

## ONDERZOEK

## KENMERKEN VAN PROTHESEPATIËNTEN VERSUS NIET-PROTHESEPATIËNTEN

G. MOLTZER, socioloog  
 J. G. C. VERHEY, psycholoog  
 B. A. M. LEMMEN, tandarts  
 C. M. H. TEGGELAAR, tandarts

*Uit de vakgroep Sociale Tandheelkunde  
 van het Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam.*

*Trefwoorden: Gedragwetenschappen – Prothese - versus niet-prothesepatiënt – Machteloosheid – Gezondheidsgedrag*

## Inleiding

Ongeveer 30% van de Nederlandse bevolking van 16 jaar en ouder heeft een volledig kunstgebit.<sup>1</sup>

Het grote aantal edentaten hangt samen met verschillende factoren. Structurele factoren, zoals de werking van het gezondheidszorgsysteem, het aantal en de bereikbaarheid van de hulpverleners, kunnen worden genoemd. Daarnaast kunnen de oorzaken gezocht worden bij de attitude en het handelen van de tandarts (zoals het niet goed communiceren, geen voorlichting geven, pijnlijke behandelingen verrichten) én bij patiënten zelf (angstig, weinig preventief gericht, ongeïnteresseerd, slecht geïnformeerd e.d.).<sup>1-4</sup>

In lagere sociaal-economische milieus en onder ouderen komen, zoals verwacht mag worden, procentueel meer prothesedragers voor dan in hogere sociaal-economische milieus en onder jongeren.<sup>1,5</sup>

In hun model noemen Bouma en Van de Poel<sup>6</sup> de volgende, met elkaar samenhangende factoren, die uiteindelijk de patiënt doen besluiten tot het laten extraheren van zijn tanden en kiezen: gebitstoestand; preventief gedrag; normen, waarden, houdingen, opvattingen; angst; negatieve ervaringen; fatalisme; kenmerken tandarts.

In dit artikel zal de aandacht gericht zijn op factoren die liggen aan patiëntzijde. Onderzocht zal met name worden of mensen die een prothese hebben zich machtelozer voelen dan mensen met hun eigen gebit. In de sociaal-wetenschappelijke literatuur kent men het begrip interne-externe beheersing of oriëntatie, dat verwijst naar verwachtingen van mensen ten aanzien van de mate waarin zij zelf veel of weinig invloed zullen hebben op hun toekomst. Intern georiënteerde personen menen invloed op hun toekomstige situatie te kunnen uitoefenen, terwijl extern georiënteerde personen menen dat hun situatie beheerst wordt door personen en factoren buiten hen zelf: 'machtige anderen', toeval, geluk.<sup>7</sup> De extern georiënteerde persoon heeft de neiging zich passief te gedragen wanneer het gaat om verbetering in eigen situatie. 'Niet zozeer omdat hij afkerig van dergelijke doeleinden zou zijn (ongemotiveerd), maar omdat hij niet verwacht dat hij een goede kans op succes

heeft.'<sup>8</sup> De interne-externe oriëntatieschaal (I.E.-schaal) kan als operationalisatie gebruikt worden voor het begrip machteloosheid.\*<sup>1</sup>

Onder andere in de Verenigde Staten en in Nederland is de I.E.-schaal gebruikt in studies op diverse terreinen. Onderzocht is bij voorbeeld of mensen die intern georiënteerd zijn in vergelijking met mensen die extern georiënteerd zijn meer ontvankelijk zijn voor bepaalde vormen van psychotherapieën of meer geneigd tot deelname aan politieke en sociale acties.<sup>7</sup>

Het is van belang na te gaan in hoeverre machteloosheid een factor is in het preventief gezondheidsgedrag. Verondersteld zou kunnen worden dat intern georiënteerde patiënten meer preventief gedrag vertonen dan extern georiënteerde patiënten.

