

gas in staat was om het bewustzijnsniveau te veranderen, het gevoelsleven en de creativiteit te stimuleren, maar vooral de gewaarwording van fysieke sensaties te versterken en te vergelijken was met stoffen als marijuna, cocaïne en LSD. Bij de controlessie – de proefpersonen fungeerden als hun eigen controles – werd alleen enige zakelijke informatie verstrekt over inhalatie-sedatie, voldoende om de medewerking van de proefpersonen te verkrijgen. De resultaten bevestigden de uitkomsten van een vergelijkbaar onderzoek in een

laboratorium voor pijnonderzoek. Het bleek dat het mogelijk is om via psychologische beïnvloeding de verhoging van de pijndrempel, die bij de meeste patiënten optreedt bij het inademen van 33% lachgas in zuurstof, ongedaan te maken en zelfs om te keren tot een verlaging van de pijndrempel onder het normale – niet door lachgas beïnvloede – niveau. Verder bleek ondanks de versterkte pijnervaringen de angst niet toe te nemen. Dit ondersteunt de algemene mening dat lachgas in deze relatief lage concentraties voornamelijk een

sederende werking heeft en slechts een geringe analgetische werking.

De uitkomsten van dit onderzoek geven de schrijvers aanleiding om te stellen dat de patiënt die behandeld zal worden met lachgas-sedatie, zorgvuldig psychologisch dient te worden voorbereid en dat zodoende de concentratie lachgas in het toe te dienen gasmengsel relatief laag zal kunnen worden gehouden.

Makkes – Amsterdam

ONDERZOEK

CRITERIA VOOR DE SELECTIE VAN VOLWASSENEN MET EEN EXTREME ANGST VOOR DE TANDHEELKUNDE

P. C. MAKKES*)
A. H. B. SCHUURS*)
S. K. THODEN VAN VELZEN*)
H. J. DUIVENVOORDEN***)
F. VERHAGE***)

Trefwoorden: Gedragwetenschappen - Angst - Selectiecriteria - Tandheelkunde in bijzondere gevallen

1. Inleiding

In een eerder artikel is een aantal algemene aspecten van angst in de tandheelkundige situatie behandeld.¹ Daarbij is toen gesteld, dat een deel van de tandheelkundige patiënten – ten gevolge van intense en moeilijk beheersbare angstgevoelens – niet in staat is om zich regelmatig aan een behandeling te onderwerpen. Deze extreme of fobische angst werd omschreven als niet in verhouding staand met de werkelijke bedreiging, via rationele weg moeilijk te beïnvloeden en vaak leidend tot het vermijden van de tandheelkundige verzorging, zelfs wanneer deze dringend nodig is. De groep extreem angstige patiënten wordt geschat op ongeveer 7% van de bevolking.² Het ligt voor de hand dat het ontwijkend gedrag van deze patiënten vaak tot gevolg heeft dat zij – tandheelkundig gezien – in een slechte conditie komen te verkeren. Pijn, ontstekingen en stoornissen in functie en esthetiek van het kauwstelsel zullen regelmatig terugkerende problemen zijn, waar zij fysiek maar ook psychisch zeer onder kunnen lijden. Een belangrijk doel van de tandheelkundige professe dient dan ook te zijn deze

patiënten zorg en begeleiding aan te bieden op een wijze die de hulp voor hen aanvaardbaar maakt. Enige jaren geleden is in dit kader een behandelprogramma voor uitzonderlijk angstige volwassenen ontworpen en van start gegaan.¹ De voornaamste oogmerken van het programma zijn:

- de patiënt (opnieuw) vertrouwd te laten geraken met regelmatige tandheelkundige verzorging;
- zijn probleemoplossend vermogen in de tandheelkundige situatie te stimuleren en – na verloop van tijd – te bemiddelen in de terugkeer naar de huispraktijk.

De patiënten die zich voor het behandelprogramma aanmeldden, werden verwezen door hun huisarts, door een ziekenhuis (vooral door afdelingen Mondziekten en Kaakchirurgie), door een psychiater of psycholoog, door een tandheelkundige spoedgevallendienst of door familieleden, vrienden of burendie al in contact waren geweest met deze vorm van hulpverlening. Slechts een klein aantal werd verwezen door tandartsen.

