

Veroorzaken scheve tanden een scheef zelfbeeld?

Een onderzoek naar de invloed van oro-myofunctionele stoornissen op de eigenwaarde en de levenskwaliteit van jeugdige OMFT-cliënten in logopedische praktijken.



Auteurs: Cindy Kengen (1162160) en Simone Kramer (0633410)

Inhoudelijke begeleider: Drs. Mich lle Lacroix

Zuyd Hogeschool, opleiding Logopedie

10 juni 2014

© Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt, in enige vorm op of enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of op enige andere wijze, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van Zuyd Hogeschool.

Voorwoord

In het kader van ons afstudeertraject van de bacheloropleiding logopedie aan Zuyd Hogeschool te Heerlen is deze bachelorthesis geschreven met als titel: *Veroorzaken scheve tanden een scheef zelfbeeld? Een onderzoek naar de invloed van oro-myofunctionele stoornissen op de eigenwaarde en de levenskwaliteit van jeugdige OMFT-cliënten in logopedische praktijken.*

Bij deze willen wij graag gebruik maken om de personen te bedanken die hun medewerking hebben verleend aan het tot stand komen van deze thesis. Allereerst willen wij onze hartelijke dank uitspreken naar onze thesisbegeleidster drs. Mich lle Lacroix. Door haar snelle, eerlijke en waardevolle feedback kregen wij altijd weer de nodige input, ideeën en motivatie om deze thesis te schrijven. Tevens een woord van dank aan onze tweede beoordelaar Anouk Bovens. Verder willen wij de medestudenten uit de thesiskring *Logopedie & Mental Health* bedanken voor hun kritische blik op onze thesis, hulp bij het tot stand komen van het onderzoek en de nodige mentale ondersteuning.

Ook willen wij de kritische lezers van deze thesis niet vergeten. Daarom een woord van dank aan Kim Konsten, Jo Kramer en Esther Mullenders voor hun feedback.

Daarnaast willen wij de leidster van de kwaliteitskring OMFT te Limburg, Jogina Hettinga, bedanken voor de mogelijkheid om onze thesis te presenteren binnen de kwaliteitskring.

Tenslotte een speciaal woord van dank aan de deelnemende logopedisten en OMFT-cliënten voor hun medewerking binnen dit onderzoek. Zonder hen was deze thesis er niet geweest.

Samenvatting

Adolescenten tussen de negen en achttien jaar zijn een grote doelgroep binnen de oro-myofunctionele therapie (OMFT), zij worden veelal doorverwezen door de tandarts of orthodontist. Tijdens de adolescentie vinden er verschillende fysieke en mentale ontwikkelingen plaats, waaronder de ontwikkeling van de eigenwaarde. De centrale vraag in het onderzoek was of een oro-myofunctionele stoornis problemen kan veroorzaken bij adolescenten op het gebied van hun eigenwaarde en levenskwaliteit? Een malocclusie kan tenslotte zorgen voor negatieve gedachten en een negatieve eigenwaarde (Simons, 2009). Deze vraag leidde tot een explorerend en kwalitatief onderzoek naar de invloed van oro-myofunctionele stoornissen op de eigenwaarde en de levenskwaliteit bij adolescenten tussen negen en achttien jaar oud. Binnen het onderzoek werden de drie pijlers van Evidence based practice gevolgd. Ten eerste de pijler evidence waarbij een literatuuronderzoek werd uitgevoerd, ten tweede de pijler expert waarbij interviews met gespecialiseerde OMFT logopedisten plaatsvonden en tenslotte de pijler cliënt, waarbij adolescenten met een oro-myofunctionele stoornis vragenlijsten invulden. Concluderend kan gesteld worden dat adolescente OMFT-cliënten in de leeftijd van negen tot achttien jaar geen negatieve invloed ondervinden van oro-myofunctionele stoornissen op hun eigenwaarde en levenskwaliteit.

Sleutelwoorden: Oro-myofunctionele stoornis – OMFT – Adolescent – Eigenwaarde – Levenskwaliteit.

Inhoud

1. Inleiding	1
2. Theoretische achtergrond	3
2.1 Oro-myofunctionele stoornissen	3
2.2. Eigenwaarde.....	4
2.3. Levenskwaliteit	6
2.4. Adolescenten en hun ontwikkeling.....	10
3. Methodologie	12
3.1 Onderzoeksdesign.....	12
3.2 Onderzoekspopulatie	13
3.3 Onderzoeksvariabelen, in- exclusie criteria en confounders binnen het onderzoek.....	13
3.4 Procedure	14
3.5 Meetinstrument	15
3.5.1 Selectie van de meetinstrumenten	15
3.5.2 Methodologische overwegingen bij de selectie van meetinstrumenten.	16
3.5.3 De Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES).....	17
3.5.4. De Visuele Analoge Schaal (VAS)	18
3.5.5. Oral Health Impact Profile Nederlandstalig (OHIP-NL14)	19
3.5.6 Het interview met logopedisten.....	19
3.6 Data-analyse en datarapportage	20
4. Resultaten.....	21
4.1. Interviews.....	21
4.1.1. Respondenten en afname interview.....	21
4.1.2. Analyse interviews	22
4.1.2.1. OMFT specialisatie	22
4.1.2.2. Rol logopedist	23
4.1.2.3. Doel OMFT	23
4.1.2.4. Ervaringen OMFT vanuit de praktijk.....	23

4.1.2.5. Effectiviteit OMFT	24
4.1.2.6. Grootte adolescentiepopulatie	24
4.1.2.7. Ervaringen met adolescenten	25
4.1.2.8. Motivatie van adolescenten	25
4.1.2.9. Adolescenten in vergelijking met andere leeftijdsgroepen	26
4.1.2.10. Adolescenten en eigenwaarde	26
4.1.2.11. Adolescenten en levenskwaliteit	27
4.1.2.12. Visie op onderzoeksvraag	28
4.2. Vragenlijsten	28
4.2.1. Respondenten	28
4.2.2. Resultaten RSES	30
4.2.3. Resultaten VAS	30
4.2.4. Resultaten OHIP-14NL	31
5. Discussie & conclusie	33
5.1. Beantwoording van de onderzoeksvraag	33
5.1.1. Interview logopedisten	33
5.1.2. Cliënt onderzoek	33
5.2. Methodologische beperkingen	34
5.2.1. Methodologische beperkingen procedure	34
5.2.2. Methodologische beperkingen interviews	35
5.2.3. Methodologische beperkingen cliënt onderzoek	36
5.3. Resultaten onderzoek in vergelijking met het theoretische kader	37
5.4. Implicaties voor de praktijk	39
5.5. Aanbevelingen verder onderzoek	39
5.6. Conclusie	40
6. Literatuur	41
7. Bijlagen	46
Bijlage I. Correspondentie Logopedisten	47

Bijlage II. Correspondentie logopedisten	48
Bijlage III Toestemmingsbrief ouders	50
Bijlage IV. E-mail internetenquête	52
Bijlage V. Aangepaste versie Rosenberg Self Esteem Scale	53
Bijlage VI. Visuele Analoge Schaal	54
Bijlage VII. Aangepaste versie OHIP-NL14	55
Bijlage VIII. interview logopedisten.....	59
Bijlage IX. Codeboom interviews logopedisten	62

1. Inleiding

Adolescenten maken vanaf ongeveer hun negende levensjaar tot hun achttiende levensjaar verschillende belangrijke mentale en fysieke ontwikkelingen door, waaronder hun psychosociale ontwikkeling. Deze ontwikkeling is van belang voor onder andere het vormen van de eigenwaarde. Hiermee wordt bedoeld: hoe men denkt en voelt over zichzelf (Verhulst, 2008). Het gevoel van eigenwaarde kan in verband worden gebracht met de mondgezondheid, waaronder oro-myofunctionele stoornissen. Een oro-myofunctionele stoornis kan namelijk de psychologische ontwikkeling, waaronder het ontwikkelen van de eigenwaarde, belemmeren. (Warren, 1999). Bij een oro-myofunctionele stoornis is er sprake van een verstoord evenwicht in het functioneren van de orofaciale spieren (Mason, 2008). Oorzaak van deze stoornis zijn afwijkende mondgewoonten, welke zich al op vroege (kinder)leeftijd ontwikkelen (Jansonius – Schulteiss e.a. 2009). Afwijkende mondgewoonten bij adolescenten in de leeftijd van negen tot achttien jaar kunnen diverse oro-myofunctionele stoornissen veroorzaken. Niet alleen de gebitstand wordt beïnvloed door de afwijkende mondgewoonten, maar ook de articulatie kan afwijken (Simons, 2009). In Nederland ligt de prevalentie van habitueel mondademen, een vorm van afwijkende mondgewoonten, rond de 75% bij kinderen en naar mate men ouder wordt, daalt dit percentage geleidelijk. De precieze reden waarom het percentage geleidelijk daalt, is niet gegeven. Dit leidt tot het gegeven dat nog maar een zeer klein aantal kinderen rond de puberteit afwijkende mondgewoonten vertonen (volgens Vader- Derkinden; Kohnstamm; Kuypers-Jagtma; Beyaert et al.; in Peters et al., 2001). Een gevolg van afwijkende mondgewoonten is een afwijkend slikpatroon. Hierbij ligt het prevalentiecijfer bij kinderen van 8 tot 13 jaar in Nederland van 35 tot 40 %. Dit cijfer daalt eveneens bij het ouder worden, adolescenten van 13 tot ongeveer 20 jaar hebben een prevalentie van 20 tot 25%. Ook het dalen van dit cijfer is niet officieel bekend (Peters et al., 2001). Latere prevalentiecijfers wat betreft afwijkende mondgewoonte en de gevolgen ervan zijn niet bekend. Tenslotte is op te merken dat een oro-myofunctionele stoornis niet alleen gevolgen kan hebben voor de eigenwaarde, maar ook voor de levenskwaliteit. Hierbij gaat het om de invloed van de oro-myofunctionele stoornis op het lichamelijk, psychologisch en sociaal functioneren van cliënten (Wouters & Canters, 2011).

In de oro-myofunctionele therapie, hierna OMFT genoemd, worden oro-myofunctionele stoornissen behandeld. Deze vorm van therapie is stoornisgericht en legt de nadruk op het gebruik van specifieke technieken om veranderingen of verbetering van specifieke stoornissen te realiseren (Lommers, 2012). Wanneer men de ontwikkeling bekijkt van adolescenten in de

leeftijd van negen tot achttien jaar, rijst de vraag of een specifieke stoornisgerichte benadering van OMFT voldoende is om een eventuele verminderde eigenwaarde of levenskwaliteit te verbeteren. Moet er niet ook rekening gehouden worden met de persoonlijke factoren, waaronder de eigenwaarde? Deze persoonlijke factoren kunnen namelijk worden meegenomen in het ICF youth model, ook wel aangegeven als ICF-Y (WHO, 2008).

Op het gebied van OMFT is tot op heden weinig onderzoek gedaan naar de relatie met eigenwaarde en levenskwaliteit, zowel op nationaal als internationaal vlak. De doelstelling binnen deze thesis is het in kaart brengen van de relatie tussen oro-myofunctionele stoornissen en persoonlijke factoren als eigenwaarde en levenskwaliteit. Dit om de logopedisten bewust te maken van het belang van bovenstaande psychologische factoren binnen de OMFT. Mogelijkerwijs kunnen deze factoren binnen de therapie geïmplementeerd worden. Vanuit deze visie staat de volgende onderzoeksvraag centraal binnen de thesis: *Wat is de invloed van oro-myofunctionele stoornissen op de eigenwaarde en levenskwaliteit van adolescenten in de leeftijd van negen tot achttien jaar?* Daarbij is het van belang de volgende subvraag tevens te beantwoorden: *Wat is de relatie tussen eigenwaarde en levenskwaliteit bij adolescenten in de leeftijd van negen tot achttien jaar?* Binnen het onderzoek wordt de volgende hypothese gehandhaafd: *H1; Oro- myofunctionele stoornissen hebben een negatieve invloed op de levenskwaliteit en eigenwaarde bij adolescente OMFT-cliënten, in de leeftijd van negen tot achttien jaar.*

In hoofdstuk twee vindt u de theoretische achtergrond en stand van zaken terug, waarbij in hoofdstuk drie zal worden ingegaan op de methodologie omtrent deze thesis. In hoofdstuk vier worden de resultaten van het onderzoek beschreven. Tenslotte wordt in hoofdstuk vijf afgesloten met de discussie en conclusie.

2. Theoretische achtergrond

In dit hoofdstuk wordt verder ingegaan op de hoofdvariabelen binnen het onderzoek: oro-myofunctionele stoornissen, eigenwaarde, levenskwaliteit en de adolescentie. Als eerste wordt er ingegaan op het onderwerp oro-myofunctionele stoornissen, waarbij oorzaken, gevolgen en de OMFT aan bod komen. Als tweede wordt er ingehaakt op de eigenwaarde, waarbij een definitie wordt gegeven en er een verband wordt gelegd met tandheelkundige aspecten. Als derde wordt de levenskwaliteit behandeld. Hierbij wordt een definitie gegeven en de mondgezondheidsgerelateerde levenskwaliteit uitgediept. Tenslotte wordt er ingegaan op de adolescentie, waar onder anderen de ontwikkeling van adolescenten besproken wordt en tevens de theorie van Piaget (1970) kort belicht wordt.

2.1 Oro-myofunctionele stoornissen

Bij een oro-myofunctionele stoornis is er een verstoord evenwicht in het functioneren van de orofaciale spieren (Mason, 2008). De disharmonie van de orofaciale spieren kan een organische oorzaak hebben, zoals een lip/kaak/gehemelte-spleet, te korte tongriem of een neuspassage-probleem. Maar het kan ook een functionele oorzaak hebben, waarop de oro-myofunctionele therapie zich richt. Functionele oorzaken zijn aangeleerde gewoonten, oftewel monddrag, die een negatieve invloed hebben op het gehele orofaciale gebied en het tandenstelsel (Teunissen, 1997). Onder afwijkend monddrag vallen tongpers, afwijkend slikken, foutieve lipgewoonten, habitueel mondademen, duim- en vingerzuigen, tandenknarsen en bijtgewoonten, waaronder op de lippen, vingers, nagels, tong en wangen (Mason, 2008).

Afwijkend monddrag kan een negatieve invloed hebben op de stand en functies van het orofaciale gebied en het tandenstelsel (Mason, 2008). De positie van de elementen wordt namelijk bepaald door de krachten die de tong en de lippen daarop uitoefenen. Afwijkend monddrag kan dan ook leiden tot malocclusies, zoals een open beet, crowding, overjet, diepe beet en kruisbeet (Simons, 2009).

Afwijkend monddrag kan eveneens een afwijkende spraak tot gevolg hebben. De spraak kan slap en binnensmonds, maar ook hyponasaal worden (Jansonius-Schultheiss et al., 2009).

Bij een oro-myofunctionele stoornis is er, zoals eerder vermeld, een verstoord evenwicht in het functioneren van de orofaciale spieren. Oro-myofunctionele therapie, door een logopedist, is een oefentherapie die er op gericht is dit verstoord evenwicht te herstellen. Dit is een stoornis

gerichte therapie. De logopedist doet niets anders dan de migraties die zijn opgetreden door het onvoldoende functioneren van de orofaciale spieren in de juiste richting, teniet te doen. (Verlinden & Helderop, 2008). Er wordt aangeraden, als er sprake is van afwijkend monddrag, eerst volgens de oro-myofunctionele therapie te behandelen, voordat er wordt gestart met een orthodontische behandeling. Wanneer het afwijkend monddrag niet tijdig wordt gecorrigeerd is er een grotere kans op relaps na de orthodontische behandeling (Lente, 2005; Simons, 2009). Uit een aantal onderzoeken komt naar voren dat er bij grofweg 25-38% van de patiënten een relaps optreedt na orthodontische behandelingen van anterieure open beten (volgens Lopez-Gavito et al.; Huang et al.; Katsaros en Berg; Janson et al.; Janson et al.; CS, Wong WK, Hagg U.; in Verlinden & Helderop, 2008b). Echter volgens de ontwikkelingen binnen de huidige paramedische wereld is het van belang om ook verder te kijken dan alleen maar de stoornis. Om verder te kunnen kijken dan de stoornis, wordt op onder andere domeinen zoals de taalontwikkeling het ICF-Y model (WHO,2008.) als hulpmiddel ingezet. Dit werkmodel zou ook nuttig zijn voor de OMFT, omdat het een aantal wisselwerkingen visueel maakt. Zo ziet men in één oogopslag het verband en de wisselwerking tussen de verschillende onderdelen van de stoornis en de persoonlijke factoren, waaronder de eigenwaarde.

Conclusie:

Afwijkende mondgewoonten kunnen oro-myofunctionele stoornissen tot gevolg hebben, hierbij is er een verstoord evenwicht in het functioneren van de orofaciale spieren. Afwijkend monddrag kan zo leiden tot malocclusies, maar ook tot afwijkende spraak. Om de behandeling te laten slagen en de kans op een terugval te verminderen is het belangrijk om de orthodontische behandeling te combineren met OMFT. Tevens is het van belang om verder te kijken dan de stoornis en ook de omgeving en persoonlijke factoren zoals de eigenwaarde bij de OMFT te betrekken, door middel van het ICF- Y model. Met behulp van dit model kunnen verbanden tussen bijvoorbeeld stoornis en persoonlijke factoren worden gevisualiseerd. Men kan het ICF-Y opstellen tijdens de diagnose, om het als werkmodel te gebruiken tijdens de behandeling en de evaluatie van de logopedische therapie.

2.2. Eigenwaarde

De definitie van eigenwaarde wordt door Powell (2005) als volgt beschreven: eigenwaarde is hoe je denkt en voelt over jezelf. Het refereert naar hoe je kijkt naar je uiterlijk, je mogelijkheden, je relaties met anderen en je verwachtingen voor de toekomst. Je wordt niet geboren met het gevoel van eigenwaarde, het is iets wat we ontwikkelen als we ouder worden.

Volgens Rogers (1967) wordt er bij de ontwikkeling van het individu, het ‘zelf’, veel waarde gehecht aan de manier waarop het individu zichzelf ervaart als een georganiseerd, uniek en afzonderlijk geheel. (Molen et al., 2007). Eigenwaarde is een cruciaal aspect van de algehele ontwikkeling van een persoon in het leven. Eigenwaarde is een persoonlijke, subjectieve beoordeling van je eigen waardigheid. (volgens Rosenberg, in Huff et al., 2006). De basis van onze eigenwaarde ligt bij het gevoel constant te worden beoordeeld door anderen. Eigenwaarde is gebaseerd op onze innerlijke gevoelens, niet op feiten. Vaak bestaat er een grote kloof tussen hoe we worden gezien en hoe we denken dat we worden gezien. (Powell, 2005). Adolescenten ontwikkelen hun zelf-concept door het observeren van de reacties van anderen op zichzelf (Gibson & Jefferson, 2006). Het zelfconcept is de voorstelling die het individu heeft van zichzelf en is het resultaat van alle ervaringen die men heeft opgedaan in interactie met anderen. (Wielemans, 2000). Ook de ouder-adolescent relatie is van belang op de zelfbeoordeling van jongeren, op hun eigenwaarde en zelfeffectiviteit en op hun interactie met anderen. (Caskey et al., 2009).