Bij een onderzoek onder t.b.c.-patiënten bleken de patiënten die volgens de I.E.-schaal tot de intern georiënteerde patiënten behoren zich sterker voor hun genezing in te zetten dan extern georiënteerde patiënten.<sup>9</sup> Bullough<sup>10</sup> constateerde dat zich machteloos voelende moeders in Los Angeles minder blijken deel te nemen aan gezondheidspreventie zoals het laten inenten van hun babies, geboorteregeling en mondverzorging.

In dit onderzoek is getracht te bepalen of prothesepatiënten meer tot de extern georiënteerden gerekend moeten worden en de niet-prothesepatiënten meer tot de intern georiënteerden. Tevens werd nagegaan of de twee groepen patiënten ook verschillen op het gebied van kennis, attitude, angst en gedrag.

Tenslotte werd samenhangend met eerder genoemde factoren ook bekeken of vroegere ervaringen van de twee groepen patiënten met de tandarts een rol hebben gespeeld en of de ouders door hun opvoe-

\*In de tandheelkunde spreekt men vaak van fatalisme.<sup>4,6</sup> Het begrip machteloosheid verdient echter de voorkeur omdat het ruimer is en meer betekent dan alleen het noodlot of het toeval dat over mensen kan komen. In het begrip machteloosheid gaat het ook over machtige anderen die iemand's situatie kunnen beïnvloeden. Machteloosheid komt dicht bij het begrip extern georiënteerd zijn.

## Samenvatting:

Onderzocht werd in hoeverre prothesepatiënten (n=31) verschillen vertoonden met niet-prothesepatiënten (n=36) ten aanzien van relevante persoonskenmerken. Wat leeftijd, geslacht en sociaal-economisch milieu aangaat waren de twee groepen vrijwel gelijk. De patiënten werden intensief geïnterviewd.

Prothesepatiënten blijken zich wat machtelozer te voelen, meer extern georiënteerd te zijn op de 'intern-extern controle'-schaal, dan niet-prothesepatiënten. Voorts blijken prothesepatiënten in vergelijking met niet-prothesepatiënten minder geïnformeerd te zijn en een minder positieve attitude ten opzichte van tandheelkundige gezondheid te hebben. Ten aanzien van enkele gedragsvariabelen bestaan eveneens verschillen tussen de twee groepen, maar deze zijn inherent aan het prothesepatiënt zijn (prothesepatiënten bezoeken minder frequent en regelmatig de tandarts, gebruiken geen of minder frequent borstel of floss), terwijl bij andere gedragsvariabelen (zoals snoepconsumptie, mondhygiëne) geen verschillen konden worden vastgesteld. Evenmin verschillen de groepen ten aanzien van de variabele angst voor de tandarts.

Geen onderscheid kon worden geconstateerd tussen de twee onderzoeksgroepen voor wat betreft vroegere ervaringen met de tandarts; wel blijken ouders van prothesepatiënten minder op het gezondheidsgedrag van hun kinderen gelet te hebben en zelf ook minder frequent de tandarts te hebben bezocht. Voorzichtigheid bij de interpretatie van laatste gegeven is echter geboden, daar bij de beantwoording van deze vragen een beroep gedaan moest worden op het geheugen van de respondenten.

ding invloed hebben gehad op het preventief gedrag.

## Materiaal en methode

## Vragenlijst

Gebruik werd gemaakt van een uit drie delen bestaande vragenlijst:

- het eerste deel voor het meten van het intern- dan wel extern georiënteerd zijn via bestaande (geprecodeerde) I-E-vragenlijst;<sup>8,11</sup>
- het tweede deel om kennis, attitude, angst en gedrag te meten via bestaande (geprecodeerde) vragenlijst;<sup>12</sup>
- het derde deel omvatte een aantal open vragen waarin geïnformeerd werd naar vroegere

ervaringen met de tandarts en naar de rol van de ouders bij het gezondheidsgedrag.