De aanname van de patiënten geschiedde op het criterium dat zij zichzelf erg bang vonden. Bij de intake-gesprekken en de eerste confrontaties met de behandelruimte, het mondonderzoek en de behandelingen bleek dat de meeste patiënten nog een drietal kenmerken gemeen hadden:

1. Zij gingen al heel lang onregelmatig naar de tandarts.
2. Zij konden slechts met moeite aan de behandeling meewerken.

Samenvatting:

Extrem angst is waarschijnlijk voor 7% van de bevolking een reden om zich onregelmatig, vaak alleen in geval van uiterste nood, tandheelkundig te laten behandelen. Er is veel aan gelegen deze kwetsbare groep tijdig te herkennen zodat aangepaste hulp kan worden geboden.

Deze hulp stelt bijzondere eisen aan het tandheelkundig team, is tijdrovend en daardoor ook kostbaar. Ook vanuit een verzekeringstechnisch oogpunt is de ontwikkeling van duidelijke criteria om deze patiënten te onderscheiden van minder angstigen dan ook gewenst.

Een set van vijf vragenlijsten is daartoe geëvalueerd bij zestig zeer angstige en zestig niet-angstige patiënten, gematched op leeftijd en geslacht. Het bleek dat extreme angst voor de tandheelkunde in de klinische situatie goed meetbaar is met behulp van korte psychologische angstvragenlijsten.

3. Hun gebitten verkeerden meestal in een slechte conditie.

De aard van vooral het eerste criterium is echter zodanig, dat het gewenst is meer objectieve maatstaven te ontwikkelen die minder gevoelig zijn voor interpretatieverschillen. Vragenlijsten, die de angst voor de tandheelkunde meten, zouden een oplossing kunnen zijn. Uit de literatuur blijkt echter dat er geen psychologische angstvragenlijst voor de tandheelkundige situatie bestaat die beperkt van omvang is en toch betrouwbaar.³⁻⁵ Dit wordt onder meer verklaard door het verschijnsel dat angst zich op verschillende manieren kan uiten. Een deel van de angstige patiënten zou, wanneer er met één lijst wordt gemeten, onvoldoende herkend kunnen worden.

Het doel van het onderzoek was te trachten in de klinische situatie meer inzicht te verkrijgen in de ernst en de gecompliceerdheid van het angstprobleem van de ex-

*) Afdeling Cariologie en Endodontologie van het Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam.

**) Afdeling Medische Psychologie en Psychotherapie van de Erasmus Universiteit te Rotterdam.

treem angstige tandheelkundige patiënt en verder om na te gaan of met de gebruikte vragenlijsten extreem angstige patiënten kunnen worden onderscheiden van minder angstigen.

2. Materiaal en methoden

2.1. Patiënten

Tussen september 1981 en maart 1984 werd een onderzoek uitgevoerd bij een groep van zestig patiënten (31 mannen en 29 vrouwen), die zich hadden aangemeld voor het behandelprogramma voor extreem angstige patiënten in de polikliniek voor Tandheelkunde in Bijzondere Gevallen van de Universiteit van Amsterdam of in die van het Ziekenfonds Amsterdam en Omstreken. Als controle diende een groep van zestig niet-angstige tandheelkundige patiënten. De twee groepen waren gematched naar leeftijd en geslacht. De leeftijden varieerden 15 tot 60 jaar met een gemiddelde leeftijd van 34,5 jaar.

De angstige patiënten werden voorafgaand aan hun eerste bezoek door middel van een schriftelijke handleiding op de hoogte gebracht van de behandelprocedures. Hierin was tevens een oefenschema opgenomen voor de zeer angstigen om hun eerste gang naar de polikliniek mogelijk te maken. Veel nadruk werd er gelegd op het feit dat er tijdens het eerste bezoek geen behandeling plaats zou vinden. Tijdens dit eerste bezoek werd in een aparte ruimte, voorafgaand aan een medische en tandheelkundige anamnese, een angstanamnese afgenomen. Het eerste bezoek werd meestal afgesloten met een introductie van de behandelruimte, een globaal mondonderzoek en de bespreking van een globaal behandelplan. Eén van de eerste handelingen van de patiënt bij dit bezoek was het invullen van vijf vragenlijsten.