Adolescenten gaan steeds beter begrijpen wie ze zijn, ze ontwikkelen hun zelfbeeld; de beschrijving van het ik. Echter garandeert deze kennis niet dat ze ook meer tevreden zijn met zichzelf, hun eigenwaarde: de beoordeling van het ik, oftewel de beoordeling van wie zij zelf zijn. Omdat ze meer inzicht in zichzelf hebben, komen ook al hun gebreken duidelijker in beeld (Feldman, 2005). Zo blijkt dat kinderen met een malocclusie aanzienlijke emotionele en gedragsproblemen kunnen ontwikkelen, zoals angst. Verder blijkt dat fysieke aantrekkelijkheid, waaronder zeker ook het gezicht en tandheelkundige eigenschappen een rol kan spelen bij het gepest worden door anderen (DiBiase & Sandler, 2001). Uit een literatuuronderzoek uitgevoerd in Hongkong bleek dat het hebben van een malocclusie pesten uitlokt. Tandheelkundige esthetiek is namelijk een belangrijk onderdeel van de gelaatsuitdrukking. Een malocclusie, zoals een ernstige verdringing van de voortanden, heeft mogelijk een invloed op de sociale aantrekkelijkheid die grotendeels gebaseerd is op ‘het eerste gezicht’. Kinderen met malocclusies lopen meer kans om gepest te worden. Wat opvalt is dat mildere afwijkingen van de tandpositie meer het pestgedrag uitlokken zoals het kind verbaal beledigen, terwijl ernstige afwijkingen sterke emotionele reacties opwekken zoals medelijden (Zhang et al., 2006).

Verscheidene onderzoeken suggereren dat het pesten niet alleen het huidige zelfbeeld van iemand aantast, maar ook het toekomstige zelfbeeld en psychosociale interactie van deze persoon (Zhang et al., 2006).

Daarnaast kunnen factoren als geslacht en de sociaaleconomische status bepalend zijn voor de eigenwaarde. Zo is de eigenwaarde van meisjes vaak lager en kwetsbaarder dan bij jongens. Meisjes maken zich vaak meer zorgen over hun uiterlijk, schoolprestaties en sociale succes. Dit blijkt zowel nationaal als internationaal van toepassing te zijn. Een hoge sociaaleconomische status, met statusgerelateerde factoren als dure kleding en een dure auto, kan de reputatie en eigenwaarde ook vergroten (Feldman, 2005).

Het gevoel van eigenwaarde kan een belangrijke factor in ons leven zijn: het kan invloed hebben op onze psychische gezondheid, maar ook op onze lichamelijke gezondheid, zoals verkoudheid en griep). Daarbij kan het hebben van veel negatieve persoonlijke gedachten en emoties leiden tot depressie, woede en stress (Caskey et al., 2009; Djong et al., 2005). Verder kan een laag gevoel van eigenwaarde leiden tot andere gedragspatronen, bijvoorbeeld bij onze carrière beslissingen, onze relaties en de manier waarop we omgaan met onze problemen, zoals pesten of groepsdruk. Het gevoel van eigenwaarde bepaalt voor een groot deel of we ons gelukkig voelen (Caskey et al., 2009; Powell, 2005).

Conclusie:

Adolescenten ontwikkelen hun eigenwaarde, dit is hoe ze denken en voelen over zichzelf. De eigenwaarde wordt gevormd door onder andere steeds het gevoel te hebben te worden beoordeeld door anderen en de ontwikkeling van het zelfbeeld. Het begin van deze ontwikkeling van eigenwaarde is per individu verschillend, denk hierbij aan het feit dat bijvoorbeeld meisjes vroeger in de adolescentie/puberteit komen ten opzichte van jongens. Het uiterlijk en hierbij dus ook het gezicht en tandheelkundige aspecten spelen een rol bij de ontwikkeling van de eigenwaarde. Zo kan een malloclusie zorgen voor negatieve gedachten over zichzelf en dus ook een negatieve eigenwaarde.

2.3. Levenskwaliteit

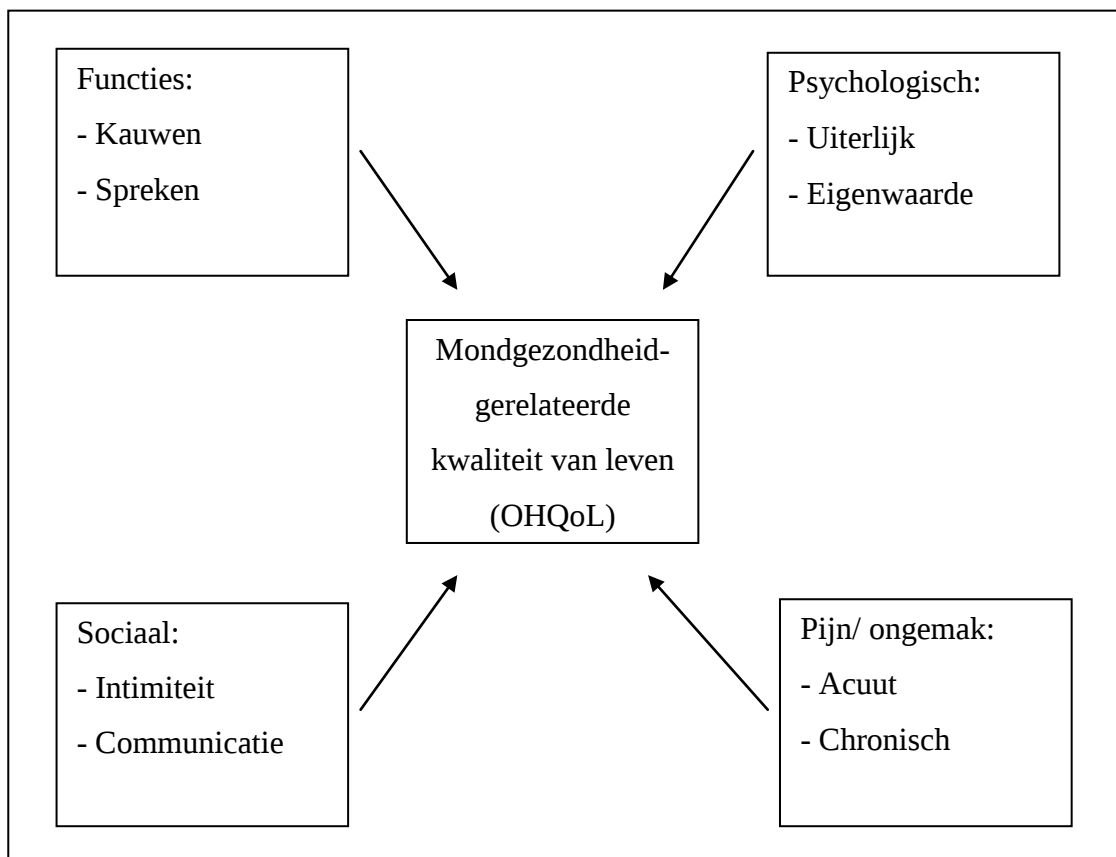
Levenskwaliteit wordt naast levensduur een steeds belangrijkere uitkomstmaat bij het medisch handelen (Wouters & Canters, 2011). Voor de meeste mensen is naast de kwantiteit ook de kwaliteit van het leven belangrijk. Ze willen graag een lang en prettig leven (Verrips, 2011). Het begrip 'levenskwaliteit' betreft een subjectieve evaluatie van het leven: de persoon beoordeelt zelf zijn/haar levenskwaliteit (Bolman, 2010).

Uit de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) komt de volgende, meest gangbare definitie, naar voren:

“De perceptie van personen van hun positie in het leven, gezien tegen de context van culturele en waardesystemen waarin zij leven in relatie tot hun doelen en verwachtingen en standaarden (volgens Kuyken et al., in Bolman, 2010)”

Bij de levenskwaliteit gaat het om de mate waarin mensen tevreden zijn of last hebben van diverse levensaspecten. Persoonlijkheidskenmerken als emotionele stabiliteit en extraversie beïnvloeden iemands levenskwaliteit, voornamelijk wanneer deze in extreme mate voorkomen. Verder blijken ook sociale steun, waargenomen stress, stressvolle gebeurtenissen en ziekteverlof van invloed op de levenskwaliteit bij patiënten. (Wouters & Canters, 2011). Ook wordt vaak de gezondheidsgelateerde levenskwaliteit gemeten. Deze beperkt zich tot de invloed van ziekte op het lichamelijk, psychologisch en sociaal functioneren van patiënten (Wouters & Canters, 2011). Er is een groeiende belangstelling voor de levenskwaliteit en mondgezondheid. Mondgezondheid wordt gezien als een belangrijk onderdeel van de algemene levenskwaliteit, met inbegrip van fysieke, sociale en psychologische domeinen. Het gezicht is de kern van de menselijke identiteit. (Huff et al., 2006).

De mondgezondheid kan je manier van spreken, je glimlach en je gezichtsuitdrukking beïnvloeden. Deze gedragingen zijn van invloed op je communicatie en dus de interactie met anderen (Warren, 1999). Personen met een slechte mondgezondheid kunnen zich zelfbewust en beschaamd voelen, waardoor hun sociale interactie en communicatie beperkt kan worden (Huff et al., 2006). Het gevoel van eigenwaarde kan zodoende in verband worden gebracht met de kwaliteit van de mondgezondheid. Een slechte mondgezondheid kan de psychologische ontwikkeling, waaronder het ontwikkelen van je eigenwaarde, belemmeren. (Warren, 1999). Zo gaf een deelnemer in een onderzoek (Huff et al., 2006) aan dat hij lachen vermeed vanwege zijn slechte tanden. De Oral Health-Related Quality of Life (OHQoL), oftewel de mondgezondheidgerelateerde kwaliteit van leven, geeft de impact weer van de mondgezondheid op de levenskwaliteit. De OHQoL kan volgens Inglehart & Bagramian worden geassocieerd met functionele factoren, psychologische factoren, sociale factoren en de ervaring van pijn of ongemak, zie afbeelding 1. (Bennadi & Reddy, 2013).



Afb. 1. Model van OHQoL (volgens Inglehart & Bagramian, in Bennadi & Reddy, 2013)

Volgens de U.S. Department of Health and Human Services kan een slechte mondgezondheid aanzienlijke gevolgen hebben op de levenskwaliteit, waaronder het verlies van eigenwaarde (Huff et al., 2006). Een slechte mondgezondheid kan je zelfbeeld en eigenwaarde schaden, sociale interactie ontmoedigen en leiden tot andere gezondheidsproblemen. Dit kan resulteren tot chronische stress en depressie. Ook kan een slechte mondgezondheid vitale functies, zoals ademhaling, eten, slikken en spreken beïnvloeden. Verder kunnen activiteiten in het dagelijks leven, zoals op het werk, school en familie worden beïnvloed (Bennadi & Reddy, 2013).

Uit een aantal onderzoeken uitgevoerd in Brazilië en Canada, waarin de impact van een malocclusie op het dagelijks leven werd gemeten, werd geconcludeerd dat een malocclusie een negatief effect had op de levenskwaliteit bij de adolescenten (Marques et al., 2006; Oliveira de & Sheiham, 2004; Scapini et al., 2012). Tevens werd geconcludeerd dat er een betere levenskwaliteit werd gemeten bij de adolescenten die hun orthodontische behandeling hadden voltooid (Oliveira de & Sheiham, 2004). Verder kwam uit een ander onderzoek (Scapini et al., 2012) naar voren dat meisjes een grotere impact van een malocclusie ervoeren op hun levenskwaliteit. Ook een lager inkomen, het wonen in een niet-standaard gezin, het hebben van

rotte/ontbrekende/gevulde tanden en een ernstigere malocclusie hebben een negatieve invloed op de levenskwaliteit.

Om de impact van een malocclusie op het dagelijks leven te meten, is er in verschillende onderzoeken uitgevoerd in Brazilië en Canada (Agou et al., 2008; Marques et al., 2006; Oliveira de & Sheiham, 2004; Scapini et al., 2012) gebruikt gemaakt van 'The oral impact on daily performance (OIDP)', maar ook van de 'Oral Health Impacts Profile (OHIP-14)' (Marques et al., 2006; Oliveira de & Sheiham, 2004). De OIDP vragenlijst meet de impact van orale problemen op het dagelijks leven met betrekking tot acht dagelijkse uitvoeringen namelijk: eten, spreken, het reinigen van de mond, slapen, glimlachen, studeren, emotioneel welzijn en sociaal contact. De OHIP-14 vragenlijst onderzoekt de impact van de mondgezondheid op de levenskwaliteit en is onderverdeeld in zeven dimensies, elk vastgesteld met twee items: functie beperkingen, fysieke pijn, psychologisch ongemak, psychologische beperkingen, lichamelijke beperkingen, sociale beperkingen en andere beperkingen.

In een ander onderzoek werd de 'Child Perceptions Questionnaire (CPQ₁₁₋₁₄)' (Scapini et al., 2012) gebruikt. Deze vragenlijst werd ook gebruikt in een onderzoek naar de relatie tussen eigenwaarde en de mondgezondheidgerelateerde levenskwaliteit (OHRQoL) bij kinderen/adolescenten (gemiddelde leeftijd: 12;7 jaar) met een malocclusie in Canada (Agou et al., 2008). De CPQ11-14 is ontwikkeld voor 11 tot 14-jarigen met een breed scala van tandheelkundige, orale en orofaciale aandoeningen. De vragenlijst bestaat uit 37 vragen en omvat vier domeinen, namelijk orale symptomen, functionele belastbaarheid, emotioneel welzijn en sociaal welzijn (Agou et al., 2008). In de onderzoeken werd voor een klinische beoordeling van de malocclusie de 'dental aesthetic index (DAI)' (Agou et al., 2008; Marques et al., 2006; Scapini et al., 2012) of de 'Index of Orthodontic Treatment Need' (Oliveira de & Sheiham, 2004) gebruikt. De DAI geeft de ernst van de malocclusie weer door een aantal fysische metingen van occlusies te scoren. Er wordt een percentielscore bepaald op tandheelkundige esthetiek van 0; meest sociaal aanvaardbaar tot 100; minst sociaal aanvaardbaar (Agou et al., 2008).

Conclusie:

Levenskwaliteit speelt een steeds belangrijkere rol in het medisch handelen. Bij de mondgezondheidsgerelateerde levenskwaliteit (OHQoL) wordt gekeken naar de impact van de mondgezondheid op het functionele, psychologische en sociale functioneren van de patiënt. Ook de ervaring van pijn of ongemak is van invloed op de levenskwaliteit. Een slechte

mondgezondheid kan gevolgen hebben voor je eigenwaarde, je sociale interactie en zo ook je levenskwaliteit beïnvloeden. Ook een malocclusie bleek uit een aantal onderzoek een negatief effect te hebben op de levenskwaliteit bij adolescenten.

2.4. Adolescenten en hun ontwikkeling

In het algemeen is men het er over eens dat leeftijd geen waterdicht criterium is om de periode van de adolescentie te definiëren, of om te bepalen welke bij de ontwikkeling horende problemen een jongere op een bepaald moment tegenkomt. Ieder kind ontwikkelt zich op lichamelijk, cognitief en sociaal gebied in zijn of haar eigen tempo. Zo begint de lichamelijke ontwikkeling van kind naar volwassene vroeger bij meisjes dan bij jongens. Grof ingedeeld kan de adolescentie van het negende tot het achttiende levensjaar lopen (de Wit 2007). Op cognitief gebied valt bij adolescenten allereerst de uitbreiding van de mogelijkheden van hun denken op (Piaget , 1970). Het wordt ook mogelijk om zich in te leven in de gedachten en gevoelens van anderen. Vervolgens kunnen adolescenten hun zelfbeeld, maar ook hun eigenwaarde ontwikkelen (Tieleman,2007).

De snelle groei naar een volwassen mannelijk of vrouwelijk lichaam hebben een ingrijpende invloed op het gedrag van jongeren, op de manier waarop ze zichzelf beleven en hun zelfbeeld. Vooral de gewijzigde verhoudingen in het gezicht kunnen maken dat jongeren zich nog nauwelijks als dezelfde persoon ervaren, waardoor de identiteit een flinke deuk kan krijgen. Bovendien is het uiterlijk ook belangrijk voor hun eigenwaarde en voor de waardering die ze van leeftijdgenoten voelen of anticiperen. Volgens Erikson (1968,1977) geldt voor iedere levensfase dat zowel biologische factoren als nieuwe verwachtingen vanuit de sociale omgeving het eerder verworven evenwicht overhoop halen, waardoor men in een crisis terechtkomt. In de jeugdperiode brengen de vele veranderingen die de jongere in het begin van de adolescentieperiode doormaakt deze ommekeer teweeg. Daarnaast is er het formeel-operationele denken, dat bepaalde zekerheden uit het verleden aan het wankelen brengt en dat ook de eigen gedachten en gevoelens tot onderwerp van gepieker kan maken. Dit alles leidt ertoe dat de adolescent teruggeworpen wordt op zichzelf. Hij is kennelijk niet meer het kind dat hij vroeger was, maar voorlopig blijft het onduidelijk wie of wat hij dan wel is. Volgens Erikson zijn er drie belangrijke vragen die regelmatig de kop opsteken: Wie ben ik eigenlijk (het zelfbeeld), wie zou ik willen zijn (het ideale zelf) en hoe ervaren anderen mij (het sociale zelf). Dit laatste, het sociale zelf vormt de eigenwaarde van de adolescent. Binnen elk van deze belevingswijzen kunnen tal van spanningen ontstaan. Vaak komt het beeld dat een jongere van zichzelf heeft

helemaal niet overeen met hoe hij eruit zou willen zien (Craeynest 2013). Dit gegeven kan ook invloed hebben op de levenskwaliteit bij jongeren. Uit een studie in 2008 is bewezen dat de impact van een malocclusie op de kwaliteit van het leven het grootst is bij kinderen en adolescenten met een lage eigenwaarde (Agou et al., 2008). De reden hiervoor is niet onderzocht binnen het onderzoek.

Conclusie:

De leeftijd waarin men een adolescent is, is moeilijk te definiëren. Dit omdat iedere adolescent zich op zijn eigen tempo ontwikkelt tot volwassene. Grof ingedeeld loopt de periode van adolescentie van negen tot achttien jaar. Adolescenten maken verschillende grote ontwikkelingen door. Hun lichamelijke ontwikkeling heeft invloed op hun cognitieve ontwikkeling, waarbij opvalt, dat het uiterlijk het zelfbeeld en de eigenwaarde van de adolescent maar ook de levenskwaliteit beïnvloedt. Adolescenten met een lage eigenwaarde ervaren bijvoorbeeld een grotere impact van een malocclusie op hun levenskwaliteit, ten opzichte van adolescenten die een hoge eigenwaarde hebben.

In de adolescentie kunnen het gezicht en tandheelkundige aspecten, zoals een oro-myofunctionele stoornis, een rol spelen bij de ontwikkeling van de eigenwaarde. Wanneer de eigenwaarde is beïnvloed, zal ook de levenskwaliteit worden beïnvloed. Onder de psychologische factoren die deel uitmaken van de levenskwaliteit vallen namelijk onder andere het uiterlijk en de eigenwaarde van cliënten (Bennadi & Reddy, 2013). Een oro-myofunctionele stoornis zou dan ook een invloed kunnen hebben op de eigenwaarde en levenskwaliteit. Bij de OMFT wordt er stoornisgericht aan de oro-myofunctionele stoornis gewerkt en worden persoonlijke factoren als eigenwaarde en levenskwaliteit niet meegenomen. Het is echter van belang om verder te kijken dan de stoornis en ook de omgeving en persoonlijke factoren bij de OMFT te betrekken, door middel van het ICF-Y model. Binnen deze thesis wordt dan ook verder ingegaan op deze persoonlijke personen door de volgende onderzoeksvraag te beantwoorden: : *‘Wat is de invloed van oro- myofunctionele stoornissen op de eigenwaarde en levenskwaliteit van adolescenten in de leeftijd van negen tot achttien jaar’*. In het volgende hoofdstuk wordt beschreven welke stappen ondernomen zijn om deze onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden.

3. Methodologie

Binnen dit hoofdstuk komen de inhoudelijke aspecten van de thesis terug en welke stappen ondernomen zijn binnen het onderzoek. Er wordt onder meer het onderzoeksdesign, de onderzoekspopulatie, de variabelen binnen het onderzoek, de procedure, de gehanteerde meetinstrumenten en de data-analyse belicht.

