-Cochrane, V. (2001). Oral health of psychiatric in-

- patients. *Psychiatric Bulletin* **25**, 143-145.
- Mixson, J.M., Elpee, H.C., Fell, P.H., Jones, J.J. & Rico, M. Oral health status of a federal prison population. (1990). *Journal of Public Health Dentistry* **50**, 257-261.
- Osgood, C.E., Suci, G.J. & Tannenbaum, P.H. (1957). *The measurement of meaning*. Urbana. Illinois: University of Illinois Press.
- Peet, A.A.J. v., Wittenboer, G.L.H. v.d. & Hox, J.J. (1995). *Toegepaste statistiek. Beschrijvende technieken*. Groningen: Wolters-Noordhoff BV.
- Price, J.S. (1972). Genetic and phylogenetic aspects of mood variations. *International Journal of mental Health* **1**, 124-144.
- Price, J.S. & Sloman, L. (1987). Depression as yielding behaviour: an animal model based on Schjelderup-Ebb's pecking order. *Ethology and Sociobiology* (suppl.) **8**, 85-98.
- Ronis, D.L. (1992). Conditional health threats: Health beliefs, decisions, and behaviors among adults. *Health Psychology* **11**, 127-134.
- Slade, G.D. & Spencer, A.J. (1994). Development and evaluation of the oral health impact profile. *Community Dental Health* **11**, 3-11.
- Slade, G.D. (1997). Derivation and validation of a short form Oral Health Impact Profile. *Community Dentistry and Oral Epidemiology* **25**, 284-90.
- Spreen, M. Stam, G. & Bartels, A. (2003). N=1 statistiek in de Dr. S. van Mesdagkliniek: Een praktisch voorbeeld van de SCL-90 Klachtenlijst als effect indicator van therapie. *GGzet Wetenschappelijk* **7**, (2), 12-20.
- Troop, N.A., Allan, S., Treasure, J.L. & Katzman, M. (2003). Social comparison and submissive behaviour in eating disorder patients. *Psychology and Psychotherapy. Theory, Research and Practice* **76**, 237-249.
- Vandereycken, W., Hoogduin, C.A.L. & Emmelkamp, P.M.G. (1996). *Handboek psychopathologie. Deel 3*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Werkhoven, Y.A.B., Spreen, M., Buunk, B.P. & Schaub, R.M.H. (2004). Mondzorg in de Dr.

S. van Mesdagkliniek heeft meer om het lijf. *GGzet Wetenschappelijk* **8**, (2), 36-40.

The 9th Annual Conference of the European Association of Dental Public

Health (EADPH): Scientific Abstracts. (2004). *Community Dental Health* **21**, 231-

250.

BIJLAGE I

Factoranalyse subjectief gevoel van status

Voor de analysebeschrijving van de factorstructuur van de sociale vergelijkingsschaal worden de gevonden resultaten uit het onderzoek van Allan en Gilbert (1995) als uitgangspunt genomen. Allan en Gilbert (1995) vonden met behulp van de hoofdcomponenten analyse met Varimax-rotatie bij de studentengroep twee factoren met een eigenwaarde groter dan 1. De 1^e factor wordt als ‘rank’ omschreven en 2^e factor als ‘groupfit’. Deze twee factoren verklaarden samen 65.4% van de variantie (eigenwaarde is 5.91 respectievelijk 1.28, en de variantie is 53.7% respectievelijk 11.7%).

De betrouwbaarheid van de 11 item-schaal was voor beide metingen even hoog ($\alpha = 0.91$). Factoranalyse (PCA) met Varimax rotatie (grenswaarde van 0.50) liet voor de 1^e meting een factorstructuur (twee factoren met een eigenwaarde groter dan 1) zien, die gedeeltelijk vergelijkbaar is met de gevonden factorstructuur bij de studentengroep in het onderzoek van Allan en Gilbert (1995) (zie Tabel A).

Tabel A. Factorladingen voor de sociale vergelijkingsschaal
1^e meting (N = 37). Per item is de hoogste van de 2 ladingen
cursief vet weergegeven.