Bij dit eerste bezoek bleek dat deze angstige patiënten de tandarts zeer onregelmatig bezochten, meestal alleen in geval van langdurige en hevige klachten (sommigen zelfs dan niet). Geen van hen was in het bezit van een saneringsbevijs, een enkele verklaarde zelfs nog nooit gesaneerd te zijn geweest. De gemiddelde periode van niet-gesaneerd-zijn was 23 jaar. De langste periode, waarbinnen een patiënt zich - voorafgaande aan het onderzoek - helemaal niet had laten behandelen, was 35 jaar met een gemiddelde voor de hele groep van 8,5 jaar. De behandelbaarheid van deze 60 patiënten bleek beperkt te zijn. In totaal moest 81 uur worden besteed aan gedragsbeïnvloedende procedures alvorens de eerste tandheelkundige verrichtingen konden worden uitgevoerd. Bij 34 patiënten kon slechts worden behandeld met behulp van inhalatiesedatie met lachgas en zuurstof. Drie patiënten konden alleen onder volledige anesthesie worden behandeld. De achterstand in tandheelkundige behandelingen was voor de hele groep: 379 restauraties, 455 extracties, 154 zittingen voor prothetische voorzieningen (23 volledige gebitsprothesen voor de bovenkaak, 17 voor de onderkaak en 17 gedeeltelijke prothesen) en 14 wortelkanaalbehandelingen. Gemiddeld bedroeg de

Tabel I. Gemiddelde scores, standaarddeviaties en grenswaarden voor de vijf angstlijsten in drie steekproeven.

Angstlijst ^{a)}	Minimum- en maximum-waarde	Angstigen (N=60) \bar{X} (s.d.)	Niet-angstigen (n=60) \bar{X} (s.d.)	Bevolkingssteekproef ^{b)} (N=620) \bar{X} (s.d.)	Indicatieve grenswaarde voor extreme angst voor de tandheelkunde
DAS ^{a)}	4 - 20	17.3 (2.14)	7.9 (1.82)	9.3 (3.32)	15
AVA	19 - 38	28.9 (3.81)	21.5 (2.56)	24.7 (4.13)	**
TVA	4 - 8	7.3 (0.86)	4.3 (0.54)	4.9 (1.37)	6
VVA	4 - 8	5.2 (1.35)	4.5 (0.84)	6.2 (1.04)	**
DPFR	1 - 7	5.9 (1.37)	1.9 (1.16)	2.4 (1.96)	5

^{a)} Voor de verklaring van de afkortingen zie tekst onder 2.2.; s.d. = standaarddeviatie

^{b)} Niet bruikbaar als selectie criterium. (zie *Discussie*).

achterstand 15 verrichtingen per patiënt.

De niet-angstige patiënten waren afkomstig uit huispraktijken. Zij werden beschouwd niet-angstig te zijn als zij gesaneerd waren, hun tandarts regelmatig bezochten, dat wil zeggen tenminste twee maal per jaar gedurende de afgelopen drie jaar, en verder zichzelf beschouwden als niet-angstig. Bovendien moest hun medewerking aan de behandeling volgens hun tandarts goed zijn. Zij vulden dezelfde vragenlijsten in als de angstigen, voorafgaand aan hun halfjaarlijkse controle-onderzoek door hun eigen tandarts.

Uit de angstanamnese bleek voorts dat bij extreem angstige patiënten de angst voor/tijdens de behandeling meestal ontstaat ten gevolge van meer dan één oorzaak. De meest genoemde zijn boren (het geluid, het trillen en de pijn), het optreden van de tandarts (dreigend, onverschillig, hardhandig en vernederend), de onzekerheid en machteloosheid met betrekking tot wat er bij de behandeling gaat gebeuren en wat daar dan weer de gevolgen van zijn, en de pijn waarmee de behandeling gepaard gaat. Door de niet-angstigen wordt daarentegen gemeld dat eventuele angst voornamelijk wordt opgewekt door de pijn, die tijdens de behandeling wordt ervaren. Van de groep angstigen vermeldden 16 patiënten dat ze ook bang waren een huisarts te bezoeken. Verder rapporteerde 55% uit deze groep dat ook andere gezinsleden (vader, moeder, broers en zusters) erg bang waren voor de tandarts. Van de niet-angstige patiënten verklaarde 10% angstige gezinsleden te hebben.

2.2. Vragenlijst

De angstvragenlijsten werden gekozen op basis van eerder onderzoek³ en samengesteld uit:

a. Corah's Dental Anxiety Scale (DAS)⁶ bestaande uit vier vragen met ieder vijf antwoordalternatieven, met een score-bereik van 4 tot 20 (bijlage 1).

b. Algemene Verwachtings-Angst (AVA) met een score-bereik van 19 tot 38.

c. Tandheelkundige Verwachtings-Angst (TVA) met een score-bereik van 4 tot 8.

d. Verwondings-Verwachtings-Angst (VVA) met een score-bereik van 4 tot 8.