3.1 Onderzoeksdesign

Binnen deze thesis werd de volgende onderzoeksvraag gehanteerd: *‘Wat is de invloed van oro-myofunctionele stoornissen op de eigenwaarde en levenskwaliteit van adolescenten in de leeftijd van negen tot achttien jaar’*. Om deze vraag te beantwoorden werd een kwalitatief, explorerend onderzoek uitgevoerd, waarbij de drie pijlers van Evidence Based Practise (EBP) werden toegepast. Voordat de onderzoekers het daadwerkelijk onderzoek startten, werd onderzocht welke literatuur en evidence al bekend waren over het onderwerp van de thesis. Deze zijn in voorgaand hoofdstuk geschetst. Deze evidence werd verwerkt in zowel de meetinstrumenten van de *cliënt*, als in de meetinstrumenten van de *expert*.

Deze thesis beschreef een explorerend onderzoek, aangezien dit onderwerp in Nederland nog niet onderzocht was. Het was voor de diepgang van het onderzoek tevens van belang om zowel kwalitatieve als kwantitatieve gegevens te verzamelen. Daarom werd gekozen voor een kwalitatief onderzoek, waarin ook kwantitatieve gegevens verwerkt werden. In kwalitatief onderzoek richt de vraagstelling zich op onderwerpen die te maken hebben met de wijze waarop mensen betekenis geven aan hun sociale omgeving en hoe ze zich op basis daarvan gedragen. Er worden onderzoeksmethoden gebruikt die het mogelijk maken om het onderwerp vanuit het perspectief van de onderzochte mensen te leren kennen met het doel om het te beschrijven en waar mogelijk te verklaren. Het uitgangspunt van kwalitatief onderzoek is dat mensen betekenis geven aan hun sociale omgeving en dat ze op basis van die betekenisgeving handelen (Boeije, 2005). Omdat dit onderzoek explorerend van aard was, werd er besloten om de grootte van de onderzoekspopulatie klein te houden. Er werd onder andere gekozen voor een transversaal survey-onderzoek, dat werd uitgevoerd bij een onderzoekspopulatie binnen Nederland. Veelal wordt voor een survey-onderzoek een steekproef getrokken uit een omschreven grotere populatie en gaat het om één meting op één bepaald moment. Explorerend onderzoek en beschrijvend onderzoek worden vaak in een survey-onderzoek gegoten (Baarda & de Goede, 2001).

Ook werden bij diverse OMFT gespecialiseerde logopedisten interviews afgenomen. Hiervoor werd gekozen zodat er meer diepgang binnen het onderzoek ontstond om zo de pijler *professional* vanuit de Evidence Based Practice te implementeren binnen het onderzoek.

3.2 Onderzoekspopulatie

Binnen dit onderzoek was er behoefte aan twee onderzoekspopulaties. De eerste onderzoekspopulatie bestond uit OMFT-cliënten in de leeftijd van 9 – 18 jaar die tijdens het onderzoek logopedie volgden binnen een eerstelijns praktijk. Deze specifieke leeftijd is gekozen omdat deze volgens de literatuur de adolescentie afbakenden. De OMFT- cliënten werden op willekeurige wijze verkregen uit de eerstelijns praktijken door geheel Nederland. De tweede onderzoekspopulatie binnen het onderzoek waren eerstelijns logopedisten die cliënten volgens de OMFT behandelden en hierin gespecialiseerd waren. Inclusie criteria en selectie van beide populaties zijn terug te vinden onder paragraaf 3.3.

3.3 Onderzoeksvariabelen, in- exclusie criteria en confounders binnen het onderzoek

Afhankelijke variabelen binnen het onderzoek:

- ✓ levenskwaliteit
- ✓ eigenwaarde.

Onafhankelijke variabele binnen het onderzoek:

- ✓ de oro-myofunctionele stoornis van de cliëntpopulatie.

Inclusiecriteria cliënt populatie

- ✓ jongeren tussen de 9 en 18 jaar oud, met een oro-myofunctionele stoornis.
- ✓ jongen of meisje
- ✓ in logopedische behandeling tijdens onderzoek, voor oro-myofunctionele stoornis
- ✓ reden van ontstaan van oro-myofunctionele stoornis is niet van belang
- ✓ duur van oro-myofunctionele stoornis is niet van belang
- ✓ ernst van oro-myofunctionele stoornis is niet van belang
- ✓ duur van de cyclus die de cliënt al volgt bij logopedist is niet van belang

De laatste 4 inclusiecriteria waren gekozen om een zo groot mogelijke variëteit met betrekking tot de stoornis te kunnen verbinden aan de onderzoeksvraag.

Inclusiecriteria logopedisten populatie:

- ✓ man of vrouw
- ✓ specialisatie in OMFT door volgen van officiële cursus
- ✓ werkzaam in een eerstelijns praktijk
- ✓ heeft cliënten volgens de OMFT in behandeling

Confounders:

- ✓ andere (persoonlijke) factoren die de levenskwaliteit en eigenwaarde bij de cliënt beïnvloeden
- ✓ motivatie van cliënt om de OMFT te volgen
- ✓ de omgeving van de cliënt
- ✓ eventuele depressies of laag zelfbeeld/ eigenwaarde met andere oorzaak

3.4 Procedure

Om te kunnen starten met het onderzoek binnen deze thesis, werd allereerst telefonisch contact opgenomen met de kringleidster van de kwaliteitskring OMFT in Limburg. In februari 2014 werd door de onderzoekers binnen deze kwaliteitskring een presentatie gehouden over het onderzoek. Doel hiervan was het werven van een populatiegroep logopedisten en een populatiegroep cliënten voor het onderzoek. Uit deze groep werkten twee logopedisten van in totaal vijf mee, en vier van in totaal zeven cliënten. De cliënten hebben op vrijwillige basis een vragenlijst ingevuld. Bij de OMFT gespecialiseerde logopedisten werd een persoonlijk interview afgenomen. (De precieze invulling van deze meetinstrumenten is terug te vinden in de paragraaf 3.5 *meetinstrumenten*.) Een aantal dagen later werd er telefonisch en/of per e-mail aan de logopedisten uit de OMFT –kring Limburg hun medewerking verzocht, al dan niet gevolgd door reminders. De reminders hadden betrekking op twee onderwerpen: verzoek tot medewerking en het verzoek tot tijdig inleveren van de onderzoeksresultaten. In bijlage I is deze correspondentie/voorbeeldbrief terug te vinden.

Na toezegging van de logopedist om mee te werken aan het onderzoek werd hen een toestemmingsformulier via e-mail toegezonden, zie hiervoor bijlage II. Tevens werd door de onderzoekers beoordeeld of er geschikte OMFT cliënten binnen de praktijk waren om deel te nemen aan het onderzoek. Zo werd enerzijds een onderzoekspopulatie van OMFT cliënten samengesteld en anderzijds een onderzoekspopulatie van logopedisten. Daarbij werd aan de ouders/verzorgers van de minderjarige cliënten binnen de onderzoekspopulatie toestemming

gevraagd om mee te werken aan het onderzoek. Dit werd middels een formulier gedaan, dat de ouders ondertekend inleverden bij de behandelend logopedist. Zie hiervoor bijlage III. De gegevens van bovenstaande populaties werden verzameld van februari 2014 tot maart 2014. Omdat in maart 2014 bleek dat beide populaties klein waren, zijn door nogmaals tien logopedisten, werkzaam in Limburg, benaderd door de onderzoekers. Van deze tien hebben uiteindelijk nog drie logopedisten meegewerkt. Met betrekking tot de cliëntpopulatie zijn er nog drie volledig ingevulde vragenlijsten verkregen door een internetenquête. Om cliënten te werven voor deze enquête hebben de onderzoekers gebruik gemaakt van het social medium Facebook. Ook hebben zij per e-mail contact opgenomen met 400 eerstelijns praktijken binnen Nederland (bijlage IV). In deze e-mail werd aan OMFT gespecialiseerde logopedisten gevraagd of zij de internet enquête door konden leiden aan de doelgroep OMFT-cliënten binnen hun praktijk. De verkregen onderzoeksresultaten werden in mei 2014 verzameld en verwerkt door de thesschrijfters, waarna zij de onderzoeksvraag en subvraag op structurele wijze konden beantwoorden.

3.5 Meetinstrument

Binnen deze paragraaf wordt de selectie van de kwantitatieve meetinstrumenten beschreven die binnen de pijler *cliënt* zijn gebruikt. Verder wordt ingegaan op de semigestructureerde interviews die binnen de pijler *expert* zijn gehanteerd om kwalitatieve gegevens te verzamelen.

3.5.1 Selectie van de meetinstrumenten

Omdat er een kwalitatief onderzoek werd uitgevoerd waarbij er ook kwantitatieve gegevens verzameld werden, was het van belang om meetinstrumenten te hanteren die op elkaar aansloten en alle aspecten binnen het onderzoek voldoende weergaven. Tevens was het van belang om praktische mogelijkheden en beperkingen in kaart te brengen, zodat op een efficiënte wijze alle data verzameld werden binnen het onderzoek. Om kwantitatieve gegevens te verzamelen van adolescente OMFT-cliënten, hebben deze een door de onderzoekers aangepaste vragenlijst ingevuld. Deze vragenlijst bestond uit de volgende onderdelen:

- ✓ de Nederlandstalige versie van de Rosenberg Self-Esteem Scale, hierna RSES genoemd (Franck et al., 2008).
- ✓ de Visuele Analoge Schaal, hierna VAS genoemd, schriftelijk in te laten vullen.
- ✓ De Oral Health Impact Profile –14 NL, hierna OHIP -14NL genoemd (Meulen et al., 2011).

De vragenlijsten werden met betrekking tot taalgebruik aangepast aan de leeftijd van de doelgroep. Verdere uitleg over deze afzonderlijke onderdelen binnen de vragenlijst zijn terug te vinden in de paragrafen: 3.5.3 *de Rosenberg Self-esteem Scale (RSES)*, paragraaf 3.5.4 *de visuele analoge schaal (VAS)* en paragraaf 3.5.5. *Oral Health Impact Profile Nederlandstalig (OHIP-NL14)*. Van geen van de drie kwantitatieve onderdelen was er een COTAN beoordeling beschikbaar. De kwalitatieve gegevens binnen het onderzoek bestonden uit diverse semigestructureerde interviews, die door de onderzoekers zijn afgenomen bij gespecialiseerde OMFT logopedisten. Verdere uitleg over dit meetinstrument is terug te vinden in paragraaf 3.5.6 *Het interview met de logopedisten*. Zo is er meer diepgang binnen het onderzoek ontstaan en kon zowel de vraagstelling beantwoord worden, als de doelstelling behaald worden.

3.5.2 Methodologische overwegingen bij de selectie van meetinstrumenten.

Een survey-onderzoek wordt over het algemeen gekenmerkt door een lagere interne validiteit en, indien er een aselechte steekproef is getrokken, een hogere externe validiteit (Baarda & de Goede, 2001). Dit was een reden om verschillende meetinstrumenten binnen het onderzoek toe te passen; zowel de bestaande kwantitatieve meetinstrumenten als het kwalitatieve meetinstrument in de vorm van het interview. Binnen het onderzoek was het van belang dat de betrouwbaarheid en de validiteit van de meetinstrumenten goed waren. Betrouwbaarheid heeft betrekking op de mate waarin een meetprocedure dezelfde resultaten oplevert wanneer deze herhaaldelijk wordt gebruikt om dezelfde kenmerken te meten bij dezelfde persoon (Loosveldt, Maes & Welkenhuysen-Gybels, 2007). De validiteit van meetinstrumenten betekent dat men ook daadwerkelijk kan meten wat men wilt meten. Hierdoor kozen de onderzoekers bij de kwantitatieve meetinstrumenten voor vragenlijsten die een hoge betrouwbaarheid hadden. Wel hebben zij ervoor gekozen om het taalgebruik binnen deze vragenlijst te vereenvoudigen om beter aan te sluiten op de onderzoekspopulatie. De vereenvoudigde vragenlijsten werden door een onderzoeker getoetst door een proefafname. Hierbij verleende een elf jarig meisje haar medewerking. Vervolgens werd de vragenlijst weer aangepast, en nogmaals doorgenomen met de adolescent.

De kwalitatieve data werden verzameld door middel van vijf semigestructureerde interviews. Semigestructureerd wil zeggen dat er met behulp van een topiclijst werd gewerkt. De volgorde van deze topiclijst kon daarentegen variabel zijn tijdens het interview. De interviewer bepaalde ter plekke hoe hij de vragen stelt. De antwoorden waren open van aard en de interviewer vroeg door. Het interview wordt uitgevoerd op basis van de volgende structuur: een korte inleiding, het

bespreken van de topics en een afronding. De vragen zijn open, enkelvoudig en veilig van aard. De interviewer legt de respondent geen zaken in de mond, toont interesse en luistert duidelijk aandachtig naar de respondent. De respondent wordt op zijn gemak gesteld. De interviewer zorgt voor een niet-luidruchtige, comfortabele omgeving (Boeije, 2005). Voorafgaand aan het interview werd als eerste toestemming gevraagd of het interview mocht worden opgenomen en de gegevens van de respondenten mochten worden gebruikt in het onderzoek. Verder is aangegeven dat de respondent anoniem zou blijven en zijn/haar opname enkel en alleen gebruikt zou worden binnen dit onderzoek. De trustworthiness werd bewerkstelligt door de respondent te garanderen dat dit onderzoek geheel anoniem was en dat er alleen met hun toestemming een audio-opname werd gemaakt van het interview.(Boeije,2005). Het afnemen van het interview werd telkens door dezelfde onderzoeker uitgevoerd en het pre-interview werd drie maal uitgevoerd: eenmaal bij een gespecialiseerde OMFT logopedist en tweemaal bij de andere onderzoeker, om de vaardigheid van het interviewen te kunnen verhogen. Dit resulteerde in een definitief interview van maximaal 30 minuten, waarvan de inhoud in paragraaf 3.5.6. wordt uitgelegd. Wat betreft het interview met de logopedisten zijn de voor- en nadelen door de onderzoekers in kaart gebracht. Een voordeel van interviewen is dat men niet alleen te weten kan komen wat mensen doen, maar vooral waarom ze het doen. Zo kan men met een vragenlijst in betrekkelijk korte tijd over veel verschillende aspecten van een onderwerp informatie verkrijgen en men kan er veel mensen mee bereiken. Het interview heeft ook een aantal nadelen. Een probleem is dat de verkregen informatie subjectief is. Dit om drie redenen: de eerste reden is dat men zich niet altijd bewust is van zijn eigen gedrag. Tevens kan het voorkomen dat de geïnterviewde persoon sociaal wenselijke antwoorden geeft. Tenslotte komt het ook voor dat men geen respons geeft, een non-respons (Baarda & de Goede, 2001).

3.5.3 De Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES)

De RSES is de meest gebruikte vragenlijst van globale zelfwaarde. Deze door Rosenberg ontwikkelde schaal meet hoe tevreden iemand in het algemeen over zichzelf is. (Rosenberg, 1965, in Everaert et al., 2010) Er is in dit onderzoek een vereenvoudigde versie van de Nederlandstalige versie van de RSES gebruikt die door Franck en De Raedt ontwikkeld is. Beiden waren verbonden aan de universiteit in Gent, en hebben deze lijst in 2008 ontwikkeld (Franck et al., 2008). Het doel van deze vragenlijst was de algemene affectieve evaluatie van het zelf te meten. Deze vragenlijst bestaat uit tien items waarop de respondenten per stelling op een vier punten schaal moesten aangeven in welke mate men akkoord ging (score 0: ‘helemaal niet akkoord’ – score 3: ‘helemaal akkoord’). Na omkering van de negatief geformuleerde items en

sommering van de ruwe itemscores, werd een totaalscore verkregen die kon variëren van 0 tot 30. Een hogere totaalscore is indicatief voor een meer positieve globale zelfwaardering. Onderstaand is aangegeven welke vijf items negatief (N) geformuleerd zijn en welke vijf items positief (P). (Everaert et al., 2010)

- P1 1 Over het algemeen ben ik tevreden met mezelf
- N1 2 Bij momenten denk ik dat ik helemaal niet deug
- P2 3 Ik heb het gevoel dat ik een aantal goede kwaliteiten heb
- P3 4 Ik ben in staat dingen even goed te doen als de meeste andere mensen
- N2 5 Ik heb het gevoel dat ik niet veel heb om trots op te zijn
- N3 6 Het is ongetwijfeld zo dat ik me bij momenten nutteloos voel
- P4 7 Ik heb het gevoel dat ik een waardevol iemand ben, minstens evenwaardig aan anderen
- N4 8 Ik wou dat ik meer respect voor mezelf kon opbrengen
- N5 9 Al bij al ben ik geneigd mezelf een mislukkeling te voelen
- P5 10 Ik neem een positieve houding aan ten opzichte van mezelf

De vertaling van Franck en collega's (2008) werd gevalideerd in een *niet-klinische* steekproef van 442 respondenten. Naast een hoge interne consistentie (Cronbach's $\alpha = .86$) werd er evidentie gevonden voor de constructvaliditeit. De schaal is voldoende betrouwbaar. (Everaert et al., 2010). De vragenlijst werd door de onderzoekers aangepast door het taalgebruik binnen de vragenlijst te vereenvoudigen (Bijlage V).

3.5.4. De Visuele Analoge Schaal (VAS)

Er is een VAS gebruikt om de levenskwaliteit te bepalen. De deelnemers werd gevraagd om op een schaal van 0 (slechtst mogelijke levenskwaliteit) tot 10 (best mogelijke levenskwaliteit) aan te geven hoe ze in het algemeen hun levenskwaliteit beoordelen. Hogere scores geven een hogere levenskwaliteit aan. Verder is er ook een VAS gebruikt om te bepalen hoe hoog de levenskwaliteit zou zijn als de deelnemers geen oro-myofunctionele stoornissen zouden hebben. De deelnemers werd gevraagd om op een schaal van 0 (slechtst mogelijke levenskwaliteit) tot 10 (best mogelijke levenskwaliteit) aan te geven hoe ze in het algemeen hun levenskwaliteit zouden beoordelen als ze geen oro-myofunctionele stoornissen hadden. De volgende betekenis wordt aan de scores toegekend: 1: zeer slecht, 2: slecht, 3: zeer zwaar onvoldoende, 4: zwaar onvoldoende, 5: onvoldoende, 6: voldoende, 7: ruim voldoende, 8: goed, 9: zeer goed en 10: uitmuntend. Deze vragenlijst is visueel gemaakt door er 'smileys' in te plaatsen, om deze voor de doelgroep te verduidelijken. (zie bijlage VI)

3.5.5. Oral Health Impact Profile Nederlandstalig (OHIP-NL14)

Om de impact van de oro-myofunctionele stoornissen op de levenskwaliteit bij de adolescente OMFT-cliënten te meten is er gebruik gemaakt van de OHIP-NL14 vragenlijst. De OHIP-NL14 is de verkorte versie van de OHIP-NL49 en bestaat uit veertien vragen. De OHIP-NL14 is een Nederlandstalige versie van de Oral Health Impact Profile en is een vragenlijst waarmee de invloed van de mondgezondheid op de levenskwaliteit van patiënten kan worden vastgesteld. De vragen van de OHIP-14NL kunnen worden beantwoord op een 5-puntenschaal die varieert van 0 (nooit) tot 4 (zeer vaak). De totale score van de OHIP-14NL kan variëren van 0 tot 56, waarbij een hogere score op de OHIP-14NL een lagere levenskwaliteit aangeeft. De OHIP-NL14 is getest op betrouwbaarheid en validiteit (Meulen et al., 2011). De relatie tussen een toename van orale klachten en hogere OHIP-scores is vastgesteld bij een grote verscheidenheid van orale aandoeningen, waaronder ontbrekende gebitselementen, kaakgewrichtspijn en esthetische problemen. De interne consistentie en de test-hertest-betrouwbaarheid van de OHIP-NL14 bleek goed tot zeer goed te zijn. Voor de OHIP-NL14 waren de respectievelijke waarden: Cronbach's alfa = 0,90 en ANOVA intraclasscorrelatie-coëfficiënt = 0,80. De OHIP-NL14 bleek een betrouwbaar en valide meetinstrument voor het bepalen van de impact van de mondgezondheid op de levenskwaliteit. Deze vragenlijst voldeed aan de criteria die voor gebruik in klinische situaties worden gehanteerd. De normscores voor de OHIP-14 zijn nog niet bepaald. (Meulen et al., 2011). De OHIP-NL14 werd door de onderzoekers vereenvoudigd wat betreft het taalgebruik. Tevens werd de schaal waarop geantwoord kon worden, gevisualiseerd door middel van 'smileys'. De aangepaste versie van deze vragenlijst is terug te vinden in bijlage VII.