#### Ad a.

Het intern of extern georiënteerd zijn werd gemeten met de verkorte versie van de door Andriessen bewerkte I-E-schaal van Rotter.<sup>8</sup> In de verkorte versie bestaat de schaal uit twaalf vragen, zoals: 'Hoe sterk iemand zich ook inspannt, vaak wordt zijn waarde niet erkend', met als mogelijke antwoorden: 'dat is beslist waar' in gradaties tot 'dat is beslist niet waar'. De respondenten konden bij vijf uitspraken kiezen uit zes antwoordmogelijkheden, bij twee uitspraken kon uit vier, respectievelijk vijf antwoordmogelijkheden gekozen worden. Bij de laatste vijf vragen van de I-E-schaal moesten de respondenten een kruisje plaatsen op een acht-puntsschaal, b.v.: 'Succes is een kwestie van'; antwoord: 'hard werken'... tot 'geluk hebben'.

De gemiddelde score voor de I-E-schaal loopt van 1 (extern georiënteerd zijn) tot 6.92 (intern georiënteerd zijn). Deze I-E-schaal is met succes in andere onderzoeken gebruikt.<sup>11 13</sup> Visser<sup>11</sup> concludeert op basis van twee onderzoeken dat deze schaal betrouwbaar is: respectievelijk  $\alpha = .69$  (N=222) en  $\alpha = .65$  (N=111). (Soortgelijke betrouwbaarheidswaarden zijn ook in andere onderzoeken gevonden.<sup>11</sup>)

#### Ad b.

Kennis, attitude en gedrag ten aanzien van tandheelkundige gezondheid en angst werden gemeten met behulp van een eerder gebruikte vragenlijst.<sup>12</sup> De KR-20 betrouwbaarheid van de kennisvragen was .58; voor de attitude-schaal .63.<sup>12</sup> De kennisvragen betreffen de verspreiding van mondziekten in Nederland, de oorzaak van deze ziekten, de bekendheid met tandheelkundige ziekten en de kennis over preventieve maatregelen; in totaal 13 vragen. De geënquêteerden konden bij elke vraag uit vier alternatieven kiezen, zoals de vraag: 'Een belangrijke oorzaak van tandbederf is:'. Antwoordmogelijkheden: 'kalkgebrek', 'suiker', 'zacht voedsel' en 'weet het niet'. Er werd gescoord met 1 (= goede antwoord) of 0 (= foute antwoord). Maximaal konden dus 13 punten per patiënt behaald worden.

De attitude werd gemeten via uitspraken als: 'Ik vind het vreselijk om iemand te zien met een slecht gebit', waarbij de patiënt op een vijf-puntsschaal kon scoren ('beslist mee eens' = 5, 'wel mee eens' = 4, 'hangt ervan af/weet het niet' = 3, 'niet mee eens' = 2, 'beslist niet mee eens' = 1). In principe was een hoge score gunstig. Om de geënquêteerden alert te houden zijn de uitspraken in het ene geval positief en in het andere geval negatief gesteld ten opzichte van de tandheelkundige gezondheid. Totaal zijn tien uitspraken opgenomen.

Om een indruk te krijgen van de mate van angst bij het tandartsbezoek is de volgende vraag aan het eind van de enquête gesteld: 'Als ik naar de tandarts ga, dan voel ik mij': 'zeer angstig', 'behoorlijk angstig', 'enigszins angstig', 'een beetje angstig', 'niet angstig'. Er werd gescoord

van 5 ('niet angstig') tot 1 ('zeer angstig').

De gedragsvragen betroffen de snoepconsumptie, de mondhygiëne en het tandartsbezoek. In totaal zijn hierover negen vragen gesteld, waarbij de geïnterviewden uit vijf of zes alternatieven konden kiezen.

#### Ad c.

De open vragen, die aan het eind van het gesprek aan de respondenten werden gesteld, hadden betrekking op de eerste ervaringen met de tandarts, de wijze waarop vroeger thuis aandacht gegeven werd aan gebitsverzorging en het gezondheidsgedrag van de ouders zelf. In totaal zeven vragen.