De laatste drie angstmetingen zijn de belangrijkste drie van de vier componenten³ in Weiner's

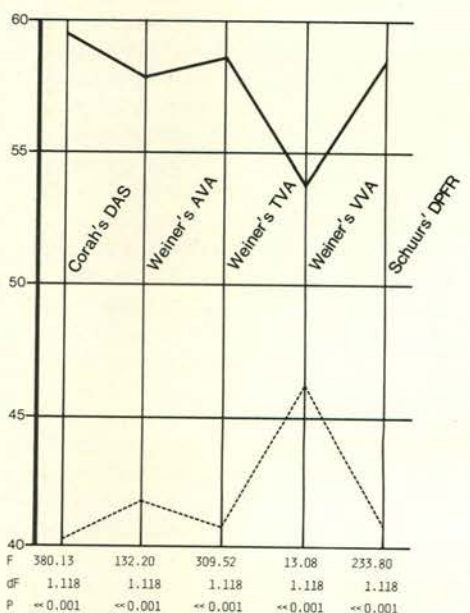
Tabel II. Resultaten van de variantie-analyse.

Angstmetingen ^{a)}	F	df	P
Corah's DAS Weiner's	380.13	1.118	≤0.001
AVA Weiner's	132.20	1.118	≤0.001
TVA Weiner's	309.52	1.118	≤0.001
VVA Schuurs'	13.08	1.118	≤0.001
DPFR	223.80	1.118	≤0.001

^{a)} Voor de verklaring van de afkortingen zie tekst onder 2.2.

verwachtings-angstvragenlijst⁷ (bijlage 2).

e. Duur van de Psycho-Fysiologische Reacties (DPFR) voorafgaand aan een tandartsbezoek. Een lijst volgens Schuurs⁸ met een score-bereik van 1 (geen reacties) tot 7 (reacties reeds enkele dagen voor de afspraak) (bijlage 3).



Afb. 1. Getransformeerde gemiddelde waarden van de vijf angstmetingen.

— angstige patiënten;
---- controlepatiënten.

2.3. Methoden

De scores van de zojuist beschreven angstmetingen werden vergelijkbaar gemaakt door hen zodanig te transformeren dat het gemiddelde van elke meting gelijk werd aan 50 en de standaarddeviatie gelijk aan 10. De gemiddelden werden aan de hand van de scores van alle patiënten te zamen berekend.⁹ Vervolgens werden de (getransformeerde) gemiddelden voor de groep angstige patiënten en voor de controle-groep berekend en met elkaar vergeleken door middel van eenwegvariantie-analyses. Er werd derhalve getoetst of er verschil bestaat tussen de gemiddelde scores van de angstigen en die van de controles.

3. Resultaten

In tabel I worden de gemiddelde scores en het score-bereik getoond voor de verschillende vragenlijsten. De getransformeerde gemiddelde waarden van de vijf angstmetingen zijn in afbeelding 1 in beeld gebracht. De angstige patiënten hebben op alle metingen een hoger angstniveau dan de controles. De resultaten van de variantie-analyse staan in tabel II. De F-waarden van de vijf angstmetingen zijn alle hoog genoeg om te kunnen concluderen dat de verschillen tussen de twee groepen patiënten significant zijn ($P < 0.001$).

4. Discussie

Het onderscheiden van de extreem angstige patiënt van andere, minder angstige patiënten met behulp van betrouwbare en gemakkelijk te hanteren criteria is vooral van belang om de begeleiding en behandeling van deze emotioneel kwetsbare groep patiënten van meet af aan zo optimaal mogelijk te laten plaatsvinden en om niet door een initieel verkeerde aanpak de situatie te verslechteren. Het is duidelijk dat deze bijzondere vorm van tandheilkundige hulp speciale eisen stelt aan het tandheilkundig team en in de meeste gevallen tijdrovend is. Een tweede belang van een juiste selectie is dan ook er voor te zorgen dat de relatief kostbare hulp exclusief ter beschikking komt van patiënten die zonder deze aangepaste hulpverlening niet behandeld kunnen worden.

Uit de testresultaten van dit onderzoek blijkt dat de angstige patiënten met behulp van de vragenlijsten goed gescheiden kunnen worden van niet-angstigen. Dit geldt in het bijzonder voor de vragenlijsten: Corah's DAS, de Weiner-component 'Tandheilkundige Verwachtings-Angst' en de lijst voor de Duur van de Psycho-Fysiologische Reacties voorafgaand aan de behandeling. Dat het hier inderdaad gaat om een groep met uitzonderlijke angst voor de tandheilkunde wordt duidelijk ondersteund door de scores op Corah's DAS. De bruikbaarheid van deze schaal, die in 1969

Bijlage 1. Corah's Dental Anxiety Scale (vertaling Eijkman en Orlebeke¹⁶).