3.5.6 Het interview met logopedisten

Het opstellen van een interview mag niet onderschat worden. Verkeerde of slechte vragen hebben immers zware gevolgen voor de validiteit van het onderzoek. Als de respondent de vraag niet kan of wil beantwoorden, wordt de gewenste informatie niet verzameld. Als hij wel antwoordt, maar de vraag verkeerd begrepen heeft, verzamelt de onderzoeker zonder zich daarvan bewust te zijn niet valide informatie (De Laet, Offermans & Toye, 2004).

De interviews binnen het onderzoek werden mondeling afgenomen in de logopedische praktijk waar de logopedist werkzaam was. Dit, omdat er besloten werd om ook open vragen te betrekken bij deze vorm van meetinstrument. Open vragen vergen vaak meer denk en schrijfwerk dan gesloten vragen. Hetgeen ook geldt voor ingewikkelde vragen. Veel mensen hebben daar een hekel aan en zullen deze vragen wanneer ze schriftelijk moeten antwoorden, overslaan of maar kort beantwoorden (Baarda & de Goede, 2001). Ook werd mondeling aan de logopedisten

gevraagd of het interview opgenomen kon worden, zodat het interview later getranscribeerd kon worden. De vragen van het semigestructureerde interview zijn terug te vinden in bijlage VIII.

3.6 Data-analyse en datarapportage

Binnen deze thesis werd gekozen voor een kwalitatief onderzoek, waarbij ook kwantitatieve gegevens verwerkt werden. De kwalitatieve gegevens werden verzameld door middel van het afnemen van semigestructureerde interviews bij de logopedisten. De kwalitatieve data, verkregen uit de vijf interviews, werd geanalyseerd.

“Analyseren is de uiteenraffeling van de gegevens over een bepaald onderwerp in categorieën; het benoemen van deze categorieën met begrippen; en het aanbrengen en toetsen van de relaties tussen de begrippen in het licht van de probleemstelling (Boeije, 2005).”

Het materiaal werd geanalyseerd door middel van de grounded theory en bestond uit drie fases:

- ✓ De eerste fase was het coderen van de interviews (open coderen). Het doel hiervan was exploratie of verkenning van het veld van het onderzoek, om kapstokken te creëren waaraan stukken van het interview met hetzelfde onderwerp konden hangen om wat orde uit de chaos te kunnen scheppen.
- ✓ Fase twee was de zogenaamde conceptfase (axiaal coderen). Het doel hiervan was om de gemaakte codes te ordenen in concepten met dezelfde inhoud. Het beschrijven en afbakenen van begrippen, het bepalen van relevantie van begrippen en abstraheren.
- ✓ Fase drie was het categoriseren van de concepten, structureren (selectief coderen). Hier werden concepten met dezelfde inhoud onder elkaar gebracht om een theorie te formuleren. Belangrijke categorieën werden in deze fase bepaald. De verschillende categorieën dienden als verschillende theorieën en verschillende verklaringen. (Boeije, 2005). Zie voor de codeboom van alle interviews bijlage IX.

De kwantitatieve gegevens binnen deze thesis werden verzameld door middel van het invullen van vragenlijsten door de OMFT-cliënten. Binnen deze vragenlijsten werden aangepaste versies van de Nederlandstalige versie van de RSES, de VAS en de OHIP-14NL afgenomen. Van de RSES en de OHIP-14NL werden de totaalscores berekend. De scores binnen deze vragenlijst werden geanalyseerd door gebruik te maken van beschrijvende statistiek, waaronder het rekenkundig gemiddelde, minimum, maximum en frequentietabellen. Deze berekeningen werden uitgevoerd met behulp van SPSS Statistics. Dit is een statistisch computerprogramma waarin data kan worden ingelezen, bewerkt en gevisualiseerd. Zo kon men snel, overzichtelijk en helder de onderzoeksgegevens bekijken en interpreteren.

4. Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten beschreven. Er wordt ingegaan op de kwalitatieve data uit de interviews en op de kwantitatieve data uit de vragenlijsten.

4.1. Interviews

Binnen deze paragraaf worden de gegevens vanuit de semigestructureerde interviews beschreven. Het doel van de kwalitatieve analyse was om data te reduceren, een systematische verantwoorde interpretatie te kunnen doen en ook deels antwoord te geven op de vraagstelling binnen dit onderzoek. In paragraaf 4.1.1. zijn de gegevens van de respondenten en de afname van het interview weergegeven, in 4.1.2. wordt de analyse van de interviews belicht en als laatste wordt in paragraaf 4.1.2.1. tot en met 4.1.2.12. in gegaan op de topics vanuit het interview.

4.1.1. Respondenten en afname interview

Binnen het onderzoek is allereerst een kwaliteitskring OMFT benaderd met de vraag om medewerking. Vanuit deze kring waren er drie belangstellenden, waarvan één logopedist zich teruggetrokken heeft. Na telefonisch contact en het versturen van een e-mail hebben zich nog drie logopedisten bereid gevonden om mee te werken aan het interview. Alle logopedisten die meegewerkt hebben aan dit onderzoek, zijn werkzaam binnen vrijgevestigde logopedische praktijken. Er werden vijf semigestructureerde interviews afgenomen aan de hand van een topiclijst. Deze interviews werden afgenomen door één en dezelfde onderzoeker en via audio vastgelegd.

Bij afname van de interviews werd tijdens een korte inleiding verteld over het doel van het onderzoek en kort besproken welke onderwerpen binnen het interview aan bod zouden komen. Ook werd de logopedist nogmaals mondeling om toestemming gevraagd het interview op te nemen. Hierna werden de volgende topics besproken tijdens het interview:

- ✓ oro-myofunctionele therapie in het algemeen (paragraaf 4.1.2.1. tot en met 4.1.2.5.)
- ✓ de ervaringen van de logopedisten met de doelgroep binnen het onderzoek (paragraaf 4.1.2.6. tot en met 4.1.2.9.)
- ✓ het beantwoorden van de onderzoeksvraag (paragraaf 4.1.2.10. tot en met 4.1.2.12.)

4.1.2. Analyse interviews

Door middel van transcriberen werden de interviews uitgewerkt. Tijdens het interview werden de onderstaande topics besproken:

- ✓ OMFT specialisatie
- ✓ rol logopedist
- ✓ doel van de OMFT
- ✓ ervaringen OMFT vanuit de praktijk
- ✓ effectiviteit OMFT
- ✓ grootte adolescentiepopulatie
- ✓ ervaringen met adolescenten
- ✓ motivatie van adolescenten
- ✓ adolescenten in vergelijking met andere leeftijdsgroepen
- ✓ adolescenten en eigenwaarde
- ✓ adolescenten en levenskwaliteit
- ✓ visie op onderzoeksvraag

Deze topics werden geanalyseerd door het volgende proces te handhaven: eerst werden de gegevens open gecodeerd, vervolgens werd in de conceptfase axiaal gecodeerd door de codes te ordenen. Als laatste werd er selectief gecodeerd en concepten met dezelfde inhoud onder elkaar gebracht.

4.1.2.1. OMFT specialisatie

Binnen deze topic werd aan de respondenten gevraagd waarom zij tot een specialisatie OMFT besloten. De respondenten die meewerkten aan het onderzoek volgden allen dezelfde OMFT cursus, namelijk de cursus van Helderop en Verlinden. Alle respondenten kozen voor deze specialisatie omdat zij verschillende aanmeldingen met het verzoek tot OMFT kregen. Bij vier van de vijf respondenten werden cliënten door een orthodontist doorverwezen. Twee respondenten gaven aan dat zij het belangrijk vonden dat ze op basis van evidence hun handelen konden onderbouwen.

“Bovendien ben ik als logopedist steeds meer kinderen gaan behandelen met oro-myofunctionele stoornissen, maar ik had niet het gevoel dat de ins-and-outs wist wat betreft oro-myofunctionele stoornissen en welke oefeningen deze stoornis verhelpen. Ik wilde op basis van een cursus en evidence mijn handelen kunnen onderbouwen.”

4.1.2.2. Rol logopedist

Binnen deze topic werd gevraagd hoe de respondenten hun rol als logopedisten binnen de OMFT zagen. Hierop gaven alle respondenten aan dat zij vooral een begeleider zijn binnen de cyclus OMFT. Drie respondenten verklaarden tevens dat zij de cliënten probeerden te motiveren.

“Je moet toch de kinderen blijven motiveren om te oefenen, om, en om de dingen goed te doen. Je moet ze uitleg geven waarom ze iets moeten doen. Want vaak komen ze hier en dan is het, ja, eh ik moet komen want ik slik niet goed.”

Één respondent gaf aan dat zij de cliënten bewust wilde maken van de stoornis en de gevolgen hiervan. Één respondent gaf te kennen dat zij de cliënt bewust wil maken waarom zij moeten oefenen.

4.1.2.3. Doel OMFT

Tijdens het interview werd de respondenten ook gevraagd naar het doel van de OMFT. Hierop gaf één respondent aan dat OMFT onder anderen het doel heeft om afwijkende mondgewoonten af te leren.

“Nou het doel is om met name de afwijkende mondgewoonte af te leren.... het open mondgedrag tegen te gaan en ja eigenlijk alles wat met die mondmotoriek te maken heeft om dat weer in goed evenwicht te brengen.”

Alle respondenten waren van mening dat het doel van OMFT is dat de oro –myofunctionele stoornis verholpen wordt. Vier respondenten gaven aan dat OMFT een malocclusie verminderd. Vier respondenten verklaarden dat OMFT een adequate slik bevordert.

4.1.2.4. Ervaringen OMFT vanuit de praktijk

Er werd gevraagd naar de ervaringen van de respondenten met betrekking tot OMFT. Uit de praktijk bleek dat vier respondenten het ICF-Y niet toepasten binnen de OMFT. Alle respondenten maakten duidelijke afspraken met de cliënten met betrekking tot het oefenen. De verantwoordelijkheid met betrekking tot het oefenen werd door allen bij de cliënt gelegd. Het merendeel hiervan besloot ook de therapie af te breken wanneer de motivatie van cliënten niet voldoende was en/of wanneer bleek dat er niet goed geoefend werd. De cyclus OMFT werd door alle respondenten aangepast aan de behoeften van de cliënt. Alle respondenten waren van mening dat oefenen belangrijk was voor de snelheid waarmee een OMFT cyclus doorlopen kon worden.

“In principe is er een vastgestelde cyclus en daar probeer ik me wel aan te houden. Maar er zijn OMFT’ers die kei goed oefenen en die cyclus loop je hartstikke snel door, en andere die oefenen niet waardoor je een week weer moet herhalen en hierdoor duurt die cyclus langer.”

Daarbij gaf één respondent aan dat cliënten die oefenden binnen tien weken een perfect eindresultaat konden bereiken. Als laatste gaven meerdere respondenten aan dat de transfer naar de spontane slik moeilijk was voor vele cliënten.

4.1.2.5. Effectiviteit OMFT

Aan de respondenten werd gevraagd of zij OMFT effectief vonden. Alle respondenten waren van mening dat OMFT effectief was, mits er rekening gehouden werd met de transfer naar de spontane slik en de motivatie van de cliënt.

“Ik denk dat het nooit meteen helemaal verholpen is, dat ze sowieso altijd er bewust op moeten letten. Ik denk dat het in de meeste gevallen nog niet is geautomatiseerd. Ik denk dat in de gevallen waar het is geautomatiseerd, dat het probleem ook niet zo groot was.”

Op korte termijn, binnen de OMFT cyclus van circa 10 weken, was therapie succes te observeren, met name door de afname van symptomen als verkeerde, fonetische articulatie. Meerdere respondenten verklaarden dat het gemakkelijker was om een cliënt het open monddrag af te leren, dan het aanleren van een spontaan adequate slik. Op langere termijn, na drie maanden, was er een verbetering te observeren door de respondenten bij de tandstand van de cliënten.

“Je merkt wel na drie maanden dat tanden inderdaad anders gaan staan, beter gaan staan. Maar het is ook een proces van versterking van de spieren en dat heb je niet binnen een week gerealiseerd.”

4.1.2.6. Grootte adolescentiepopulatie

Tijdens het interview werd ook gevraagd naar de grootte van de doelgroep binnen het onderzoek. Hieruit bleek dat de hoofdgroep van deze OMFT-clieënten adolescenten in de leeftijd van rondom begin middelbare school waren. Één logopedist gaf het volgende aan over de leeftijd van de cliënten binnen de OMFT in haar praktijk:

“Ik heb tot nu toe vooral kinderen rond de twaalf tot dertien jaar behandeld volgens de OMFT. Het jongste kind was acht jaar, de oudste cliënt was drieëntwintig jaar. Maar dit zijn uitzonderingen hoor. Ik denk dat de kinderen in de leeftijd van twaalf tot dertien jaar het grootst is. Zo van groep acht tot de brugklas van de middelbare school.”

Een andere respondent gaf hierover aan:

“Maar de grootste groep is wat ik net al zei, toch die middelbare scholieren 12, 14, 15 jarigen.”

Vier van de Vijf respondenten gaven te kennen dat het aantal verwijzingen lag aan de doorverwijzende professional, dit was meestal de orthodontist. Als laatst merkten alle respondenten op dat er evenveel jongens als meisjes met oro-myofunctionele stoornissen zich aanmelden bij de logopedist.

4.1.2.7. Ervaringen met adolescenten

Er werd gevraagd naar de ervaringen van de respondenten met de doelgroep adolescenten. Hieruit kwam naar voren dat adolescenten bewust met zichzelf bezig konden zijn en zich dus bewust konden zijn van een niet-adequate slik. Dit is terug te leiden naar het feit dat een adolescent zijn zelfbeeld en zelfreflectie ontwikkeld.

“De adolescenten in de leeftijd van negen tot achttien jaar kunnen zich bewust zijn van hun verkeerde slik. Ik leg hen ook altijd uit wat een verkeerde slik is, en wat een goede slik is.”

De adolescente OMFT-cliënten kwamen niet uit eigen beweging naar de logopedist, maar omdat zij doorverwezen werden door de orthodontist. Geen enkele respondent had meegemaakt dat cliënten depressief waren of gepest werden door hun oro-myofunctionele stoornis. Hierbij is niet duidelijk of de respondenten kennis hebben over pesten en/of depressie. Tijdens de anamnese wordt er niet door respondenten gevraagd of de cliënt gepest wordt door zijn oro-myofunctionele stoornis en/of hij zich depressief voelt vanwege zijn stoornis. Wanneer een cliënt aangeeft dat hij of zij gepest wordt of depressieve gevoelens heeft, hebben de logopedisten wel de intentie om hierover de praten en hierop in te gaan.

4.1.2.8. Motivatie van adolescenten

De respondenten werd gevraagd wat zij van de motivatie van de doelgroep adolescenten vonden voor de OMFT. Hieruit bleek dat de motivatie een hoofditem was binnen de OMFT. Alle respondenten waren van mening dat een minder gemotiveerde cliënt langer over de OMFT deed.

“Ja goed het is eigenlijk een beetje het verhaal van net he, een goed gemotiveerde groep gaat absoluut vooruit en die groep die niet gemotiveerd is , vaak ook niet.”

Van de respondenten gaf één persoon aan dat men met een half uur per week oefenen bij de logopedist niks kon bereiken. Alle respondenten waren van mening dat de adolescente OMFT-cliënten een lage motivatie hadden doordat zij niet uit eigen beweging naar de logopedist kwamen, maar doorverwezen werden door de orthodontist. Wat betreft de motivatie voor oefenen binnen de OMFT-cyclus gaf één respondent aan dat een aantal factoren meespeelden: of

de cliënt het doel van de oefening begreep, of de oefening begrepen werd door de cliënt of dat de oefening als saai ervaren werd door de cliënt. Niet alleen de motivatie van de cliënt speelde mee, maar ook de motivatie van ouders. Dit omdat de ouders een grote invloed hebben op hun kinderen, en zo een positieve invloed kunnen hebben op het verloop van de OMFT- cyclus. Dit werd ook door een aantal respondenten aangegeven. Enkele respondenten gaven namelijk aan dat de ouders ook konden functioneren als een belangrijke stok achter de deur. Als laatste gaf een respondent aan dat jongens minder gemotiveerd waren dan meisjes.

“Je moet er heel vaak op inpraten en dan zijn het vaak de jongens die de minste motivatie hebben, daar zie je wel duidelijk verschil in. Meisjes daarentegen zijn wat gemotiveerder, vinden het ook heel belangrijk hoe de stand van hun tanden is, vinden het vaak ook niet fijn dat de stand van hun tanden terug kan groeien naar de oude stand. Want dat was juist wat ze niet wilden. Dus die motivatie is vaak wat makkelijker om te buigen.”

4.1.2.9. Adolescenten in vergelijking met andere leeftijdsgroepen

Binnen het interview werd gesproken over de vergelijking van de adolescente OMFT-cliënten met andere leeftijdsgroepen. Hieruit bleek dat adolescente cliënten in vergelijking met jongere cliënten zich bewust konden worden van hun niet-adequate slik en afwijkende mondgewoonten. De meeste respondenten gaven aan dat kinderen onder de negen jaar moeilijk bewust te maken waren van hun oro-myofunctionele stoornis. Bij jonge kinderen speelde de motivatie van ouders een belangrijke rol. Een respondent gaf het volgende aan over jongere OMFT-cliënten:

“De jongere doelgroep vind het moeilijk om zich bewust te worden van een verkeerde slik. Ik vind kinderen van deze leeftijd vaak nog te jong. Ook hebben deze kinderen niet echt een motivatie, ze hebben hun ouders nodig om te oefenen. En vaak ligt het dan aan de motivatie van de ouders of de therapie succesvol is.”

Vergeleken met de adolescente cliënten met een leeftijdsgroep van achttien jaar en ouder, kwamen de oudere cliënten uit eigen beweging naar de logopedist en waren zij een stuk gemotiveerder. Enkele respondenten namen aan dat dit kwam doordat oudere cliënten hun OMFT-behandelingen zelf moesten betalen. Een respondent gaf het volgende aan over de oudere OMFT-cliënten:

“Die groep is zelf veel bewuster en kiezen er ook zelf voor om die beugel te laten plaatsen. Die moeten het vaak ook zelf betalen en zijn gemotiveerder. Hierdoor is het proces veel sneller en het is prettiger werken.”

4.1.2.10. Adolescenten en eigenwaarde

Met betrekking tot de onderzoeksvraag werd binnen het interview ingegaan op de onderzoeksvariabele eigenwaarde. Alle respondenten gaven aan dat zij niet specifiek rekening hielden met de variabele eigenwaarde tijdens de behandeling OMFT-cliënten. Men verklaarde

wel rekening te houden met gedachten en gevoelens van iedere cliënt, door te praten met hen wanneer de cliënt iets negaties aangaf over persoonlijke factoren, omgeving van de cliënt of eigenwaarde. Geen enkele respondent had ervaring met een doorverwijzing naar een psycholoog.

“Ik praat met kinderen en observeer hen. Ik ben een luisterend oor voor hen. Het is nog niet voorgekomen dat ik geadviseerd heb aan cliënten om een doorverwijzing te vragen naar psycholoog.”

De respondenten waren van mening dat de stoornis niet ernstig genoeg was om invloed te hebben op de eigenwaarde.

“Ik heb alleen cliënten meegemaakt die hier zitten van: Ik zit hier omdat het moet en het moet van mijn orthodontist en ik wil van mijn beugel af. Dat is vaak dan wel het hoogste doel, dat ding moet eruit en daarom zit ik hier. Maar niet omdat hun eigenwaarde daardoor lager ligt, nee.”