#### Steekproeven

Twee verschillende groepen werden geïnterviewd: één groep bestaande uit prothesepatiënten en één groep bestaande uit patiënten met een (vrijwel) volledige dentitie. De groep prothesepatiënten bestond uit 30 mensen met zowel in de bovenkaak als in de onderkaak een volledige prothese plus één persoon met nog zes elementen in het onderfront. De vergelijkende groep bestond uit 36 mensen met een (vrijwel) volledige dentitie, waarvan aangenomen kon worden dat ze niet binnen afzienbare tijd een prothese zouden krijgen.

Beide groepen zijn aselekt getrokken uit de patiëntenbestanden van twee tandartsen uit Amsterdam en twee uit Almere, en uit het patiëntenbestand van de Subfaculteit Tandheelkunde van de Universiteit van Amsterdam. Gezien het relatief geringe aantal ingeschreven prothese-patiënten (bij tandartsen en universiteit) moest uit een beperkt aantal patiënten gerecrueteerd worden (tabel I).

Om een zinvolle vergelijking te kunnen maken werden de twee groepen wat gemiddelde leeftijd betreft gelijk gehouden. Doordat bovendien tandartsen benaderd werden uit buurten met voornamelijk mensen uit de lagere sociaal-economische milieus werd ook in dit opzicht weinig verschil tussen de twee groepen gevonden. De patiënten die de universiteitskliniek bezochten behoorden tot de mensen met een gemiddeld laag inkomen en/of veel vrije tijd. Voor een uitsplitsing van de populatie naar leeftijd, sekse en sociaal-economisch milieu, zie tabel II.

#### Veldwerk

Het veldwerk besloeg de periode januari 1984 – september 1984. De geïnterviewden werden tevoren telefonisch benaderd en na uitleg betreffende de opzet en het doel gevraagd aan het onderzoek mee te werken. Het vraaggesprek zelf vond plaats bij de ondervraagden thuis. Het invullen van de multiple-choicevragen nam 10 tot 30 minuten in beslag; het beantwoorden van de daaropvolgende open vragen varieerde van 15 tot 45 minuten, afhankelijk van de respondent. De totaal tijd voor het vraaggesprek was dus 25 tot 75 minuten. De beantwoording van het open-vragen-gedeelte werd op de casetteband opgenomen.

Tabel I. Samenstelling populatie naar plaats.

	Prothese-patiënten	Niet-prothesepatiënten
Almere	11	11
Amsterdam	8	11
Universiteit van Amsterdam	12	14
Totaal	31	36

Van de mensen die gevraagd werden medewerking te verlenen aan het onderzoek weigerden er vier (twee prothese- en twee niet-prothesepatiënten), wegens tijdgebrek of ongeïnteresseerdheid.

#### Resultaten

*Verschillen tussen prothesepatiënten en niet-prothesepatiënten ten aanzien van intern dan wel extern georiënteerd zijn, kennis, attitude, angst en gedrag*

De gemiddelde waarden en de standaardafwijkingen van de twee groepen worden vermeld in de eerste twee kolommen van tabel III.

Bij toetsing van de verschillen tussen de twee groepen is gebruik gemaakt van de Student's t-toets; daar echter de verschillen van de standaardafwijkingen tamelijk groot zijn wordt niet geheel voldaan aan de aanname van deze toets. Daarom is ook gebruik gemaakt van de Behrens-Fisher t-toets (tabel III). Tussen de twee toetsen werden slechts kleine verschillen geconstateerd.

Bij vergelijking van de twee groepen (tabel III) blijkt dat de prothesepatiënten en de niet-prothesepatiënten op een aantal variabelen significant van elkaar verschillen. Prothesepatiënten zijn minder geïnformeerd over tandheelkundige onderwerpen, hebben een minder positieve attitude ten aanzien van tandheelkundige gezondheid en blijken ten aanzien van bepaalde gedragsvariabelen minder gunstig te reageren; de verschillen bij deze gedragsvariabelen (gebruik floss en tandestokers, gebruiksduur borstel en de frequentie van het tandartsbezoek) zijn echter inherent aan het al dan niet prothesepatiënt zijn. Bij de andere gedragsvariabelen (snoepconsumptie, poetsfrequentie, poetsmoment en mondverzorging in het algemeen) werden geen verschillen gevonden. De twee onderzoeksgroepen verschilden evenmin op de variabele angst voor de tandarts. Wat het intern/extern georiënteerd zijn aangaat: prothesepatiënten zijn wat meer extern georiënteerd, menen dus minder hun omstandigheden te kunnen bepalen dan de niet-prothesepatiënten en zijn meer de mening toegedaan dat hun omstandigheden afhankelijk zijn van anderen, het toeval of geluk.