Hieronder treft u vier vragen aan. Zij hebben allemaal betrekking op de wijze waarop u een tandheilkundige behandeling ervaart, zowel van tevoren als tijdens die behandeling. Iedere vraag heeft vijf antwoordmogelijkheden. Wilt u per vraag één antwoord geven door het cirkeltje vóór het antwoord, dat voor u het meest van toepassing is, zwart te maken.

	score
1. Als u morgen naar de tandarts zou moeten gaan, hoe zou u daar dan tegenover staan?	
<input type="radio"/> Ik beschouw het als een tamelijk prettige ervaring.	1
<input type="radio"/> Het kan me niet veel schelen.	2
<input type="radio"/> Ik zou me niet helemaal op mijn gemak voelen.	3
<input type="radio"/> Ik zou bang zijn dat het niet prettig en erg pijnlijk zou zijn.	4
<input type="radio"/> Ik zou verschrikkelijk bang zijn voor wat de tandarts zal gaan doen.	5
2. Als u in de wachtkamer van de tandarts op uw beurt wacht, hoe voelt u zich dan?	
<input type="radio"/> Ontspannen en relaxed.	1
<input type="radio"/> Een beetje ongemakkelijk.	2
<input type="radio"/> Gespannen.	3
<input type="radio"/> Bang of angstig.	4
<input type="radio"/> Zo bang, dat het zweet me soms uitbreekt of dat ik me beroerd voel.	5
3. Als u in de tandartsstoel zit terwijl de tandarts bezig is zijn boor te pakken om in uw tanden te gaan boren, hoe voelt u zich dan?	
<input type="radio"/> Ontspannen en relaxed	1
<input type="radio"/> Een beetje ongemakkelijk.	2
<input type="radio"/> Gespannen.	3
<input type="radio"/> Bang of angstig.	4
<input type="radio"/> Zo angstig, dat het zweet me soms uitbreekt of dat ik me beroerd voel.	5
4. U zit in de tandartstoel om tandsteen te laten verwijderen. Terwijl u wacht en de tandarts de instrumenten pakt om het tandsteen langs de tanden en het tandvlees weg te schrapen, hoe voelt u zich dan?	
<input type="radio"/> Ontspannen en relaxed.	1
<input type="radio"/> Een beetje ongemakkelijk.	2
<input type="radio"/> Gespannen.	3
<input type="radio"/> Bang of angstig.	4
<input type="radio"/> Zo bang, dat het zweet me soms uitbreekt of dat ik me beroerd voel.	5

Bijlage 2. Vragenlijsten 2, 3 en 4 voor de drie belangrijkste componenten van Weiner's Verwachtings-Angst-vragenlijst no. 2.

De voorbeelden op deze vragenlijst houden verband met zaken en ervaringen die angst of vrees kunnen opwekken. Geef een waardering in de vorm van een kruis in de kolom, die het beste aangeeft wat uw gevoelens er op dit moment over zijn.

	ja	nee
Score	1	2
1. Open wonden zien.	_____	_____
2. Alleen zijn.	_____	_____
3. In een vreemde omgeving zijn.	_____	_____
4. De gedachte aan pijn.	_____	_____
5. Dode mensen.	_____	_____
6. Tandartsen.	_____	_____
7. Naalden in de mond.	_____	_____
8. Boren in een tand of kies.	_____	_____
9. Hartkloppingen.	_____	_____

10. Machteloos zijn.

11. Bloed.

12. Voor gek staan.

13. Het trekken van een tand of kies.

14. Flauwvallen.

15. In een afgesloten ruimte zitten.

16. Handen van een vreemde in de mond.

17. Overslaan van het hart.

18. In de tandartsstoel liggen.

19. In de wachtkamer zitten.

Vragenlijst 2. – Algemene verwachtingsangst: nrs. 1-19.

Vragenlijst 3. – Tandheelkundige verwachtingsangst: nrs. 6, 8, 18, 19.

Vragenlijst 4. – Verwondings-verwachtingsangst: nrs. 1, 9, 11, 17.

Bijlage 3. Vragenlijst voor de duur van de psychofysiologische reacties voorafgaand aan een tandartsbezoek.