Één van de respondenten gaf aan dat de OMFT-client aan het einde van de cyclus meer op zijn gemak leek, maar dit kon volgens haar ook komen door de band die zij met elkaar hadden opgebouwd. Een andere respondent gaf te kennen dat zij een vijftienjarige cliënt in behandeling heeft gehad, waar de eigenwaarde wel werd beïnvloed door de stoornis. Echter constateerde zij ook dat deze cliënt een vorm van autisme en ADHD had. Hierdoor kon ze niet uitsluiten dat alleen de oro-myofunctionele stoornis invloed had op de eigenwaarde.

“Ja ik heb een meisje gehad waar wel iets speelde wat betreft de eigenwaarde, maar daar was nog zoveel meer aan de hand. (ADHD, autisme) Zij is ook gestopt met de OMFT omdat zij het niet aan kon. Zij werd ook gepest en zo, maar niet omdat ze verkeerd slikte of een scheve gebitsstand had, maar omdat er een ruimer, groter probleem was. Maar of het alleen te maken kan hebben met OMFT, een afwijkende eigenwaarde, dat denk ik niet.”

4.1.2.11. Adolescenten en levenskwaliteit

Met betrekking tot de onderzoeksvraag werd binnen het interview ook ingegaan op de onderzoeksvariabele levenskwaliteit. Er werd gevraagd aan de respondenten wat zij verstonen onder levenskwaliteit. Hierna werd deze respons afgestemd door de onderzoeker door een vastgestelde definitie te bespreken, die de onderzoekers als vaststaand begrip gebruikten door hun hele onderzoek. Alle respondenten waren van mening dat de levenskwaliteit niet werd beïnvloed door de oro-myofunctionele stoornis. Allen gaven wederom aan, gebaseerd op hun ervaring, dat de stoornis hier niet ernstig genoeg voor was.

4.1.2.12. Visie op onderzoeksvraag

Tenslotte werd er gevraagd naar de visie van de respondenten op de onderzoeksvraag: *Wat is de invloed van oro-myofunctionele stoornissen op de eigenwaarde en levenskwaliteit van adolescente OMFT-cliënten in de leeftijd van negen tot achttien jaar?* De respondenten gaven allen aan dat er vermoedelijk geen invloed was van de oro-myofunctionele stoornis op de eigenwaarde en levenskwaliteit.

“Nou ik denk wel dat er een kleine invloed is op de eigenwaarde bij deze groep, maar ik denk niet dat het invloed heeft op de levenskwaliteit.”

Wel vermoedden een aantal respondenten dat er misschien wel een kleine invloed kon zijn op de eigenwaarde wanneer de ernst van de stoornis groot was of wanneer de cliënt van zichzelf al een lage eigenwaarde zou hebben. Hierbij wordt de lage eigenwaarde door de respondent op basis van ervaring geobserveerd.

“Zoals ik het nu ervaar niet nee. Misschien dat er mensen zijn die wat heftigere problemen hebben, dat het daar anders bij is(...)dus als de ernst misschien groter is denk ik. Maar ik zou wel verwachten dat hoe erger het probleem is, vooral qua uitzien en hoorbaarheid van een probleem, dat dan de stoornis invloed heeft op de eigenwaarde en levenskwaliteit.”

Een respondent gaf het volgende aan over de onderzoeksvraag:

“Ja, dat is heel lastig. Ik kan me voorstellen aan de ene kant wel. Kijk als jij als adolescent al een lage eigenwaarde hebt en je levenskwaliteit niet hoog genoeg inschat, dan denk ik zeker dat de OMFT therapie een positieve werking, ook op het gebied van eigenwaarde en levenskwaliteit kan hebben. Maar ik denk dat bij met name de middelbare scholieren die dan inderdaad binnenkomen, he wat ik al zei, moet komen omdat het moet. Daar zul je weinig verandering tot geen verandering in eigenwaarde en levenskwaliteit in aantreffen en dat is toch wel de grootste groep die bij ons binnenkomt en waar ik dan ook van zeg he, is bij mij toch wel zeker 70 procent die qua eigenwaarde of levenskwaliteit niet zal veranderen door de OMFT-problematiek, maar dat is dan ook weer omdat ze van tevoren daar ook geen problemen mee hadden. Het is nooit een probleem geweest. Het probleem is ontstaan omdat de orthodontist dat zei en dus moeten we komen.”

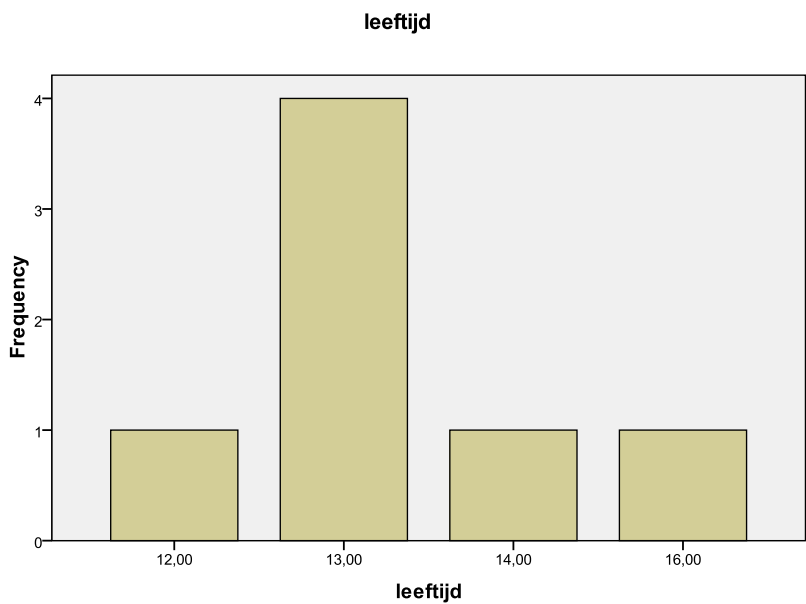
4.2. Vragenlijsten

In deze paragraaf worden gegevens over de respondenten en de resultaten van de vragenlijst per onderdeel beschreven, waaronder de RSES, de VAS en de OHIP-14NL.

4.2.1. Respondenten

Er namen zeven respondenten deel aan het onderzoek. Hiervan kwamen er vier uit de eerste selectieronde die de vragenlijst op papier hebben ingevuld en drie uit de tweede selectieronde die de vragenlijst online hebben ingevuld. De vier respondenten van de eerste selectieronde kwamen

uit Limburg, de drie respondenten uit de tweede selectieronde kwamen respectievelijk uit Noord-Brabant, Groningen en Overijssel. De zeven respondenten, vier meisjes en drie jongens, vulden de vragenlijsten volledig in en voldeden aan de inclusiecriteria.



Afb. 2. Grafische weergaven van de leeftijd van de respondenten

De leeftijd van de respondenten lag tussen de twaalf en zestien jaar. Vier van hen waren dertien jaar (zie afbeelding 2).

In de volgende tabel worden de variabelen uit de vragenlijst schematisch weergegeven.

	Leeftijd	Geslacht	RSES	QoLA	QoLB	OHIP	Provincie	Aanvullende gegevens
A	13,00	0,00	27	9,5	9,5	2	Limburg	999
B	13,00	0,00	27	9,0	9,0	9	Limburg	999
C	12,00	1,00	22	9,0	9,0	2	Limburg	999
D	13,00	0,00	21	7,5	7,5	0	Limburg	999
E	14,00	0,00	29	8,0	8,0	0	Overijssel	slik verkeerd
F	16,00	1,00	15	8,0	8,0	30	Groning	scheve tanden
G	13,00	1,00	24	7,0	8,0	11	Brabant	slik verkeerd

Tabel 1. Schematische weergave van alle variabelen uit de vragenlijst (‘999=missing value’)

In de eerste kolom werd de toegekende letter , A t/m G, van de respondent weergegeven en in de tweede kolom de leeftijd van de respondent. Het geslacht is aangegeven met een 0,00 of 1,00, waarbij 0,00 gelabeld is als meisje en 1,00 als jongen. Respectievelijk werden nog de RSES totaalscore, QoL met oro-myofunctionele problemen weergegeven op de VAS-schaal, QoL zonder oro-myofunctionele problemen weergegeven op de VAS-schaal, de OHIP-NL14 totaalscore, de provincie en aanvullende gegevens weergegeven.

4.2.2. Resultaten RSES

De respondenten hebben de tien vragen uit de Rosenberg Self Esteem Scale ingevuld, waarvan de totaalscores in tabel 1 te vinden zijn. De totaalscore van de RSES kan variëren van 0 tot 30. Een hogere totaalscore is indicatief voor een meer positieve globale zelfwaardering. Scores tussen de 15 en 25 vallen binnen de normale grenzen, scores lager dan 15 wijzen op een laag gevoel van eigenwaarde. De respondenten scoorden een gemiddelde van 24 afgerond op de RSES met een minimum van 15 en een maximum van 29, zie tabel 2.

Descriptive Statistics					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
RSES	7	15	29	23,57	4,756
Valid N (listwise)	7				

Tabel 2. Schematische weergave van gemiddelde, minimum en maximum totaalscore RSES.

De waardes van de respondenten lagen binnen de normale grenzen. Deze wezen niet op een laag gevoel van eigenwaarde.

4.2.3. Resultaten VAS

De respondenten konden op een VAS-schaal aangeven met welk cijfer ze hun leven beoordeelden (QoLA) en welk cijfer ze zouden geven wanneer ze geen problemen meer zouden hebben met hun mond/gebit (QoLB). Uit de resultaten kwam naar voren dat de respondenten hun leven gemiddeld een 8,3 gaven. Wanneer ze geen problemen meer zouden hebben met hun mond/gebit, gaven ze hun leven een 8,4 (zie tabel 3).

Descriptive Statistics					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
QoLA	7	7,0	9,5	8,286	,9063
QoLB	7	7,5	9,5	8,429	,7319
Valid N (listwise)	7				

Tabel 3. Schematische weergave van gemiddelde, minimum en maximum QoLA en QoLB.

Opvallend was dat zes respondenten hetzelfde cijfer toekenden aan de beoordeling van de kwaliteit van hun leven met en zonder problemen met hun mond/gebit. Één respondent (F) zou zijn leven beter beoordelen als hij geen problemen meer zou hebben met zijn mond/gebit. Zie tabel 4 voor een schematische weergave van de cijfers die de respondenten hun leven toekenden met en zonder mond/gebitsproblemen.

Respondent	A	B	C	D	E	F	G
QoLA	9,5	9,0	9,0	7,5	8,0	8,0	7,0
QoLB	9,5	9,0	9,0	7,5	8,0	8,0	8,0

Tabel 4. Schematische weergave van de cijfers QoLA en QoLB per respondent.

4.2.4. Resultaten OHIP-14NL

Om de mondgezondheidsgerelateerde levenskwaliteit te meten hebben de respondenten de OHIP-NL 14 ingevuld. De scores van deze vragenlijst variëren van 0 tot 56. Hogere scores op de OHIP geven een lagere levenskwaliteit aan met betrekking tot de mondgezondheid. Normscores voor de OHIP-NL 14 zijn nog niet bepaald. De OHIP totaalscore van de respondenten lag tussen de 0 en 30, met een gemiddelde score van 8 afgerond (zie tabel 5).

Descriptive Statistics					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
OHIP	7	0	30	7,71	10,750
Valid N (listwise)	7				

Tabel 5. Schematische weergave van gemiddelde, minimum en maximum OHIP-NL14.

Zes respondenten scoorden tussen de 0 en 9 op de OHIP-NL14. Een respondent (F) scoorde respectievelijk hoger op de OHIP-NL14, namelijk een totaalscore van 30 (zie tabel 6). Deze respondent heeft ook als aanvullende gegevens aangegeven scheve tanden te hebben.

Respondent	A	B	C	D	E	F	G
OHIP	2	9	2	0	0	30	11

Tabel 6. Schematische weergave van de totaalscores op de OHIP-NL14 per respondent.

Wanneer er naar een verband wordt gezocht tussen de eigenwaarde en de mondgezondheidsgerelateerde levenskwaliteit, kan worden gezien dat wanneer er een lage score op de RSES wordt gescoord er een hogere score op de OHIP-NL14 is.

In onderstaande tabel (zie tabel 7) wordt bij respondent F een lagere score op de RSES gevonden Dit betekent dat deze respondent een lagere eigenwaarde ervoer. Wanneer bij deze respondent naar de score op de OHIP-NL14 wordt gekeken, is er een hogere score waar te nemen. Dit wil zeggen dat respondent F ten opzichte van de rest een lagere mondgezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven ervoer. Geconcludeerd kan er binnen dit onderzoek een mogelijk verband worden gezien van een lagere eigenwaarde en een lagere mondgezondheidsgerelateerde levenskwaliteit. Echter is deze bevinding gebaseerd op één positieve correlatie binnen een kleine onderzoekspopulatie, en is deze niet generaliseerbaar.

Respondent	A	B	C	D	E	F	G
RSES	27	27	22	21	29	15	24
OHIP	2	9	2	0	0	30	11

Tabel 7. Schematische weergave van de totaalscores op de RSES en de OHIP-NL14 per respondent.

5. Discussie & conclusie

Binnen deze thesis werd de volgende onderzoeksvraag gehanteerd: *”Wat is de invloed van oro-myofunctionele stoornissen op de eigenwaarde en de levenskwaliteit van adolescente OMFT-cliënten in de leeftijd van negen tot achttien jaar?”* Middels deze onderzoeksvraag is een semi-structureerd interview afgenomen bij vijf logopedisten en zijn zeven vragenlijsten ingevuld door cliënten. In dit hoofdstuk worden de belangrijkste resultaten en bevindingen kritisch bekeken en gekoppeld aan de onderzoeksvraag.

5.1. Beantwoording van de onderzoeksvraag

5.1.1. Interview logopedisten

Uit de resultaten van de interviews kan men concluderen dat de respondentengroep bestaande uit logopedisten geen invloed verwachten van oro-myofunctionele stoornissen op de eigenwaarde en levenskwaliteit van adolescente OMFT-cliënten in de leeftijd van negen tot achttien jaar. Dit omdat de ernst van een oro-myofunctionele stoornis niet groot is. De respondenten stelden dat er wel een invloed van de oro-myofunctionele stoornis op de eigenwaarde kon zijn, wanneer de stoornis zeer ernstig was. Hierbij gaven zij niet aan, wat zij verstonden onder een zeer ernstige oro-myofunctionele stoornis. Reden van deze visie is dat de respondenten een lage motivatie observeren en constateren bij adolescente OMFT-cliënten. Zij stelden dat de motivatie hoger zou zijn, wanneer de cliënt uit eigen beweging OMFT therapie zou volgen en echt beperkingen zou ondervinden door de stoornis in verband met eigenwaarde of levenskwaliteit. De adolescenten worden namelijk door de orthodontist doorverwezen, en zijn zich vaak niet er bewust van dat zij een niet-adequate slik hebben.

5.1.2. Cliënt onderzoek

Uit de resultaten van de door de onderzoekers aangepaste, Nederlandse versie van de Rosenberg Self Esteem Scale (Everaert et al., 2010) van het cliëntonderzoek blijkt dat de waardes van de onderzoekspopulatie cliënten binnen de normale grenzen liggen. Hieruit kan men concluderen dat er geen sprake is van een laag gevoel van eigenwaarde. Wat betreft de resultaten binnen dit onderdeel in verband met de levenskwaliteit kan men stellen dat de oro-myofunctionele stoornis ook geen invloed heeft op de levenskwaliteit. De respondenten beoordeelden hun leven met behulp van de Visuele Analoge Schaal met een ruim voldoende, gemiddeld een 8.3. Ook bleek uit dit gedeelte van het onderzoek dat het cijfer niet significant zou stijgen wanneer de respondenten géén oro-myofunctionele stoornis zouden hebben. Dan gaven zij hun leven een 8.4.

Op de mondgezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven lagen de scores van zes respondenten zeer laag, waarvan men voorzichtig kan stellen dat zij een hoge levenskwaliteit hebben met betrekking tot de mondgezondheid. Een overige respondent die aan gaf scheve tanden te hebben, scoorde hier in vergelijking met de eerder genoemde groep respondenten hoger. Van deze respondent kan men aannemen dat hij een lagere levenskwaliteit heeft met betrekking tot de mondgezondheid. Tevens is op te merken dat er waarschijnlijk een verband bestaat tussen de score die de respondent geeft voor de eigenwaarde en het score dat men geeft voor levenskwaliteit. Dit betekent dat men bij een lage eigenwaarde ook een lage levenskwaliteit zal scoren.

Conclusie:

Binnen dit onderzoek kan op basis van de verkregen resultaten vanuit zowel de interviews met de logopedisten als de vragenlijsten die ingevuld werden door OMFT-cliënten worden geconcludeerd dat oro-myofunctionele stoornissen géén invloed hebben op de eigenwaarde en de levenskwaliteit van adolescente OMFT-cliënten in de leeftijd van negen tot achttien jaar. Dit wil zeggen dat de H0 hypothese binnen het onderzoek aangenomen wordt. Verder is er op item niveau geconcludeerd binnen dit onderzoek dat een adolescente OMFT-cliënt met een lage eigenwaarde een lagere levenskwaliteit zal scoren.

5.2. Methodologische beperkingen

Na uitvoering van het onderzoek en interpretatie van de verkregen resultaten zijn verschillende methodologische beperkingen naar voren gekomen. Deze staan beschreven als: 5.2.1. methodologische beperkingen procedure, 5.2.2. methodologische beperkingen interviews, 5.2.3. methodologische beperkingen cliënt onderzoek.

5.2.1. Methodologische beperkingen procedure

- ✓ Na werving bleek zowel de onderzoekspopulatie bestaande uit cliënten als de onderzoekspopulatie bestaande uit logopedisten klein te zijn. Alhoewel het onderzoek explorerend van opzet was, betekent het kleine aantal respondenten dat men de resultaten vanuit het onderzoek niet kan generaliseren.
- ✓ Binnen het onderzoek is de ernst van de oro-myofunctionele stoornis bij iedere individuele cliënt niet gemeten of vastgesteld middels een betrouwbaar meetinstrument.
- ✓ Tijdens de presentatie van het onderzoek aan de kwaliteitskring OMFT, bleek de attitude van deze professionals niet geheel onbevooroordeeld. Ten eerste was er een aantal

logopedisten dat het raakvlak met de eigenwaarde en levenskwaliteit meer psychologisch van aard en professie vond in plaats van logopedisch. Kortom: zij vonden het niet hun taak om deze psychologische aspecten mee te nemen in hun professionele handelen. Ten tweede waren er een aantal logopedisten sceptisch over de uitkomst van het onderzoek. Gebaseerd op hun professionele ervaringen vonden een aantal logopedisten dat de onderzoeksvraag bij voorbaat negatief beantwoord kon worden. Hierop besloten zij niet deel te nemen aan het onderzoek. Men had een negatieve attitude ten opzichte van het onderzoek. Als laatste waren een aantal logopedisten van mening dat het onderzoek teveel tijd in beslag zou nemen. Mede hierdoor hebben de onderzoekers maar een beperkt aantal respondenten kunnen werven vanuit de kwaliteitskring OMFT.

5.2.2. Methodologische beperkingen interviews

- ✓ Bij afname van de interviews bleken de logopedisten verschillende achtergronden met betrekking tot de ervaring met OMFT te hebben. Één logopedist behandelde op het tijdstip van het interview pas vijf tot zes maanden cliënten volgens de OMFT. De meest ervaren logopedist behandelde al zes jaar cliënten volgens de OMFT. Deze verschillen in ervaring kunnen invloed hebben op de visie van elke logopedist ten opzichte van de OMFT en onderzoeksvariabelen eigenwaarde en levenskwaliteit. Een logopedist die al meerdere jaren OMFT-cliënten behandeld heeft meer ervaringen op kunnen doen en een sterkere visie op de cliëntdoelgroep, de OMFT en de oro-myofunctionele stoornis ten opzichte van een logopedist die pas een half jaar OMFT-cliënten behandeld.
- ✓ Tevens bleek bij de afname van interviews het aantal OMFT cliënten per praktijk sterk te variëren. Deze verschillen in ervaring kunnen mede invloed hebben op de visie van elke logopedist ten opzichte van de OMFT en onderzoeksvariabelen eigenwaarde en levenskwaliteit, en beïnvloeden de ervaring van de logopedisten.
- ✓ Het is goed mogelijk dat de logopedisten tijdens het interview sociaal wenselijke antwoorden hebben gegeven. Dit kan eveneens de resultaten binnen het onderzoek beïnvloeden.
- ✓ Bij het afnemen van de interviews is het mogelijk dat door de houding van de onderzoeker, de respondent sociaal wenselijke antwoorden gaf. Ook dient rekening te worden gehouden met het feit dat de onderzoeker mogelijk niet genoeg doorvroeg of de respondent aanvulde met zijn eigen woorden. Bovendien is de onderzoeker die de interviews afnam niet geschoold hierin. Er werden maar vier pre-interviews uitgevoerd

als training. Twee hiervan vonden plaats tussen beide onderzoekers. Bij de resterende interviews verleende een adolescent haar medewerking.