Tabel II. Samenstelling onderzoeksgroepen naar sekse, leeftijd en sociaal-economisch milieu.

	Sekse		Leeftijd			Sociaal-economisch milieu		
	M	V	18-30 jr.	31-45 jr.	45 jr. en ouder	laag	midden	hoog
Prothesepatiënten	14	17	3	10	18	10	20	1
Niet-prothesepatiënten	16	20	3	11	22	10	22	4

Tabel III. Vergelijking prothesepatiënten versus niet-prothesepatiënten met gemiddelde scores en standaarddeviaties voor 12 afhankelijke variabelen. Achter de variabelen staan de minimale (minst gunstige) en maximale (meest gunstige) scores die mogelijk zijn.

Variabelen	Gemiddelden		Standaarddeviaties		Student's t-toets			Behrens-Fisher t-toets		
	p.p. <sup>1)</sup>	n-p.p. <sup>2)</sup>	p.p. <sup>1)</sup>	n-p.p. <sup>2)</sup>	t-value	df	p <sup>3)</sup>	t-value	df	p <sup>3)</sup>
1. Intern/extern oriëntatie (1-6,92)	4.89	5.31	.90	.88	- 1.94	65	.06	- 1.94	63.11	.06
2. Kennis (0-13)	6.32	8.36	2.62	1.64	- 3.88	65	.00*)	- 3.75	49.01	.00*)
3. Attitude (1-5)	3.94	4.33	.54	.39	- 3.39	65	.00*)	- 3.31	53.72	.00*)
4. Angst (1-5)	3.61	4.00	1.63	1.22	- 1.11	65	.27	- 1.09	55.01	.28
5. Snoepfrequentie (1-5)	3.26	3.64	1.21	1.22	- 1.28	65	.21	- 1.28	63.72	.21
6. Poetsfrequentie (1-5)	4.39	4.56	1.05	.70	- .78	65	.44	- .76	50.56	.45
7. Poetsmoment (1-6)	3.52	3.97	1.18	1.13	- 1.61	65	.11	- 1.61	62.70	.11
8. Gebruik floss (1-5)	1.24	3.21	1.09	2.46	- 3.46	52	.00*)	- 4.03	47.58	.00*)
9. Gebruik tandstokers (1-5)	1.17	4.39	.91	2.34	- 6.87	64	.00*)	- 7.36	46.26	.00*)
10. Tandartsbezoek (1-5)	1.45	4.83	1.18	.74	- 14.12	63	.00*)	- 13.45	44.74	.00*)
11. Gebruiksduur borstel (1-6)	4.24	5.50	1.62	.74	- 4.17	63	.00*)	- 3.88	37.30	.00*)
12. Mondverzorging in het algemeen (1-5)	4.23	4.08	.92	.97	.61	65	.54	.62	64.33	.54

<sup>1)</sup> prothesepatiënten (N=31.)<sup>2)</sup> niet-prothesepatiënten (N=36).<sup>3)</sup> df = vrijheidsgraden, p = overschrijdingskans.

\*) significant op 1%-niveau.

### Vergelijking van prothesepatiënten met niet-prothesepatiënten ten aanzien van ervaringen met de tandarts en opvoeding door ouders

Naast het onderzoek naar intern/extern georiënteerd zijn, kennis, attitude, angst en gedrag is ook, via open vragen, nagegaan of de prothesepatiënten ten opzichte van de niet-prothesepatiënten verschillen vertoonden ten aanzien van bovengenoemde aspecten.