Als u angstig bent en u moet naar de tandarts, kunnen zich wel eens verschijnselen voordoen zoals: slapeloosheid, nerveusheid, maagpijn, hartkloppingen, u voelt zich trillerig, het koude zweet breekt u uit, enzovoort.

Als u zoiets hebt, hoe lang van tevoren begint dat dan?

* Omcirkel s.v.p. alleen het eerste gekozen antwoord *

	Score
1. Enkele dagen van tevoren of langer.	7
2. De dag van tevoren.	6
3. De dag van de afspraak.	5
4. Pas als u op weg bent naar de tandarts.	4
5. In de wachtkamer.	3
6. In de behandelstoel.	2
7. Helemaal niet.	1

werd geïntroduceerd,⁶ is in vele onderzoeken beschreven.^{3 6 10-16}

Uit deze onderzoeken blijkt onder meer dat de waarden van de DAS voor een doorsnee patiënt varieert tussen 6,4 en 9,3, voorts dat bij patiënten die zich wenden tot een tandheelkundige spoedgevallendienst en bij patiënten die de tandarts onregelmatig bezoeken de DAS-waarden kunnen oplopen van 10,2 tot 11,3. Tenslotte dat de DAS bij extreem angstigen waarden bereikt van 16,6 tot 19,7. De gemiddelde score van 17 voor de angstigen in het onderhavige onderzoek is derhalve hoog.

Hoewel de DAS door velen als een zeer bruikbaar meetinstrument voor angst in de tandheelkunde wordt beschouwd, moet ook worden opgemerkt dat de DAS in methodologische zin tot nu toe ontoereikend

is getoetst. Stouthart betoogt, na de psychometrische kwaliteit van de Nederlandse vertaling te hebben onderzocht, dat ondanks de bevredigende resultaten, de DAS geen goed meetinstrument blijkt te zijn.⁵ De vragenlijst zou te kort en te doorzichtig zijn en het construct niet dekken. Zoals eerder is gesteld, zijn er echter geen vragenlijsten bekend, die enerzijds methodologisch voldoende onderzocht zijn en betrouwbaar bleken en anderzijds in de klinische situatie gemakkelijk hanteerbaar zijn. Het is dan ook op voorlopige basis dat in tabel I toch een indicatie wordt gegeven voor drie van de vijf vragenlijsten van de grenswaarde waarboven sprake is van een inderdaad extreme angst voor de tandheelkunde, die bijzondere aanpak rechtvaardigt. Vanzelfsprekend dienen deze waarden in vervolgonderzoek te worden beves-

tigd. De omstandigheid dat de onderzoeksgroep patiënten betreft die zich uiteindelijk wél voor behandeling hebben gemeld, kan eveneens een zekere vertekening veroorzaken.

De grenswaarde 15 voor de DAS is berekend door de gemiddelde waarde van de angstgroep te verminderen met de standaarddeviatie: $17,3 - 2,14 = 15$ (afgerond). Voor de lijsten TVA en DPFR zijn de grenswaarden op dezelfde wijze berekend met als uitkomst voor de TVA 6 en voor de DPFR 5. Scores hoger dan deze grenswaarden duiden dus op extreem hoge angst.

De algemene verwachtings-angstlijst (AVA) is niet bruikbaar voor het vaststellen van een grenswaarde voor angst voor de tandheelkunde, omdat deze angst niet gerelateerd hoeft te zijn aan een grote algemene verwachtingsangst (angstdispositie). Ook personen met een lage algemene verwachtingsangst kunnen extreem angstig voor de tandheelkunde zijn. Dit blijkt onder andere uit waarnemingen bij de angstgroep van dit onderzoek, maar wordt tevens duidelijk als de gemiddelde waarde van de AVA-lijst van de angstgroep wordt vermindert met de standaarddeviatie. Dit levert afgerond het getal 25 op dat gelijk is aan de AVA-waarde van de bevolkingssteekproef. De verwondings-verwachtings-angstlijst (VVA) is niet bruikbaar als criterium omdat de waarden van de drie groepen (zie tabel I) elkaar sterk overlappen, waarbij de bevolkingssteekproef zelfs een hogere waarde opleverde dan die van de angstgroep.