Item	Factor 1	Factor 2
De mindere – de meerdere	.723	.189
Incompetent – competent	.209	.804
Onaardig – aardig	-.025	.871
Buitengesloten – geaccepteerd	.523	.687
Anders – hetzelfde	.743	.121
Ongetalenteerd – getalenteerd	.510	.718
Zwakker – sterker	.602	.279
Onzeker – zeker	.859	.345
Ongewenst – gewenst	.600	.606
Onaantrekkelijk – aantrekkelijk	.523	.532
Buitenstaander – iemand die erbij hoort	.903	.132
Eigenwaarde	6.1	1.4
Variantie (%)	55.6	12.6

Anders dan in het onderzoek van Allan en Gilbert (1995) hadden niet alle 11 items een factorlading groter dan 0.50 op één van de twee factoren. Voor de 1^e meting is deze

factoroplossing als volgt te interpreteren: de 1^e factor kan als 'groepfit' worden omschreven, en bevat de items buitenstaander, onzeker, anders. Ook de items de mindere en zwakker vallen onder deze factor, terwijl deze items vanuit de evolutietheorie tot de noemer 'rank' behoren. Op de 2^e factor, die als 'waardering' kan worden omschreven, hebben de items incompetent en aardig duidelijk een hoge factorlading. In deze factoroplossing is een minder duidelijke structuur aanwezig, en zijn er vier items die elkaar overlappen. De items ongewenst, onaantrekkelijk, buitengesloten en ongetalenteerd laden op beide factoren.

Bij de klinische groep vonden Allan en Gilbert (1995) drie factoren met een eigenwaarde groter dan 1. De 1^e factor wordt als groepfit (buitengesloten, anders, onzeker, outsider) omschreven, de 2^e factor als aantrekkelijkheid (aardig, gewenst, aantrekkelijk), en de 3^e factor als rank (mindere, incompetent, ongetalenteerd, zwakker). Deze drie factoren verklaarden samen 75.2% van de variantie ($\alpha=0.88$).

Voor de 2^e meting liet factoranalyse (PCA) met Varimax rotatie (grenswaarde van 0.50) een factorstructuur (drie factoren met een eigenwaarde groter dan/ gelijk aan 1) zien, die te vergelijken is met klinische groep (zie Tabel B).

Tabel B. Factorladingen voor de sociale vergelijkingsschaal

2^e meting (N = 34). Per item is de hoogste van de 3 ladingen *cursief vet* weergegeven

Item	Factor 1	Factor 2	Factor 3
De mindere – de meerdere	.131	.154	.895
Incompetent – competent	.134	.231	.813
Onaardig – aardig	.313	.622	-.107
Buitengesloten – geaccepteerd	.927	.204	.041
Anders – hetzelfde	.608	.514	.359
Ongetalenteerd – getalenteerd	.680	.494	.049
Zwakker – sterker	.238	.837	.276
Onzeker – zeker	.285	.743	.326
Ongewenst – gewenst	.925	.190	.114
Onaantrekkelijk – aantrekkelijk	.121	.822	.378
Buitenstaander – iemand die erbij hoort	.824	.217	.294
Eigenwaarde	5.9	1.6	1.0
Variantie (%)	54.0	14.6	9.2

De drie factoren verklaarden samen 77.9% van de variantie ($\alpha=0.91$, eigenwaarde is 5.9, 1.6 respectievelijk 1.0, en de variantie 54.0%, 14.6% respectievelijk 9.2%). Na de interventie had enkel het item anders een factorlading groter dan 0.50 op twee van de drie factoren. Er is duidelijk meer onderscheid in deze factorstructuur te zien. Overeenkomstig met de gevonden factorstructuur bij de klinische groep in het onderzoek van Allan en Gilbert (1995), is deze factorstructuur consistent met de theoretische onderbouwing, dat 'rank', 'groepfit' en 'aantrekkelijkheid' als drie afzonderlijke factoren zijn te onderscheiden. Voor de 2^e meting is de interpretatie van de factoroplossing als volgt: de 1^e factor kan als 'groepfit' omschreven worden, en bevat de items buitengesloten, ongewenst, buitenstaander en ongetalenteerd. De 2^e factor kan als 'aantrekkelijkheid' worden omschreven met de items aantrekkelijk, zwakker, onzeker en aardig. Op de 3^e factor, die als 'rank' kan worden omschreven, hebben de items de mindere en incompetent een hoge lading.