Geen of weinig verschil kon worden vastgesteld tussen de twee onderzoeksgroepen wat de eerste ervaringen met de tandarts betreft. Bij beide groepen was de verdeling slechte ervaringen: goede ervaringen ongeveer 60%:25% (overige percentages ambivalent of neutraal). Bijna iedereen had pijn gehad; significant meer prothesepatiënten dan niet-prothesepatiënten zeiden verdoofd te zijn bij de behandeling ( $\chi^2=43.92$ ;  $df=2$ ;  $p<.00$ ). Opvallend was dat bijna alle respondenten zich hun eerste ervaringen met de tandarts nog wisten te herinneren. Latere ervaringen weken niet af van bovenstaand beeld, hoewel de meeste respondenten verklaarden dat de benadering van de tandartsen later beter werd.

Wat de opvoeding aangaat, verklaarden signifi-

cant minder prothesepatiënten dan niet-prothesepatiënten dat hun ouders gelet hebben op hun snoepgedrag ( $\chi^2=10.54$ ;  $df=3$ ;  $p<.01$ ). Ook bij de opvoeding tot geregeld tandartsbezoek en mondhygiëne zijn de frequenties voor prothesepatiënten gunstiger, hoewel niet op 5%-niveau. Prothesepatiënten blijken significant te verschillen van niet-prothesepatiënten wat betreft het preventief gedrag van hun ouders, in deze zin, dat de ouders van prothesepatiënten minder regelmatig naar de tandarts gingen dan de ouders van niet-prothesepatiënten ( $\chi^2=13.99$ ;  $df=4$ ;  $p<.01$ ).

### Discussie

Twee, tandheelkundig gezien, duidelijke groepen werden onderscheiden: prothesepatiënten en niet-prothesepatiënten. Waarom de één uiteindelijk een prothesepatiënt geworden is en de ander niet is afhankelijk van verschillende factoren. In dit onderzoek werden de volgende factoren die mogelijk wijze verbonden zijn met de prothesepatiënt getoetst: gevoel van machteloosheid (1), onvoldoende kennis (2), onvoldoende positieve attitude ten

opzicht van tandheelkundige gezondheid (3), het nalaten van preventief gedrag (4) en angst voor de tandarts (5). Verder werd verondersteld dat prothesepatiënten meer negatieve ervaringen met de tandarts hadden dan niet-prothesepatiënten, minder door hun ouders gewezen werden op gezondheidsgedrag, eerder ouders hadden die weinig aan preventie deden. Afgaande op de resultaten lijkt het erop dat prothesepatiënten zich machtelozer voelen, meer extern georiënteerd zijn, dan niet-prothesepatiënten. De enkele onderzoeken die op dit terrein verricht zijn wijzen eveneens op een verband tussen het extern georiënteerd zijn van mensen en een minder actief gezondheidsgedrag.<sup>9, 10</sup> Gezien het geringe aantal publikaties over deze relatie en gezien het niet erg duidelijke resultaat in deze studie zal echter meer onderzoek verricht moeten worden om deze relatie te kunnen bevestigen. Nader zal voorts moeten worden bekeken in hoeverre het gevoel van machteloosheid een persoonlijkheids- dan wel een situatie-kenmerk is. Onder andere Visser<sup>14</sup> wijst erop dat machteloos gedrag niet alleen kan wor-

den voorspeld op grond van persoonskenmerken. Situationele factoren, in interactie met persoonlijkheidskenmerken, zijn eveneens van belang.<sup>14</sup>

Wat de andere factoren aangaat: prothesepatiënten hebben minder kennis over tandheelkundige zaken en een minder positieve attitude ten opzichte van tandheelkundige gezondheid dan niet-prothesepatiënten. Deze resultaten komen overeen met de literatuur.<sup>3, 4</sup> De gemiddeld geringere kennis van de prothesepatiënten kan deels echter ook geweten worden aan de omstandigheid dat prothesepatiënten nadat zij een kunstgebit hebben gekregen van mening zijn dat zij hun tandheelkundig probleem definitief hebben opgelost en zich daardoor niet meer open hebben gesteld voor nieuwe informatie.