Tenslotte kan de volgende conclusie worden geformuleerd: Van extreme angst voor de tandheelkunde lijkt in de klinische situatie een goede indruk verkregen te kunnen worden met de drie volgende korte psychologische angstvragenlijsten: de Dental Anxiety Scale, de lijst voor Tandheelkundige Verwachtings-Angst en de lijst voor de Duur van de Psycho-Fysiologische Reacties (voorafgaand aan de afspraak). Met behulp van de scores op deze vragenlijsten (waarbij de TVA-lijst een onderdeel kan zijn van de lijst voor Algemene Verwachtings-Angst) lijkt het goed mogelijk extreem angstige tandheelkundige patiënten te onderscheiden van niet- en minder angstigen.

Als aanvullende criteria ten behoeve van de selectie van angstige patiënten, die aanspraak wensen te maken op bijzondere hulpverlening, kunnen de volgende kenmerken voor de uitzonderlijke angstigen worden gehanteerd. Langdurig onregelmatig bezoek aan de tandarts, grote behandelachterstand en gebrekkige acceptatie van en coöperatie met de tandheelkundige behandelingen.

Summary:

Title: Selection criteria for adults with exceptional dental anxiety.

Keywords: Social sciences – Dental anxiety – Selection criteria – Special care

Approximately 7% of the population seems to avoid regular dental care because of exceptional dental anxiety. One of the goals of dentistry should be to identify such patients and to present them with treatment adapted to their needs. This type of dental care demands special skills of the dental team, is time-consuming and therefore rather costly.

The development of criteria to differentiate these exceptionally anxious dental patients from the others is a necessity. For this purpose a set of five questionnaires has been evaluated with sixty patients with exceptional dental anxiety and sixty non-anxious controls matched as to age and sex. It appeared that exceptional dental anxiety in the clinical situation is well measurable via short psychological anxiety lists like Corah's Dental Anxiety Scale. Weiner's

Dental Anticipation Anxiety list and Schuurs' list for the Duration of Psycho-Physiological Reactions prior to the dental appointment.

Literatuur

1. Makkes PC. Angst en tandheelkunde. Enige aspecten van angst in de tandheelkundige situatie. Ned Tijdschr Tandheelkd 1983; 90: 119-25.
2. 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: 89-95.
3. Schuurs AHB, Duivenvoorden HJ, Thoden van Velzen SK, Verhagen F, Makkes PC, Eijkman MAJ. Dimensionality of dental anxiety measurements. Community Dent Oral Epidemiol 1985; 13: 152-5.
4. Stouthart MEA. Angst voor de tandheelkundige behandeling. Analyse van bestaande meetinstrumenten. Deelverslag II. Amsterdam: Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam, Vakgroep Sociale Tandheelkunde, januari 1986.
5. Stouthart MEA. Angst voor de tandheelkundige behandeling. Corah's Dental Anxiety scale. Deelverslag III. Amsterdam: Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam, Vakgroep Sociale Tandheelkunde, februari 1986.
6. Corah NL. Development of a dental anxiety scale. J Dent Res 1969; 48: 596.
7. Weiner AA. Theory and management of anxiety and phobic disorders as they interrelate to the dental visit. Analgesia 1980; 3(2): 5-13.

8. Schuurs AHB, Duivenvoorden HJ, Thoden van Velzen SK, Verhage F. Factors associated with regularity of dental attendance. Alphen aan den Rijn: Stafleu & Tholen, 1981.
9. Schuurs AHB, Duivenvoorden HJ, Thoden van Velzen SK, Verhage F, Makkes PC, Eijkman MAJ. Anxiety and dental attendance. Community Dent Oral Health 1985; 2: 203-11.
10. Berggren U, Meynert G. Dental fear and avoidance: causes, symptoms and consequences. J Am Dent Assoc 1984; 109: 247-51.
11. Berggren U, Carlsson SG. Usefulness of two psychometric scales in Swedish patients with severe dental fear. Community Dent Oral Epidemiol 1985; 13: 70-4.
12. Corah NL, Gale EN, Illig SJ. Assessment of a dental anxiety scale. J Am Dent Assoc 1978; 97: 816-9.
13. Weinstein P, Smith TA, Barlett RC. A study of the dental student-patient relationship. J Dent Res 1973; 52: 1287-92.
14. Weisenberg M, Kreindler ML, Schachat R. Relationship of the dental anxiety scale to the state-trait anxiety inventory. J Dent Res 1974; 53: 946.
15. Cohen LA, Snyder TL, LaBelle AD. Correlates of dental anxiety in a university population. J Public Health Dent 1982; 42: 228-35.
16. Eijkman MAJ, Orlebeke JF. De factor 'angst' in de tandheelkundige situatie. Ned Tijdschr Tandheelkd 1975; 82: 114-23.

Mei 1986.