- ✓ Het is waarschijnlijk dat logopedisten hun persoonlijke gevoelens omtrent eigenwaarde en levenskwaliteit hebben geprojecteerd op hun cliënten. Dit kan de resultaten binnen het onderzoek beïnvloeden.
- ✓ De kennis van de logopedisten omtrent de onderzoeksvariabelen eigenwaarde en levenskwaliteit is niet voldoende. Ze baseren hun visie enkel op hun ervaringen en niet op evidence.

5.2.3. Methodologische beperkingen cliënt onderzoek

- ✓ Mogelijk zijn niet de juiste meetinstrumenten of aantal items binnen het cliënt onderzoek gebruikt, om tot de kern van de onderzoeksvraag te kunnen komen.
- ✓ Het design van dit onderzoek kan waarschijnlijk niet geschikt zijn om de onderzoeksvraag voldoende te beantwoorden.
- ✓ Bij de afname van de vragenlijst door de cliënten is geen toezicht geweest van de onderzoekers of logopedisten. Daarom is niet met zekerheid vast te stellen of de respondenten deze vragenlijst geheel zelfstandig hebben ingevuld. Denk hierbij aan beïnvloeding door ouders en omgeving.
- ✓ De instructie van de vragenlijst is alleen schriftelijk gegeven. Hierdoor is het mogelijk dat cliënten niet allen dezelfde interpretatie hadden van de instructie. Dit geldt ook voor de online enquête.
- ✓ Binnen het onderzoek is niet opgenomen waar de vragenlijst is ingevuld of hoe lang dit duurde. Dit bepaalde iedere cliënt zelf.
- ✓ Door het vereenvoudigen van de kwantitatieve meetinstrumenten kan de betrouwbaarheid van de vragenlijst beïnvloed zijn.
- ✓ Binnen het onderzoek is de ernst van de oro-myofunctionele stoornis niet meegenomen. Dit omdat logopedisten onder andere allen een andere werkwijze had om de ernst te classificeren.
- ✓ Bovendien is onbekend of de cliënt een beugel had. Dit gegeven kan tevens de resultaten binnen het onderzoek beïnvloeden.

Door bovenstaande punten kan men stellen dat de meting van het cliënt onderzoek niet zuiver is, maar beïnvloedbaar door meerdere factoren.

5.3. Resultaten onderzoek in vergelijking met het theoretische kader

In het literatuuronderzoek zijn er geen eerdere onderzoeken gevonden op logopedisch gebied met betrekking tot de onderzoeksvraag van deze thesis. Wel zijn er internationale onderzoeken gevonden vanuit orthodontische invalshoek. Deze onderzoeken waren gericht op de invloed van een malocclusie of slechte mondgezondheid op de eigenwaarde en levenskwaliteit bij adolescenten. Daarom is er besloten om de literatuur vanuit orthodontische invalshoek te gebruiken binnen deze thesis. De resultaten uit deze onderzoeken stonden deels haaks op de resultaten uit dit onderzoek. De volgende bevindingen kwamen uit de literatuur binnen het theoretisch kader (hoofdstuk 2) naar voren:

- ✓ Een slechte mondgezondheid kan het zelfbeeld en de eigenwaarde schaden, waardoor adolescenten zich zelfbewust en beschaamd kunnen voelen. Dit kan weer een weerslag hebben op de sociale interactie en communicatie (Huff et al., 2006). Uit de vragenlijsten ingevuld door de adolescente OMFT-cliënten kwam niet naar voren dat de oro-myofunctionele stoornis een invloed had op de eigenwaarde en levenskwaliteit bij adolescenten. Tevens gaven diverse logopedisten tijdens het interview aan dat de oro-myofunctionele stoornis naar hun mening niet ernstig genoeg was om de eigenwaarde en levenskwaliteit bij adolescente OMFT-cliënten te beïnvloeden. De logopedisten merkten op dat de adolescente cliënten niet bewust waren van de oro-myofunctionele stoornis. De cliënten kwamen niet uit eigen beweging maar werden verwezen door de orthodontist. Naar aanleiding van deze gegevens kan men stellen dat de logopedisten dit baseren op eigen ervaring, en niet vanuit de evidence. In vergelijking met de literatuur kan aangenomen worden dat een slechte mondgezondheid een ernstigere stoornisgraad heeft dan een oro-myofunctionele stoornis. Hierdoor kunnen de resultaten haaks op elkaar staan.
- ✓ Uit een literatuuronderzoek (Zhang et al., 2006) uitgevoerd in Hongkong kwam naar voren dat het hebben van een malocclusie pesten uitlokt. Een malocclusie zou namelijk invloeden hebben op de sociale aantrekkelijkheid. Dit kan tevens betekenen dat een malocclusie het uiterlijk zeker wel kan beïnvloeden. Tijdens de interviews gaven een aantal logopedisten aan dat er geen cliënten waren die werden gepest vanwege hun oro-myofunctionele stoornis. Daarom is het binnen het onderzoek van deze thesis niet duidelijk geworden of het uiterlijk/ de sociale aantrekkelijkheid en een eventuele malocclusie werd beïnvloed door de oro-myofunctionele stoornis.

- ✓ De eigenwaarde van adolescente meisjes bleek vaak lager en kwetsbaarder dan bij adolescente jongens. Meisjes maken zich meer zorgen over hun uiterlijk en sociale succes. (Feldman, 2005). Verder kwam uit een ander onderzoek naar voren dat een malocclusie een grotere impact had op de levenskwaliteit van meisjes (Scapini et al., 2012). Binnen het onderzoek van deze thesis werd vanuit de vragenlijst ingevuld door adolescente OMFT-cliënten, dit niet bevestigd. Één van de logopedisten gaf in het interview aan dat meisjes zich meer bewust waren van hun uiterlijk dan jongens en hier meer mee bezig kunnen zijn. Dit betekent dat de gegevens elkaar niet aanvullen. Het kan niet bewezen worden dat de eigenwaarde van meisjes lager is dan de eigenwaarde van jongens.
- ✓ In de literatuur is er een verband gelegd tussen eigenwaarde en de levenskwaliteit. De mondgezondheidsgelateerde levenskwaliteit kan onder andere worden geassocieerd met psychologische factoren waar de eigenwaarde onderdeel van is. (Bennadi & Reddy, 2013). Gesteld kan worden dat wanneer de cliënt een slechte eigenwaarde heeft, dit van invloed kan zijn op de levenskwaliteit. Uit de vragenlijst ingevuld door adolescente OMFT-cliënten is dit verband ook waar te nemen doordat een van de cliënten lagere eigenwaarde scoort en tevens zijn mondgezondheidsgelateerde levenskwaliteit lager inschat. Andere cliënten scoorden een hogere eigenwaarde en tevens een hogere mondgezondheidsgelateerde levenskwaliteit. De gegevens uit de literatuur en het onderzoek van deze thesis bekrachtigen elkaar.
- ✓ Bij een aantal onderzoeken uitgevoerd in Brazilië en Canada, waarin de impact van een malocclusie op het dagelijkse leven werd onderzocht, bleek dat een malocclusie een negatief effect had op de levenskwaliteit bij adolescenten. (Marques et al., 2006; Oliveira de & Sheiham, 2004; Scapini et al., 2012). Binnen het onderzoek van deze thesis werd bekeken of een oro-myofunctionele stoornis een invloed zou hebben op de levenskwaliteit. Uit de resultaten van de vragenlijsten kan waarschijnlijk worden aangenomen dat dit niet het geval is. Ook de logopedisten gaven aan dat zij geen invloed verwachtten van de oro-myofunctionele stoornis op de levenskwaliteit. Een mogelijke verklaring hiervoor is de ernst van de malocclusie ten opzichte van de oro-myofunctionele stoornis. De ernst van de malocclusie lijkt hierdoor ernstiger dan de ernst van de oro-myofunctionele stoornis.

5.4. Implicaties voor de praktijk

Aangaande het onderzoek binnen de thesis kunnen de volgende punten opgenomen worden als implicatie:

- ✓ Bij de werving voor het onderzoek binnen de kwaliteitskring bleek dat weinig logopedisten geïnteresseerd waren om mee te werken aan het onderzoek. Gezien het beperkte aantal wetenschappelijke onderzoeken op logopedisch vlak, hopen wij dat de attitude van logopedisten zich van negatief naar positief zal evolueren. De medewerking van logopedisten is namelijk van essentieel belang voor vele logopedische studies. Indien er meer logopedische wetenschappelijke onderzoeken uitgevoerd kunnen worden, zal de logopedist ook op een hoger evidence based level kunnen handelen. Dit heeft tevens een positieve invloed op het methodisch logopedisch handelen van de logopedist in de praktijk. Men kan op basis van evidence het professionele handelen specifieker onderbouwen.
- ✓ Uit het onderzoek blijkt dat de OMFT een stoornisgerichte therapie is. Er wordt tijdens de cursus en behandeling van cliënten geen aandacht besteed aan persoonlijke factoren zoals eigenwaarde en de levenskwaliteit van de cliënt, of gebruik gemaakt van het ICF- Y model om deze factoren te visualiseren. Het is aan te bevelen om het ICF-Y als werkmodel binnen de OMFT te gebruiken. Hierdoor is het mogelijk voor de logopedist om de eigenwaarde en levenskwaliteit als persoonlijke factoren binnen de OMFT mee te nemen en verder uit te diepen.

5.5. Aanbevelingen verder onderzoek

Vanuit het onderzoek binnen deze thesis zullen een aantal aspecten verder belicht of onderzocht kunnen worden:

- ✓ Om de invloed van oro-myofunctionele stoornissen op de eigenwaarde en levenskwaliteit van adolescente OMFT-cliënten tussen de negen en achttien jaar uitgebreider en concreter te kunnen onderzoeken, wordt aanbevolen eenzelfde onderzoek als het onderzoek binnen deze thesis uit te voeren op grotere schaal. Zo kunnen de resultaten die verkregen worden beter worden gegeneraliseerd en ontstaat er een beter beeld over het onderwerp van deze thesis.
- ✓ Verder is het raadzaam om de betrouwbaarheid en validiteit van de kwantitatieve meetinstrumenten die binnen dit onderzoek zijn toegepast verder te onderzoeken. Dit omdat deze meetinstrumenten aangepast zijn door de onderzoekers, wat de betrouwbaarheid en de validiteit van de meetinstrumenten beïnvloedt. Wanneer deze

meetinstrumenten aangepast kunnen worden en hierdoor de betrouwbaarheid en validiteit stijgt, is het daarop volgende onderzoek van betere kwaliteit.

- ✓ Wanneer de meetinstrumenten zijn getoetst op validiteit en betrouwbaarheid en deze zijn aangepast, kan een verder onderzoek gestart worden naar de toepasbaarheid van deze instrumenten in de logopedische praktijk. Zo kan de logopedist de eigenwaarde en levenskwaliteit meenemen binnen de behandeling volgens de OMFT.

5.6. Conclusie

Binnen deze thesis werd een explorerend onderzoek uitgevoerd naar de invloed van oro-myofunctionele stoornissen op de eigenwaarde en levenskwaliteit van adolescente OMFT-cliënten in de leeftijd van negen tot achttien jaar. Op basis van de verkregen resultaten kan men over het algemeen voorzichtig aannemen dat oro-myofunctionele stoornissen géén invloed hebben op de eigenwaarde en de levenskwaliteit van adolescente OMFT-cliënten in de leeftijd van negen tot achttien jaar. Uit de gegevens vanuit de door de adolescente OMFT-cliënten ingevulde vragenlijst blijkt dat geen enkele cliënt invloed ervaart van de oro-myofunctionele stoornis op de eigenwaarde en levenskwaliteit. Deze resultaten zijn evenmin te generaliseren vanwege de kleine onderzoekspopulatie. Verder bleek uit de interviews die afgenomen werden bij logopedisten die volgens de OMFT behandelen, dat de stoornis waarschijnlijk niet ernstig genoeg was om enige invloed te hebben op de eigenwaarde en/of levenskwaliteit. De respondenten verwachtten alleen bij zeer ernstige oro-myofunctionele stoornissen een mogelijk lagere eigenwaarde te observeren. Deze resultaten zijn evenmin generaliseerbaar vanwege de kleine onderzoekspopulatie.

6. Literatuur

Agou, S., Locker D., & Tompson, B. (2008) Impact of self-esteem on the oral-health-related quality of life of children with malocclusion. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*, number 4, 484-489.

Agou, S. (2009). Oral health related quality of life outcomes of orthodontics in children. *A dissertation submitted in conformity with the requirements for the degree of Doctor of Philosophy*. University of Toronto.

Baarda, D.B. , & de Goede, M.P.M. (2001) *Basisboek Methoden en technieken. Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van onderzoek*.(eerste druk) Groningen: Wolters- Noordhoff b.v.

Baarda, D.B. , de Goede, M.P.M. & Kalmijn M. (2000) *Enquêteren en gestructureerd interviewen*. (eerste druk) Houten: Educatieve Partners Nederland b.v.

Bennadi, D., & Reddy, C. V. K. (2013). Oral health related quality of life. *Journal of International Society of Preventive and Community Dentistry*, 3(1), 1-6.

Bigenzahn W., Fischman L., Mayrhofer-Krammel U. (1992). *Myofunctional Therapy in Patients with Orofacial Dysfunctions Affecting Speech*. *Folia Phoniatr* 1992;44:238–244. Austria.

Boeije, H. (2005). *Analyseren in kwalitatief onderzoek: denken en doen*. Amsterdam: Boom onderwijs.

Bolman, C. A. W. (2010). *Gezondheidspsychologie bij patiënten*: Open Universiteit.

Caskey, M. M., Cripps, K., & Zyromski, B. (2009). Adolescents' Psychological Well-Being and Perceived Parental Involvement: Implications for Parental Involvement in Middle Schools. *RMLE Online: Research in Middle Level Education*, 33(4).

Craeynest, P. (2013) *Psychologie van de levensloop*. Den Haag: Acco uitgeverij.

- De Laet, M., Offermans, P., & Toye, P. (2004). *Marktonderzoek* (7 ed.). Antwerpen: De Boeck.
- DiBiase, A. T., & Sandler, P. J. (2001). Malocclusion, Orthodontics and Bullying. *Orthodontics, Dent Update* 2001; 28: 464–466
- Diong, S. M., Bishop, G. D., Enkelmann, H. C., Tong, E. M. W., Why, Y. P., Ang, J. C. H. et al. (2005). Anger, stress, coping, social support and health: Modelling the relationships. *Psychology and Health*, 20, 467–495.
- Everaert, J., Koster, E. H.W., Schacht, R., & De Raedt, R. (2010). Evaluatie van de psychometrische eigenschappen van de Rosenberg zelfKort instrumenteelwaardeschaal in een poliklinisch psychiatrische populatie. *Kort instrumenteel. Gedragstherapie*, 43, 307-317.
- Feldman, R. S., & Walsmit, V. (2005). *Ontwikkelingspsychologie*: Centraal Boekhuis.
- Franck, E., De Raedt, R., Barbez, C., & Rosseel, Y. (2008). Psychometric properties of the Dutch Rosenberg Self-Esteem Scale. *Psychologica Belgica*, 48, 25-35.
- Gibson, D. M., & Jefferson, R. N. (2006). The effect of perceived parental involvement and the use of growth-fostering relationships on self-concept in adolescents participating in GEAR UP. *Adolescence*, 41, 111–125
- Grol, R., & Wensing, M. (2011). *Implementatie. Effectieve verbetering van de patiëntenzorg*. (4 ed.). Amsterdam: Reed Business.
- Huff, M., Kinion, E., Kendra, M. A., & Klecan, T. (2006). Self-Esteem: A Hidden Concern in Oral Health. *Journal of Community Health Nursing*, 23(4), 245-255.
- Jansonius-Schultheiss, K., van Coppenolle, L., & Beyaert, E. (2009). *Afwijkende mondgewoonten: inleiding, onderzoek en behandeling* (Negende druk). Leuven: Acco.
- Lente, J. van. (2005). Logopedie en pulpotomie in de kindertandheelkunde. *Tandartspraktijk*, jaargang 26, nr.7.

Lommers, E. (2012). Psychotherapie Praktijk Gouda, kinderen, jeugd en volwassenen. Opgeroepen op augustus 15, 2013, van <http://psychotherapiegouda.praktijkinfo.nl/pagina/29/experientieleclientgerichte-benadering/>.

Loosveldt, G., Maes, C., & Welkenhuysen-Gybels, J. (2007). *Basisconcepten van de beschrijvende statistiek* (4 ed.). Leuven: Acco.

Marques, L. S., Ramos-Jorge, M. L., Paiva, S. M., & Pordeus, I. A. (2006). Malocclusion: Esthetic impact and quality of life among Brazilian schoolchildren. *American journal of orthodontics and dentofacial orthopedics : official publication of the American Association of Orthodontists, its constituent societies, and the American Board of Orthodontics*, 129(3), 424-427.

Mason, R.M. (2008). A Retrospective and Prospective View of Orofacial Myology. *International Journal of Orofacial Myology*. Volume 34.

Meulen, M.J. van der, Lobbezoo, F., John, M.T. & Naeije, M. (2011). *Oral health impact profile: meetinstrument voor de invloed van de mondgezondheid op de levenskwaliteit*. Nederlands Tijdschrift voor Tandheelkunde, 118(3), 134-139.

Molen, H.T. van der, Perreijn, S. & Hout, M.A. van der (2007). *Klinische psychologie. Theorieën en psychopathologie*. Groningen/Heerlen: Wolters-Noordhoff/Open Universiteit Nederland.

Oliveira de, C. M., & Sheiham, A. (2004). Orthodontic treatment and its impact on oral health-related quality of life in Brazilian adolescents. *Journal of Orthodontics*, 31(1), 20-27. doi: 10.1179/146531204225011364

Peters, H.f.m., Bastiaanse, R., Borsel, J. van, Dejonckere, P.H.O., Jansonijs-Schultz, K., Melen, S.J. Van der, Mondelaers, B.J.E. (2001). *Handboek Stem-, Spraak-, Taalpathologie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Powell, J. (2005). *Self-Esteem*: Smart Apple Media.

Scapini, A., Feldens, C. A., Ardenghi, T. M., & Kramer, P. F. (2012). Malocclusion impacts adolescents' oral health-related quality of life. *The Angle Orthodontist*. doi: 10.2319/062012-509.1

Simons, M. (2009). Myofunctionele therapie. *Standby*. Volume 23, Issue 3 , pp 6-9
SRO; Competentieprofiel *Compass*. (maart 2007). Diverse opleidingen Logopedie. Drukkerij SchrijenLippertzHuntjens.

Teunissen, F.C.C. (1997). *Schadelijke mondgewoonten. Logopedische en tandheelkundige aspecten* (Tweede druk). Leuven: Acco.

Tieleman, M. (2007). *Levensfasen; de psychologische ontwikkeling van de mens*. Amsterdam: Boom onderwijs

Verhulst, F. C. (2008). *De ontwikkeling van het kind*: Koninklijke Van Gorcum

Verlinden, B. P. M., & Helderop, P. (2008a). Oromyofunctionele therapie (1) Belastend of belovend?, *Tandartspraktijk juli 2008*.