Opvallend is dat het preventief gedrag van de prothesepatiënten niet verschillend is van dat van de niet-prothesepatiënten, in die zin dat prothesepatiënten net zo goed zorgen voor hun kunstgebit als de niet-prothesepatiënten voor hun natuurlijk gebit. Ook verschillen zij niet in hun snoepgedrag. Dat bepaalde preventieve handelingen, zoals het gebruik van floss, tandenborstel, tandestoker, alsmede het tandartsbezoek, door prothesepatiënten niet of in mindere mate worden uitgevoerd spreekt vanzelf. Niet uitgesloten moet echter worden dat prothesepatiënten in de periode dat zij geen prothese hadden hierin reeds te kort schoten. Deze veronderstelling vindt steun in het onderzoek van Engels en Tijnstra<sup>3</sup> die constateerden dat de (vrouwelijke) prothesedragers in de periode dat zij nog hun natuurlijke gebit hadden reeds minder frequent de tandarts plachten te bezoeken.

Geen verschil tussen de twee onderzoeksgroepen werd gevonden ten aanzien van de factor angst voor de tandarts: dit is niet geheel in overeenstemming met het hypothetisch model van Bouma en Van de Poel,<sup>6</sup> waarin angst als een van de factoren voor het prothesepatiënt- worden is aangegeven. Weinig is bekend over de relatie van angst en het prothesepatiënt zijn. Niet onwaarschijnlijk is dat angstige mensen de tandarts weinig en onregelmatig bezoeken, hetgeen een verslechtering van het gebit tot gevolg kan hebben, uiteindelijk leidend naar een prothese. In enkele onderzoeken werd een relatie gevonden tussen angst en het niet bezoeken dan wel onregelmatig bezoeken van de tandarts.<sup>15, 16</sup> Het beperkte percentage angstige patiënten kan echter de reden zijn dat in dit onderzoek niet kon worden aangetoond dat prothesepatiënten angstiger zijn.

De antwoorden op de open vragen aangaande de eerste ervaringen met de tand-

arts, waarbij geen verschil tussen de prothese- en niet-prothesepatiënten werd vastgesteld, is niet in overeenstemming met wat algemeen verondersteld wordt.<sup>4, 6</sup> Gerealiseerd moet echter worden dat het grootste deel van de ondervraagden negatieve ervaringen had, ook dus onder de niet-prothesepatiënten.

Schijnbaar merkwaardig is het dat meer prothesepatiënten dan niet-prothesepatiënten verklaarden verdoofd te zijn. Plausibel is echter dat de ingrepen bij de prothesepatiënten van dien aard waren dat vaak anesthesie gegeven moest worden. Opvoeding door de ouders lijkt van belang geweest te zijn, in de zin dat ouders van prothesepatiënten minder hebben gelet op het snoepgedrag van hun kinderen en zelf ook minder frequent naar de tandarts gingen in vergelijking met de ouders van de niet-prothesepatiënten.

Voorzichtigheid bij de interpretatie van de laatste gegevens is echter geboden, daar bij de beantwoording van deze vragen een sterk beroep gedaan moest worden op het geheugen; onnauwkeurigheid en vertekening van het beeld kunnen licht optreden. Voorts dient opgemerkt te worden dat de beperkte regionale spreiding en de betrekkelijk geringe grootte van de onderzoeksen controlegroep betekenen dat generalisatie van de bevindingen voor heel Nederland niet zonder meer kan worden gedaan. Tot slot dient in het oog te worden gehouden dat de niet-prothesepatiënten, waarmee de prothesepatiënten werden geconstrasteerd, patiënten uit merendeels lagere en midden sociaal-economische milieus afkomstig zijn met 'gemiddelde' gebitten en geen, tandheelkundig gezien, 'goede' patiënten waren. In het laatste geval zouden de resultaten waarschijnlijk saillantier geweest zijn.