Adres: Dr. P. C. Makkes,
Louwesweg 1,
1066 EA Amsterdam.

OPVATTINGEN OVER MONDGEZONDHEID: CONSTRUCTIE VAN EEN NEDERLANDSE VERSIE VAN DE DENTAL ATTITUDES QUESTIONNAIRE

JOH. HOOGSTRATEN
N. J. BROERS

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

Trefwoorden: Sociale tandheelkunde – Dental Attitudes Questionnaire

1. Inleiding

Dat de relatie tussen attitude en gedrag ook in de tandheelkunde een belangrijke plaats inneemt, laat zich op vele manieren illustreren. Schuurs bij voorbeeld stelt in zijn onderzoek dat de attitudes die men erop nahoudt omtrent gebitsgezondheid mede van invloed zijn op de regelmaat van tandartsbezoek.¹ In het onderzoek van Ter Horst, dat zich onder andere ten doel stelde het tandartsbezoek te stimuleren, werd gebruik gemaakt van het model van Ajzen en Fishbein.^{2,3} Een sleutelbegrip binnen dit theoretische model is de attitude ten aanzien van het in het geding zijnde gedrag. In de gedachtengang van Ajzen en Fishbein wordt de intentie tot gedrag mede bepaald door deze attitude. Zowel in het onderzoek van Schuurs als in dat van Ter Horst wordt de attitude van (potentiële) patiënten dus betrokken als antecedente factor, als relevante voorspeller van tandheelkundig gedrag. In het onderzoek van onder meer Tan en Moltzer daarentegen worden de attitudes van patiënten geïntroduceerd als consequente factor.^{4,5} In beide onderzoeken wordt het effect van een bepaalde ingreep – de opening van een groepspraktijk, het geven van systematische voorlichting aan patiënten – afgemeten aan onder andere een wijziging ten goede van de attitudes. Vermoedelijk ligt aan dit gebruik dan weliswaar de gedachte ten grondslag dat de attitudewijziging gepaard zal gaan met een gedragswijziging, maar het onderzoeksonderwerp laat toetsing van het effect van attitude op gedrag niet toe: de attitude wordt in de context van specifiek onderzoek als dat van Moltzer en Tan opgevat als afhankelijke variabele, naast andere. Deze voorbeelden geven aan dat de attitude van patiënten een relevant concept is in tandheelkundig onderzoek. Bij nadere beschouwing blijkt dat bij de wijze van meten van deze patiënt-attitudes vragen tekens moeten worden gezet. De vragen worden veelal ad hoc bepaald, waardoor de vergelijkbaarheid van onderzoek in het gedrang komt. Het aantal vragen is bovendien vaak zeer gering en de vragen zijn in de regel zeer algemeen geformuleerd. Een en ander roept vragen op ten aanzien van de betrouwbaarheid en volledigheid van de meting. Stockwell en Banting trekken deze conclusie: 'With the increasing numbers of health care professionals interested in the assessment of the attitudinal characteristics of their clients, there has come a corresponding need for appropriate psychometric instruments' (p. 1).⁶ Stockwell en Banting lieten het niet bij deze constatering. Zij construeerden de Dental Attitudes Questionnaire (DAQ) '... in respon-

Samenvatting:

In 1984 publiceerden Stockwell en Banting hun 'Dental Attitudes Questionnaire'. De DAQ telt zes inhoudelijke schalen (cynisme, betrokkenheid op de gezondheid, motivatie, orale functie, sociaal esthetisch, vatbaarheid), en twee validiteitsschalen (halo en infrequentie). Elke subschaal bevat acht stellingen.

In dit artikel wordt verslag gedaan van de constructie van een Nederlandse versie van de DAQ. Daarbij werden twee antwoordschalen vergeleken: een 'eens-oneens'-variant naar voorbeeld van Stockwell en Banting, en een zespuntsvariant lopend van 'volledig eens' tot 'volledig oneens'. Na afname bij in totaal 87 personen bleek de tweepunts-versie niet te voldoen. De zespunts-versie daarentegen resulteerde in acceptabele item- en subtestscores en spreiding, betrouwbaarheden en test/hertest-betrouwbaarheden.

Voor acht items lijkt een herformulering op zijn plaats. In het artikel worden ten slotte enkele suggesties tot vervolgonderzoek gedaan.

tics of their clients, there has come a corresponding need for appropriate psychometric instruments' (p. 1).⁶ Stockwell en Banting lieten het niet bij deze constatering. Zij construeerden de Dental Attitudes Questionnaire (DAQ) '... in respon-