Verlinden, B. P. M., & Helderop, P. (2008b). Oromyofunctionele therapie (3) Voorkom relaps door OMFT, *tandartspraktijk oktober 2008*

Verrips, G. H.W. (2011). Een beter leven door een gezonde mond? *Nederlands Tijdschrift voor Tandheelkunde*, 118, 123-125.

Warren, R. (1999). *Oral health for all: Policy for available, accessible, and acceptable care*. Washington, DC: Center for Policy Alternatives.

WHO. (2008). *International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF-CY): Children and Youth Version*: World Health Organization.

Wielemans, W. (2000). Ingewikkelde ontwikkeling: opvoeding en onderwijs in relatie tot maatschappij en cultuur: ACCO.

Wouters, E. J. M., & Canters, N. (2011). *Kwaliteit van leven: diverse perspectieven op het begrip kwaliteit van leven in de gezondheidszorg*: Boom Lemma.

Zhang, M., McGrath, C. & Hägg, U. (2006) The impact of malocclusion and its treatment on quality of life: a literature review. *International journal of Paediatric Dentistry*, 16,381-387.

7. Bijlagen

Bijlage I. Correspondentie Logopedisten

Geachte mevrouw H.,

Hierbij vragen wij uw aandacht en medewerking inzake onze thesis.

In het kader van de opleiding Logopedie aan Zuyd Hogeschool schrijven wij een thesis met als onderwerp: “*veroorzaken scheve tanden een scheef zelfbeeld?*”

De vraagstelling in het onderzoek betreft: *Wat is de invloed van oro- myofunctionele problemen op de eigenwaarde en levenskwaliteit van adolescenten in de leeftijd van 9- 18 jaar?*

Zou het mogelijk zijn dat wij onze thesis mondeling op een van uw eerstvolgende OMFT-kring bijeenkomsten komen presenteren? Graag zullen we hierbij ook de werkwijze van ons onderzoek toelichten.

We hopen snel van u te horen! Alvast hartelijk dank voor uw medewerking.

Met vriendelijke groet,

Simone Kramer en Cindy Kengen

Omftthesis2014@gmail.com

Studenten opleiding logopedie

ZUYD Hogeschool Heerlen

Bijlage II. Correspondentie logopedisten

Zuyd Hogeschool

Opleiding Logopedie

Contactpersoon: Simone Kramer

Telefoon: +31615018028

E-mail: omftthesis2014@gmail.com

Onderwerp: Onderzoek oro-myofunctionele stoornissen in relatie tot levenskwaliteit en eigenwaarde.

Heerlen, 4 februari 2014

Beste mevrouw,

U bent recent benaderd met de vraag of u interesse heeft om deel te nemen aan een onderzoek van studenten logopedie aan Zuyd Hogeschool over *de invloed van oromyofunctionele stoornissen op de levenskwaliteit en eigenwaarde van jeugdige OMFT-cliënten*. Over dit onderzoek hebben wij u mondeling geïnformeerd. Wij willen u bedanken dat u heeft besloten om deel te nemen aan het onderzoek.

Opzet van het onderzoek

Binnen het onderzoek worden gegevens verzameld middels twee subonderzoeken:

- Ten eerste door een interview bij u, de logopediste, af te nemen. Hierbij vragen we naar uw visie en expertise met betrekking tot onze onderzoeksvraag. Het interview duurt maximaal 30 minuten en wordt opgenomen na uw toestemming.
- Ten tweede vragen we u een vragenlijst af te nemen bij de cliënten. Het doel van deze vragenlijst is het verzamelen van achtergrondinformatie, en het meten van kwaliteit van leven en eigenwaarde. Het invullen van de vragenlijst duurt maximaal 15 minuten en meet de volgende items en gegevens:

- Eigenwaarde d.m.v. Rosenbergschaal
- Kwaliteit van leven d.m.v. van vragenlijst en Visuele Analoge Schaal
- Ernst stoornis: vragenlijst , ingevuld door logopedist adhv onderzoek intake.

Vertrouwelijkheid van de gegevens

Alle gegevens van het onderzoek worden vertrouwelijk behandeld. De gegevens uit de vragenlijst en gesproken teksten zullen anoniem verwerkt worden. Alleen bevoegde personen binnen de opleiding zullen toegang hebben tot de gegevens die betrekking hebben op het onderzoek. Hierdoor wordt uw privacy gewaarborgd. U heeft inzage in uw eigen geregistreerde gegevens en resultaten, die verzameld zijn tijdens het onderzoek.

Vrijwilligheid van deelname

De deelname aan het onderzoek is geheel vrijwillig. Als u eenmaal aan het onderzoek begonnen bent, heeft u de mogelijkheid op ieder moment te stoppen, zonder opgaaf van reden.

Resultaten van het onderzoek

De resultaten van dit onderzoek en de methoden die zullen worden ontwikkeld op basis van dit onderzoek zullen worden gepresenteerd tijdens de presentaties van de Bachelorthesissen Logopedie op 1 juli 2014 aan de Zuyd Hogeschool te Heerlen.

Tot slot

Wanneer u besluit deel te nemen aan dit onderzoek wordt u gevraagd de bijgevoegde toestemmingsverklaring te ondertekenen en te retourneren aan de onderzoekers.

Klachten of vragen

Mocht u voor, tijdens of na het onderzoek vragen of klachten hebben met betrekking tot de inhoud en/of het verloop van het onderzoek of mochten er nog vragen zijn naar aanleiding van deze brief dan kunt u contact opnemen met Simone Kramer. De contactgegevens staan vermeld rechtsboven aan het begin van deze brief.

Met vriendelijke groeten,

Cindy Kengen en Simone Kramer
Studenten Logopedie Zuyd Hogeschool

Bijlage III Toestemmingsbrief ouders

Zuyd Hogeschool

Opleiding Logopedie

Contactpersoon: Simone Kramer

Telefoon: +31615018028

e-mail: omftthesis2014@gmail.com

Onderwerp: Onderzoek Oro-myofunctionele stoornissen in relatie tot levenskwaliteit en eigenwaarde

Heerlen, 4 februari 2014

Beste ouder(s), verzorger(s),

Via deze brief willen wij u op de hoogte stellen van een onderzoek uitgevoerd door studenten Logopedie van de Zuyd Hogeschool te Heerlen.

In dit onderzoek wordt *de invloed van oro-myofunctionele stoornissen op de levenskwaliteit en eigenwaarde* bij uw kind onderzocht.

Een oro-myofunctionele stoornis zorgt voor een verstoord evenwicht in het functioneren van de spieren in en om de mond. De belangrijkste orale myofunctionele afwijkingen zijn een verkeerde rustpositie van de tong, mondademen, afwijkend slikken en duimzuigen. Een oro-myofunctionele stoornis kan de vorm van het gebit en/of de kaken negatief beïnvloeden, maar ook een verkeerde uitspraak veroorzaken.

In de puberteit ontwikkelt uw kind zijn/haar eigenwaarde, hiermee bedoelen we hoe een kind denkt en voelt over zichzelf. Verder zou een oro-myofunctionele stoornis van invloed kunnen zijn op de levenskwaliteit, hiermee bedoelen we het lichamelijk, psychologisch en sociaal functioneren van een persoon. Om die reden willen wij uw kind over hun oro-myofunctionele stoornis in relatie tot zijn/haar eigenwaarden en zijn/haar levenskwaliteit vragen stellen. In deze brief wordt het onderzoek verder uitgelegd en wij hopen dat u en uw kind na het lezen hiervan enthousiast zijn geworden om deel te nemen.

Wat houdt het onderzoek in?

Wij willen graag verschillende aspecten en relaties onderzoeken die te maken hebben met oro-myofunctionele stoornissen. Er is een meetmoment, waarbij vragen via een vragenlijst aangeboden worden aan uw kind. Uw kind vult deze vragenlijst in onder begeleiding van zijn of haar logopedist. Het invullen hiervan neemt maximaal 20 minuten in beslag. Het meetmoment is gepland van eind februari tot het midden van de maand maart.

Voor het testen hoeft u als ouder/verzorger niet te reizen. Het onderzoeksteam zorgt er namelijk voor dat de vragenlijsten bij de logopedist in te vullen zijn. Deelname aan dit onderzoek zal behalve de tijdsbelasting géén verder risico of ongemak met zich meebrengen.

Vrijwilligheid van deelname

Uw medewerking aan dit onderzoek is vrijwillig. Als u toestemming geeft om aan dit onderzoek mee te doen, heeft u te allen tijde de vrijheid om op die beslissing terug te komen. U hoeft hiervoor geen reden op te geven.

Vertrouwelijkheid van gegevens

U kunt ervan verzekerd zijn dat alle gegevens die tijdens dit onderzoek onder code (d.w.z. zonder vermelding van uw naam en adres) over u en uw kind verzameld worden, vertrouwelijk behandeld worden. Niet-bevoegde buitenstaanders hebben géén inzage in uw gegevens.

Deelname

Mocht u naar aanleiding van wat u gelezen heeft in deze informatiebrief toestemmen met deelname van uw kind, dan kunt u bijgevoegde toestemmingsformulier ondertekend inleveren bij de behandelend logopedist van uw kind.

Tot slot

Mocht u naar aanleiding van de informatie nog vragen hebben met betrekking tot dit onderzoek dan kunt u contact opnemen met Simone Kramer via het telefoonnummer en/of emailadres rechtsboven vermeld in deze brief.

Met vriendelijke groet,

Simone Kramer en Cindy Kengen,

Studenten Logopedie Zuyd Hogeschool

Bijlage IV. E-mail internetenquête

Geachte logopedist,

Hierbij vragen wij uw aandacht en medewerking inzake onze thesis.

In het kader van de opleiding Logopedie aan Zuyd Hogeschool schrijven wij een thesis met als onderwerp: “veroorzaken scheve tanden een scheef zelfbeeld?”

De vraagstelling in het onderzoek betreft: Wat is de invloed van oro- myofunctionele problemen op de eigenwaarde en levenskwaliteit van adolescenten in de leeftijd van 9- 18 jaar?

Binnen ons onderzoek zijn wij op zoek naar adolescente OMFT cliënten binnen uw praktijk in de leeftijd van 9-18 jaar om een korte vragenlijst van circa 15 minuten in te vullen. Deze kunnen zij zelfstandig en online invullen onder de volgende link: <http://www.thesistools.com/web/?id=403576>

Heeft u misschien de tijd om ons te helpen? Alvast hartelijk dank voor uw medewerking.

Met vriendelijke groet,

Simone Kramer en Cindy Kengen

Omftthesis2014@gmail.com

Studenten opleiding logopedie

ZUYD Hogeschool Heerlen

Bijlage V. Aangepaste versie Rosenberg Self Esteem Scale

Rosenberg Zelfwaardeschaal (Franck, E., De Raedt, R., Barbez, C., & Rosseel, Y., 2008)

Hieronder vind je 10 zinnen die gaan over hoe je je voelt over jezelf.

- ✓ Als je het helemaal eens bent met de zin, dan kleur je het rondje onder ‘Helemaal mee eens’.
- ✓ Als je het eens bent met de zin, dan kleur je het rondje onder ‘Mee eens’.
- ✓ Als je het niet eens bent met de zin, dan kleur je het rondje onder ‘Niet mee eens’.
- ✓ Als je helemaal niet eens bent met de zin, dan kleur je het rondje onder ‘Helemaal niet mee eens’.

	Helemaal mee eens	Mee eens	Niet mee eens	Helemaal niet mee eens
1. Ik ben tevreden met mijzelf.	☐	☐	☐	☐
2. Soms denk ik dat ik helemaal niet goed genoeg ben.(Dat ik niet deug.)	☐	☐	☐	☐
3. Ik heb het gevoel dat ik een paar dingen goed kan. (Denk maar aan vakken op school of hobby's.)	☐	☐	☐	☐
4. Ik kan dingen even goed als de meeste andere mensen.	☐	☐	☐	☐
5. Ik heb het gevoel dat ik niet veel heb om trots op te zijn.	☐	☐	☐	☐
6. Soms heb ik het gevoel dat ik niet nodig ben.	☐	☐	☐	☐
7. Ik heb het gevoel dat ik belangrijk ben, net zo belangrijk als anderen.	☐	☐	☐	☐
8. Ik wou dat ik meer respect voor mezelf had.	☐	☐	☐	☐
9. Ik vind mijzelf een mislukkeling.	☐	☐	☐	☐
10. Ik denk positief over mezelf.	☐	☐	☐	☐

Nederlandse vertaling door Erik Franck & Rudi De Raedt, Universiteit Gent, Vakgroep Experimenteel-Klinische en Gezondheidspsychologi. .Aangepast door Cindy Kengen en Simone Kramer, Studenten Logopedie te Zuyd Hogeschool,Heerlen.

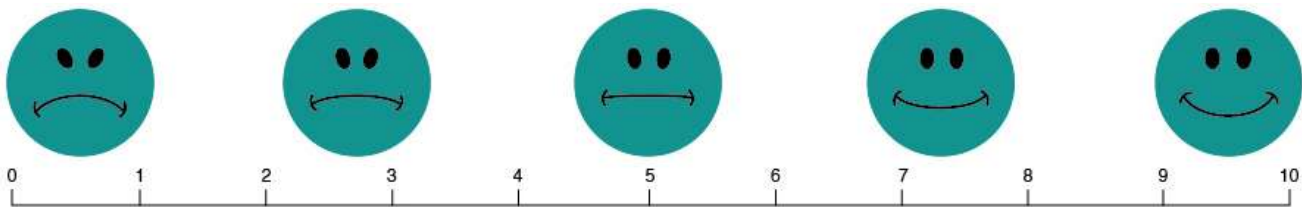
Bijlage VI. Visuele Analoge Schaal

Algemene kwaliteit van leven. (Kengen C., Kramer S., 2014)
Hieronder vind je de tweede vragenlijst. De vragen die je hier leest, gaan over welk cijfer je je leven, geeft. Je gaat je leven een cijfer van 0 tot en met 10 geven.

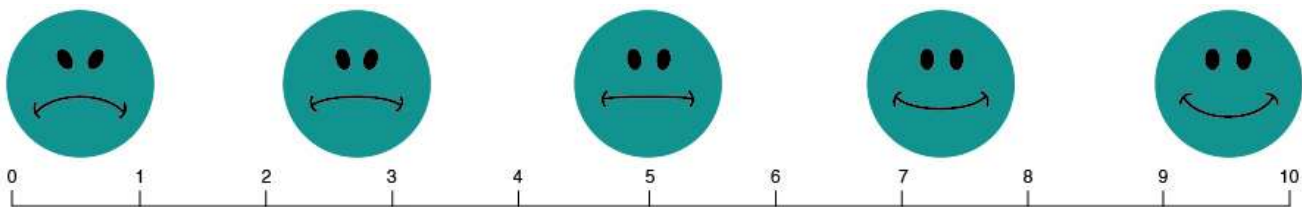
De volgende betekenis wordt aan de cijfers gekoppeld:

1: zeer slecht
2: slecht
3: zeer zwaar onvoldoende
4: zwaar onvoldoende
5: onvoldoende
6: voldoende
7: ruim voldoende
8: goed
9: zeer goed
10: uitmuntend

Vraag 1: Geef hieronder aan welk cijfer jij jouw leven op dit moment geeft .



Vraag 2: Stel je voor dat je geen problemen (meer) hebt met je mond/gebit: Welk cijfer geef jij jouw leven dan?



Bijlage VII. Aangepaste versie OHIP-NL14

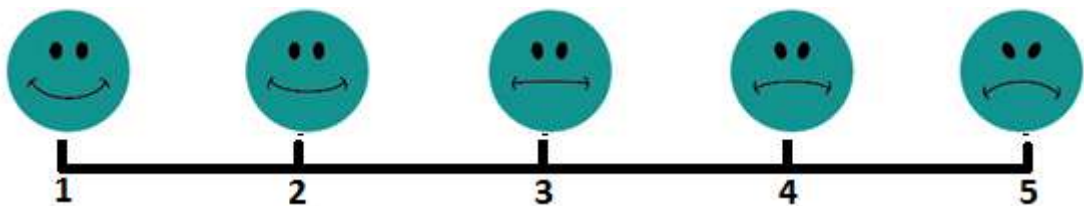
OHIP-NL14 Nederlandse vertaling van de verkorte versie van de Oral Health Impact Profile door Van der Meulen et al, 2011. Vragenlijst aangepast door Kengen C., Kramer S., studenten Logopedie aan Zuyd Hogeschool.

De volgende vragenlijst gaat over de gezondheid van je gebit en mond.

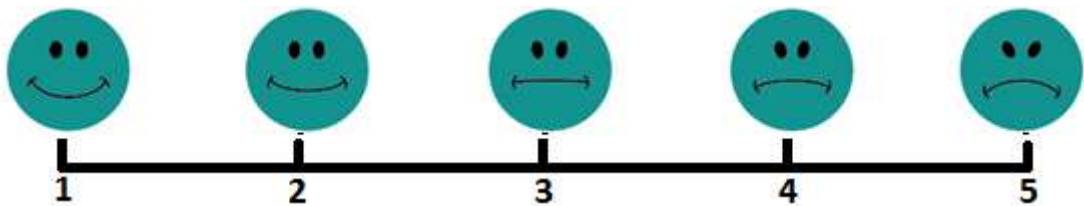
Geef bij de klachten en problemen hieronder aan, hoe vaak je er last van hebt gehad in de afgelopen maand. Omcirkel het cijfer dat bij jou van toepassing is.

1: nooit last van gehad
2: bijna nooit last van gehad
3: soms last van gehad
4: vaak last van gehad
5: heel vaak last van gehad

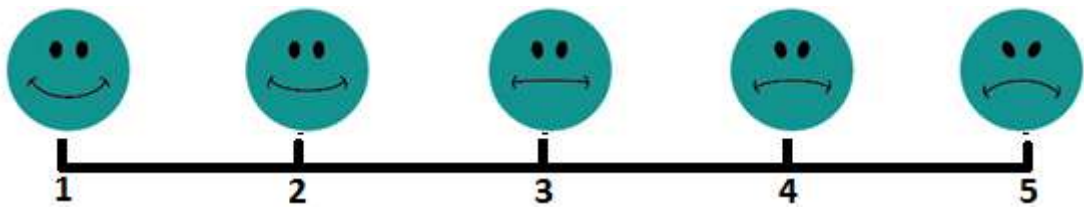
1. Heb je moeite gehad met het uitspreken van bepaalde woorden, door problemen met je gebit/mond?



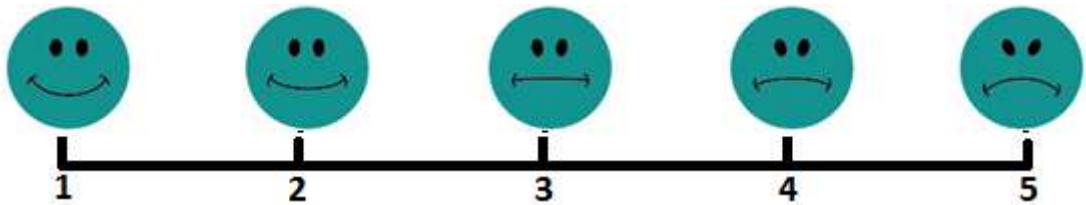
2. Heb je het gevoel gehad dat je minder proefde tijdens het eten of drinken, door problemen met je gebit/mond?



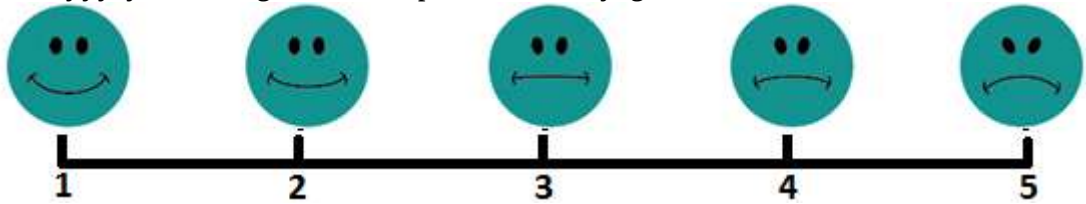
3. Heb je pijn in je mond gehad?