#### Summary:

Title: Personality features of patients with dentures versus patients without dentures.

Keywords: Behavioral sciences — Patient with versus patient without denture — Powerlessness — Health behavior

A study has been carried out to explore the characteristics of patients with complete dentures. A group of patients with complete dentures (n=31) were compared with patients without dentures (n=36). As to age, sex, and socioeconomic status the groups are similar, only differing in their dental status. All the patients were intensively interviewed.

The patients with complete dentures were less informed and have a less positive attitude towards dental health than patients without den-

tures. They also appeared to be somewhat more external controlled (feel themselves more powerless). The patients with complete dentures also differ on some behavioral variables, but these are inherent in being a patient with dentures (less frequent and irregular visits to the dentist, less frequent use of floss and toothbrush) while on other behavioral variables (like sugar consumption, frequency of brushing teeth) no differences were found. Also for the variables fear for the dentist and prior experiences with the dentist no difference could be established.

On the other hand, parents of patients with dentures took more care for the health behavior of their children and also were themselves more dental-minded.

Interpretation of the latter data must happen with caution, however, while an appeal to the respondent's memory had to be made.

#### Literatuur:

1. C.B.S. Maandbericht Gezondheidsstatistiek 1985; 5: 5-20.
2. Straus R, Sandifer JC, Hall DS, Haley JV. Behavioral factors and denture status. *J Prosthet Dent* 1977; 37: 264-73.
3. Engels M, Tijnstra T. Characteristics and experiences of women with and without full dentures in a city of The Netherlands. *Community Dent Oral Epidemiol* 1979; 7: 227-32.
4. Eijkman MAJ. Tandarts en patiëntvoorlichting. Een terreinverkenning in de (t.j.g.v.o. Dissertatie. Groningen: Wolters-Noordhoff, 1979.
5. Richards ND, Cohen LK (ed.). Social sciences and dentistry. Den Haag: A. Sijthoff, 1971.
6. Bouma J, Van de Poel ACM. Sociale determinanten van de totale extractie. Een beschrijving van de gang van zaken bij een sociaal-tandheelkundig onderzoek. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 1983; 90: 12-7.
7. Klandermans PG, Visser APH. Interne-externe beheersing en de theorie van het sociaal leren. *Ned Tijdschr Psych* 1983; 38: 1-6.
8. Andriessen JHTH. Interne of externe beheersing. Laboratorium voor Psychodiagnostische en Bedrijfspsychologische research. Vrije Universiteit te Amsterdam, 1972.
9. Seeman M, Evans JW. Alienation and learning in a hospital setting. *Am Soc Review* 1962; 27: 772-82.
10. Bullough B. Poverty, ethnic, identity and preventive health care. *J Health Soc Behavior* 1972; 13: 347-59.
11. Visser APH. De beleving van het verblijf in het Algemeen ziekenhuis. Dissertatie. Vrije Universiteit te Amsterdam, 1984.
12. Moltzer G. Van mond tot mond; vier experimenten op het gebied van de tandheelkundige voorlichting. Academisch proefschrift. Universiteit van Amsterdam, 1983.
13. Koppelaar L, Vlaender GPJ. Externe beheersing en het effect van therapie en training. *Ned Tijdschr Psych* 1983; 38: 25-33.
14. Visser APH. De samenhang tussen machteloosheid, kenmerken van de ziekenhuisomgeving en de beleving van patiënten. *Mens en Maatschappij* 1982; 3: 290-304.
15. Liddell A, May B. Some characteristics of regular and irregular attenders for dental check-ups. *Br J Clin Psych* 1984; 23(1): 19-26.
16. Schuurs AHB, Duivenvoorden HJ, Thoden van Velzen SK, Verhage F. Dental anxiety, the parental family and regularity of dental attendance. *Community Dent Oral Epidemiol* 1984; 12(2): 89-95.

Juli 1985.

Adres: Dr. G. Moltzer,  
Louwesweg 1,  
10066 EA Amsterdam.