Factoranalyse defaitisme

Voor de analysebeschrijving van de factorstructuur van de defeatschaal worden de gevonden resultaten uit het onderzoek van Gilbert en Allan (1998) als uitgangspunt genomen. De betrouwbaarheid van de defeatschaal in hun onderzoek was voor zowel de studentengroep als voor de depressieve groep hoog ($\alpha = 0.94$ respectievelijk 0.93). Bij de studentengroep verklaarden twee factoren 60.1% van de totale variantie (1^e factor 52.8% en 2^e factor 7.3%). Omdat de drie gespiegelde items zich in de 2^e factor bevonden, is een enkelvoudige factoroplossing geforceerd, die voor alle items een lading gelijk aan/ groter dan 0.56 op één factor liet zien. Bij de depressieve groep werd 58.2% van de totale variantie door 2 factoren verklaard (1^e factor 51.2% en 2^e factor 7.4%). Omdat een overeenkomstig patroon als bij de studentengroep is gevonden, is een enkelvoudige factoroplossing geforceerd, die voor alle items een lading gelijk aan/ groter dan 0.45 op één factor liet zien.

De betrouwbaarheid van de 16 item-schaal was voor de 1^e meting hoog ($\alpha = 0.88$). De betrouwbaarheid van de 2^e meting was hoger ($\alpha = 0.91$). De 1^e meting liet vier factoren zien,

waarbij de 3 gespiegelde items zich in de 3^e en 4^e factor bevonden. In een geforceerde twee factoroplossing werd 54.8% van de totale variantie verklaard (1^e factor 44.8% en 2^e factor 10.0%). Hierbij bevonden de gespiegelde items zich in de 2^e factor. Ook in de geforceerde enkelvoudige factoroplossing weken de ladingen voor de gespiegelde items af ten opzichte van de andere items. De analyse van de 2^e meting gaf drie factoren weer, waarbij de 3 gespiegelde items zich nu in de 2^e en 3^e factor bevonden. In een geforceerde twee factoroplossing werd 63.1% van de totale variantie verklaard (1^e factor 51.3% en 2^e factor 11.8%). Ook hierbij bevonden de gespiegelde items zich in de 2^e factor. In de factorladingenmatrix van de uitgevoerde enkelvoudige factoroplossing voor de 1^e en 2^e meting is af te lezen, dat de ladingen voor de gespiegelde items duidelijk afwijken ten opzichte van de andere items (zie Tabel C).

Tabel C. Factorladingen voor de defeatschaal 1^e meting (N= 39) en 2^e meting.(N= 29)

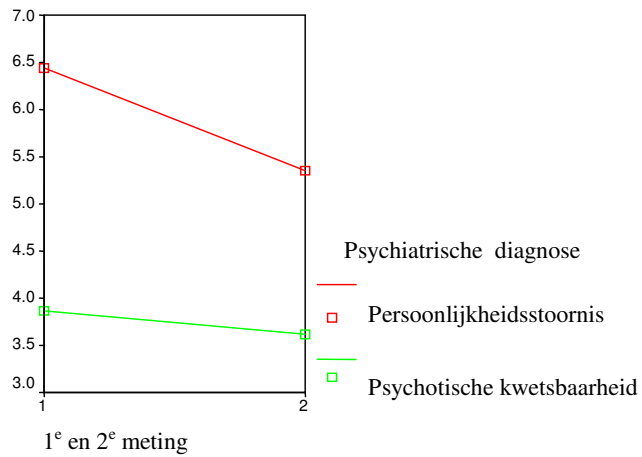
De ladingen van de te spiegelen items (G) zijn **vet** weergegeven.

Item	1e meting	2e meting
1 het gevoel dat ik het niet gemaakt heb in het leven	.506	.732
2 voel me een succesvol persoon (G)	.141	-.101
3 voel me verslagen door het leven gaan	.684	.816
4 voel me in oorsprong een winnaar (G)	-.278	.024
5 het gevoel dat ik mijn positie in de wereld ben verloren	.698	.655
6 gevoel dat het leven me heeft behandeld als een voetveeg	.677	.836
7 voel me machteloos	.684	.880
8 voel dat het vertrouwen uit me is geslagen	.800	.874
9 voel me in staat het hoofd te bieden aan wat me ook overkomt (G)	.068	-.118
10 het gevoel dat ik ben gedaald naar de onderste tree van de ladder	.784	.605
11 voel me compleet lamgeslagen	.678	.899
12 voel me een verliezer	.904	.897
13 voel dat ik het opgegeven heb	.703	.764
14 voel me een mislukkeling	.839	.855
15 het gevoel dat ik belangrijke slagen in het leven verloren heb	.819	.839
16 voel dat er geen strijd lust meer in me zit	.725	.802
Eigenwaarde	7.2	8.5
Variantie (%)	44.8	53.3