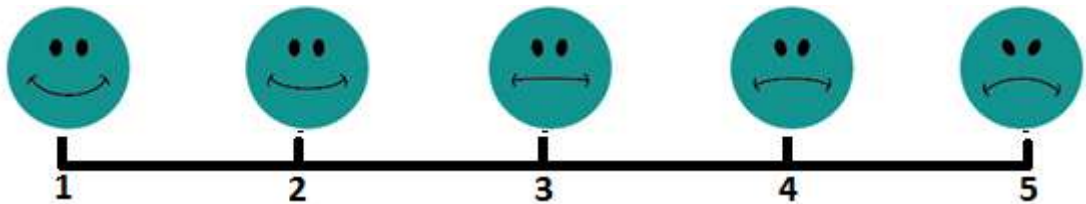
4. Heb je moeite gehad om iets te eten door problemen met je gebit/mond?



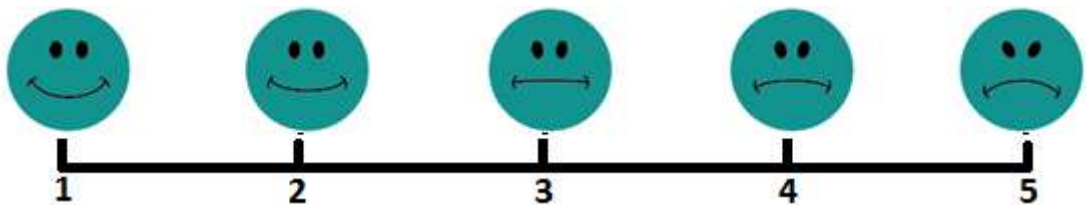
5. Heb jij je onzeker gevoeld door problemen met je gebit/mond?



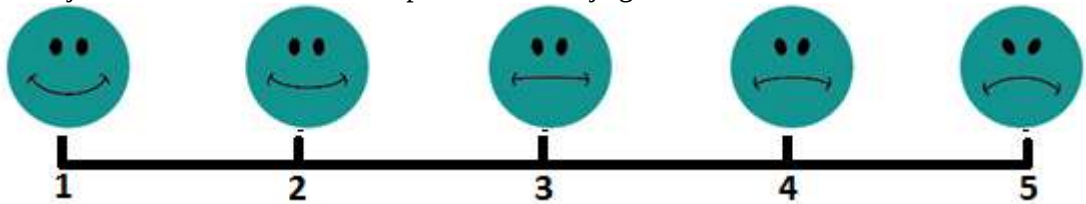
6. Heb jij je zenuwachtig of bang gevoeld door problemen met je gebit/mond?



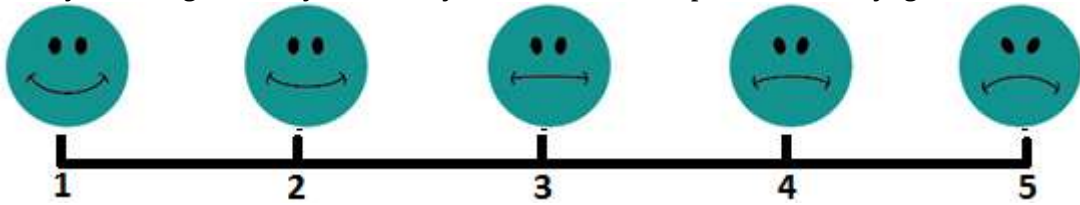
7. Is je eten wel eens te hard geweest om te kauwen, door problemen met je gebit/mond?



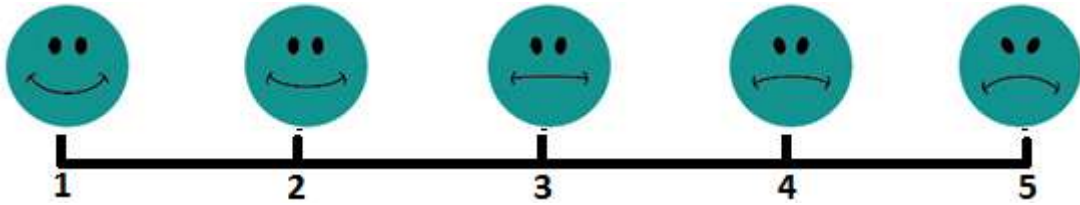
8. Heb je iets niet kunnen eten door problemen met je gebit/mond?



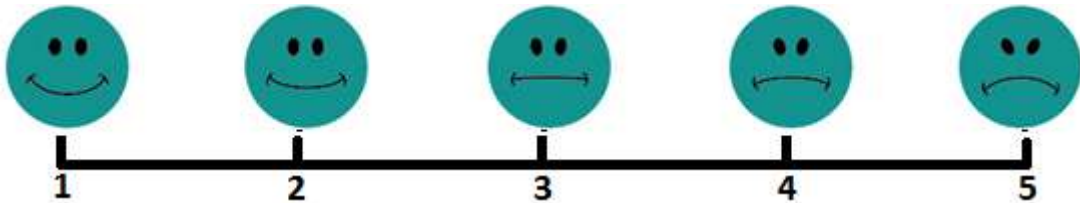
9. Heb je moeite gehad om je lekker in je vel te voelen door problemen met je gebit/mond?



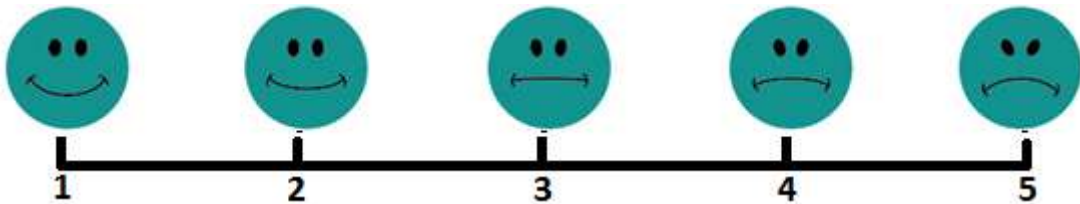
10. Heb jij je niet op je gemak gevoeld door problemen met je gebit/mond?



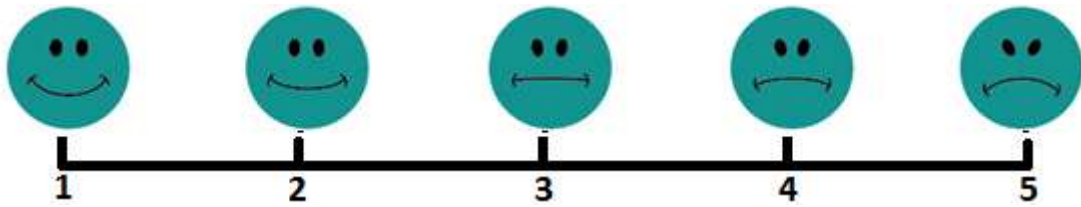
11. Ben je een beetje boos geweest op andere mensen door problemen met je gebit/mond?



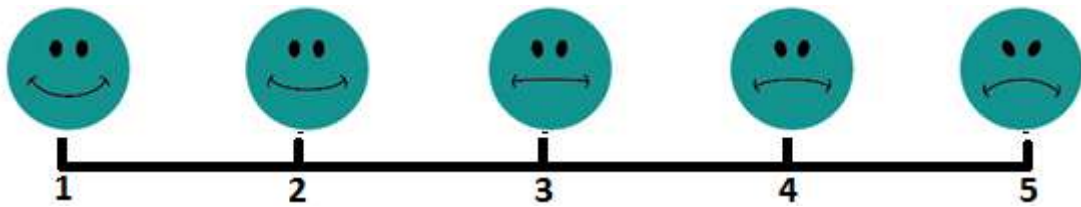
12. Heb je moeite gehad met dingen die je iedere dag doet, door problemen met je gebit/mond? Denk maar aan: eten of praten.



13. Heb je het gevoel gehad dat je leven minder goed is door problemen met je gebit/mond?



14. Heb je iets helemaal niet kunnen doen door problemen met je gebit/mond?



Bijlage VIII. interview logopedisten

Subtopic	Topic	Vraag
- Behandelend logopedisten OMFT	<i>Achtergrondgegevens Logopedisten</i>	- Waarom heeft u besloten om een OMFT specialisatie te volgen? - Welke OMFT cursus heeft u gevolgd? (Helderop & Verlinden) - Sinds wanneer behandelt u cliënten volgens de OMFT? - Vanaf welke leeftijd zijn de OMFT cliënten die u behandelt? Tot welke leeftijd? - Welke leeftijdsgroep OMFT cliënten is het grootst? - Bestaat de groep OMFT cliënten overwegend uit jongens of meisjes?
- Grootte populatie adolescente OMFT-clënten - Ervaring adolescente OMFT-clënten - Motivatie adolescente OMFT-clënten	<i>Achtergrondgegevens onderzoekspopulatie</i>	- Hoe groot is de doelgroep adolescente OMFT-clënten binnen de praktijk? - Wat zijn uw bevindingen over doelgroep? Boekt deze groep een duidelijke vooruitgang? - Hoe is hun motivatie m.b.t. de OMFT ? - Hoe is de motivatie m.b.t. de oefeningen binnen de OMFT? - Als u deze doelgroep vergelijkt met : een doelgroep van 6 tot 9 jaar , en een doelgroep van 19 jaar en ouder, welke verschillen en overeenkomsten kunt u dan benoemen

- OMFT in de praktijk - Effectiviteit OMFT	<i>Inhoud OMFT</i>	- Hoe verloopt OMFT in de praktijk? Ziet iedere OMFT cyclus er standaard hetzelfde uit? - Wat vindt u van de effectiviteit van de OMFT m.b.t. het therapiesucces? Verzekerd het volgen van een OMFT cyclus het verhelpen van de oro-myofunctionele stoornis? Ja/nee, waarom wel, waarom niet, kort en lange termijn? - Is er sprake van Symptoomafname en welke? Bijvoorbeeld: slikken, articulatie beter, kauwen, maar ook meer zelfvertrouwen, meer vrienden, betere schoolprestaties? - Betreft u bewust het ICF als hulpmiddel bij het behandelen van Oro-myofunctionele stoornissen?
- Eigenwaarde adolescente OMFT-cliënten - Levenskwaliteit adolescente OMFT-cliënten - Rekening houden met eigenwaarde en levenskwaliteit door logopedist	<i>Invloed van oro-myofunctionele problemen op eigenwaarde en levenskwaliteit bij adolescente OMFT-cliënten</i>	- Wat verstaat u onder eigenwaarde? - Onze definitie van eigenwaarde geven.... Kunt u zich in deze definitie vinden? - Wat verstaat u onder levenskwaliteit? - Onze definitie van levenskwaliteit geven.... Kunt u zich in deze definitie vinden? - Wat merkt u aan de eigenwaarde bij adolescente OMFT-cliënten? Is deze bijv. in het begin laag of neemt deze toe etc.? - Zijn sommige cliënten depressief vanwege hun oro-myofunctionele stoornis? - Worden sommige cliënten gepest vanwege hun oro-myofunctionele stoornis? Zo ja, waar merkt u dat aan? - Wat merkt u aan de levenskwaliteit bij de adolescente OMFT-cliënten?

		- Hoe houdt u rekening met de eigenwaarde en levenskwaliteit? <i>(Bespreek u dit? Linkt u dit aan spraak/ taal en aan OMFT? Of worden sommige cliënten geadviseerd contact op te nemen met een psycholoog? Wanneer wel en wanneer niet?</i> <i>Hoe luidt de verwijzingsvraag richting de huisarts met betrekking tot psychologie?)</i> - Denkt u dat er een invloed van oro-myofunctionele problemen op eigenwaarde en levenskwaliteit bij adolescente OMFT-cliënten is? Waarom wel/niet? - Hoe ziet u uw rol bij OMFT ? - Wat is volgens u het doel van OMFT?
--	--	---

Bijlage IX. Codeboom interviews logopedisten

Logopedist	
<u>OMFT specialisatie</u>	• Punten kwaliteitsregister • Interessant en als aanvulling • Aanmeldingen OMFT gestegen • Aanmeldingen van een specifieke orthodontist • cursus Helderop en Verlinden • op basis van evidence handelen kunnen onderbouwen •
<u>Rol</u>	• begeleider proces waarborgen rechtstand tanden • Begeleidende rol, stok achter de deur als logo. • Wil kinderen bewust maken van stoornis en gevolgen ervan • Rol logo: motiveren van patiënt • Uitleg geven over OMFT en oro-myofunctionele stoornis
OMFT	
<u>Doel</u>	• Bevorderen adequate slik • Verbetering malocclusie • met name afleren afwijkende mondgewoonte, gericht op elke patiënt alles wat met mondmotoriek te maken heeft weer in goed evenwicht te brengen • Geen doel direct omschreven door logo • Verhelpen oro – myofunctionele stoornis
<u>In de praktijk</u>	• Oefenen is belangrijk voor snelheid doorlopen cyclus • Niet bewust koppelen aan ICF • Duidelijke afspraken met cliënt; • wordt er niet geoefend wordt gezamenlijk besloten de therapie af te breken, hierbij wordt de verwijzer door de logopedist geïnformeerd. • Cyclus OMFT wordt aangepast aan behoeften (waar zitten knelpunten stoornis) en motivatie van cliënt • Terugkoppeling naar orthodontist na afsluiten behandeling. Bij meerdere te volgen cycli door patiënt omdat resultaat er niet is, slechte reclame voor logo. • Hoofddoelgroep = 14 – 18 jaar • OMFT doelgroep lijkt evenveel jongens als meisjes te zijn • Transfer naar spontane slik moeilijk. Stok

	achter deur vanuit ouders of school is goed advies om in te bouwen.. • Logo gebruikt ICF, ook omdat dit administratief in zorgpad bijgehouden moet worden. • Inhoud OMFT programma is prima • Het OMFT programma is te kort; je hebt meer sessies nodig dan de voorgeschreven aantal sessies. • <i>Doorverwijzingen OMFT niet veel, vaak vanuit ander probleem wordt door logo OMFT voorgesteld.</i> • <i>Weinig verwijzingen door koppigheid tandartsen... logo heeft voorlichting gegeven en infoboekje samengesteld</i>
<u>Effectiviteit</u>	• Effectiviteit is afhankelijk van transfer naar spontane slik • Effectiviteit is afhankelijk van motivatie • Na drie maanden verbetering tandstand • Proces voor versterking spieren duurt meerdere weken • Geen verbetering zelfvertrouwen zolang beugel erin staat • Positieve verandering zelfvertrouwen na zien van foto's verbetering gebitsstand • Uit ervaring lijkt omft effectief. • Ja afname symptomen, hoort articulatie bijv. verbeteren, open monddrag verminderd. • Automatiseren open monddrag naar mond dicht houden gaat sneller dan corrigeren van slik. • Niet duidelijk of observeerbaar of het slikken automatisch adequaat verloopt. • Op korte termijn is therapiesucces te observeren • Transfer is belangrijk voor therapiesucces op de lange termijn
Onderzoekspopulatie	
<u>Grootte</u>	• Gemiddeld rond de 12 tot 14 jaar • grootste groep 12- 13 jarigen • middelbare scholieren zijn de grootste groep • <i>Door korte ervaring kan logo nog niet zeggen welke leeftijdsgroep binnen OMFT het grootst is</i> • Evenveel jongens als meisjes • <i>Logo heeft in verleden meer jongens dan meisjes behandeld.</i>

	• Afgelopen jaar 15% van de hele cliënten in leeftijd 9 – 18 jaar. • in 1 jaar ongeveer 3 cliënten binnen leeftijd thesist doelgroep • aantal verwijzingen ligt aan doorverwijzer (orthodontist) • Ongeveer 2 – 4 OMFT patiënten tussen 9 en 18 jaar bij logo. Max 10 in praktijk • 4 of 5 in 2013 in leeftijd 9 – 18 jaar
<u>Ervaring</u>	• Adolescenten kunnen bewust zijn van een niet adequate slik • ICF wordt door logo niet ingezet bij oro-myofunctionele problemen. • Geen ervaringen m.b.t. depressiviteit of pesten. • Adolescent komt omdat zij doorverwezen zijn door orthodontist. • Bij 14-15 jarigen probeert logo ouders te betrekken voor stukje controle • Logo laat cliënt VAS schaal invullen, “hoeveel last heb je van je probleem...” • Logo houdt geen rekening met eigenwaarde en levenskwaliteit tijdens therapie
<u>Motivatie</u>	• Met 12-13 jarige is best fijn werken • Vanaf 14 jaar is het niet fijn werken, ze zijn met andere dingen bezig • Bij de oudere adolescenten heb je snel en fijn een vooruitgang mee • Motivatie speelt een grote rol; hoge motivatie betekent een meetbare vooruitgang. • Adolescenten hebben geen hoge motivatie m.b.t. de OMFT • Een minder gemotiveerde cliënt doet langer over de cyclus OMFT • Succesvolle cyclus hangt zeker af van motivatie maar bijv. ook erfelijkheid. • Motivatie voor oefeningen cyclus ligt aan meerdere zaken; snappen ze het doel van de oefening, vinden ze de oefening moeilijk , vinden ze de oefening saai.. • Ingang om oudere doelgroep te motiveren = uiterlijk. (zitten met open mond, mooie glimlach door rechte tanden) • Ouders ook belangrijke stok achter de deur / motivator • Jongens minste motivatie

	• Meisje wat gemotiveerder met ups en downs • Moet van de orthodontist • Volgen meerdere cycli ligt aan slechte motivatie patiënt
Vergelijk met onderzoekspopulatie	
<u>Jonger</u>	• Jonge kinderen zijn heel moeilijk bewust te maken • Bij jonge kinderen is motivatie ouders belangrijk • <i>Meeste OMFT kandidaten 5-7 jaar, probleem ligt dan bij oro-myofunctionele stoornis. Ervaring en volgens cursus is dat deze leeftijd te jong is.</i>
<u>Ouder</u>	• Ouder dan 18 jaar zijn gemotiveerder, moeten zelf eigen risico betalen en kiezen er zelf voor.
Eigenwaarde	• Adolescenten OMFT-cliënten zijn bewuster van probleem. Eigenwaarde kan daardoor lager zijn dan bijvoorbeeld kinderen. • Adolescenten hebben een beter gevoel aan einde van cyclus • Stoornis is niet ernstig genoeg voor pesten of depressie • Onbewust rekening houden ermee • Erop ingaan wanneer de patiënt iets aangeeft • Bij ernstige gevallen doorverwijzing maken naar psycholoog • <i>Bij één cliënt binnen doelgroep thesis meegemaakt dat oro-myofuntionele stoornis invloed had op eigenwaarde. Maar speelde nog meer mee(ADHD en autisme) deze cliënt heeft OMFT afgebroken omdat zij het niet aankon.</i> • Kinderen zijn blij dat ze door therapie ook mooier gebit krijgen, maar... kan ook door beugel komen. Omft en beugel hebben invloed op betere gebitsstand. • Weet niet of eigenwaarde groeit door volgen van OMFT. Cliënten lijken ook steeds meer op hun gemak te zijn door de band die ze met therapeut opbouwen. Geeft vertekend beeld... • Geen veranderingen in zelfvertrouwen geobserveerd bij volgen omft programma • Komen niet vanwege eigenwaarde, moet van orthodontist
Kwaliteit van leven	• Geen verminderde kwaliteit van leven door

	stoornis
Invloed op eigenwaarde en kwaliteit van leven	• Negatieve eigenwaarde kan door scheefstand tanden • Oro-myofunctionele stoornis kan invloed hebben op de eigenwaarde en kwaliteit van leven volgens logo, maar heeft dit nog niet gemerkt. • Invloed zal vermoedelijk niet groot zijn. • Geen invloed van oro-myofunctionele stoornis op eigenwaarde en levenskwaliteit. Misschien wel bij ernstige problemen. • Ene kant kan het wel bij cliënten met een lage eigenwaarde en levenskwaliteit.