BIJLAGE II

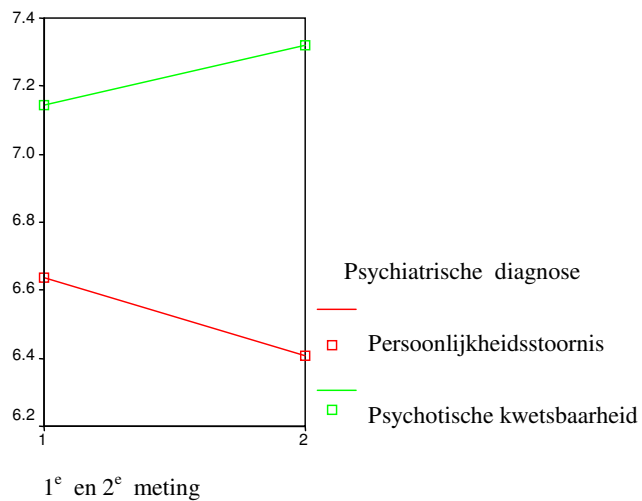
Grafische weergaven van hoofd- en interactie-effecten

Gemiddelde score



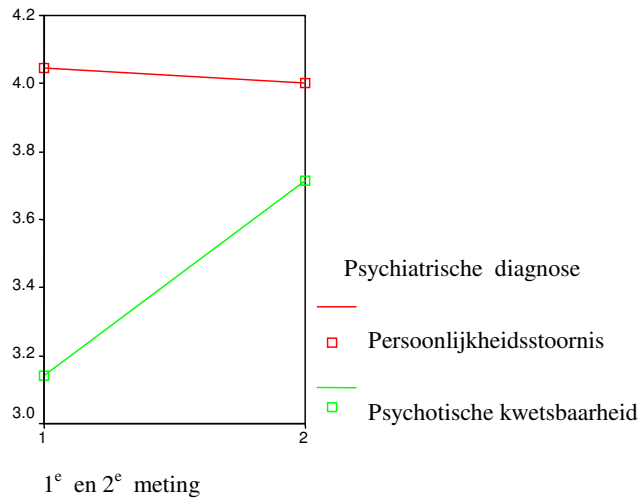
Figuur 1.
Mondgezondheid gerelateerde kwaliteit van leven

Gemiddelde score



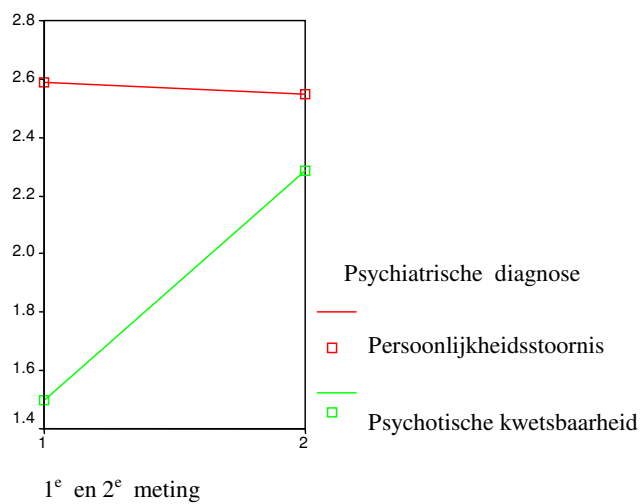
Figuur 2.
Gebitsbeleving

Gemiddelde score



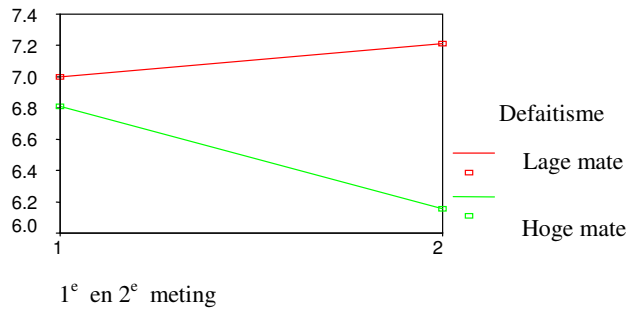
Figuur 3.
Frequentie poetsen

Gemiddelde score



Figuur 4.
Frequentie stoken/ragen

Gemiddelde score



Figuur 5.
Gebitsbeleving