



HÖGSKOLAN
Dalarna

Akademin Hälsa och samhälle
Examensarbete inriktning munhälsa
Grundnivå II, 15 högskolepoäng
Termin 6, År 2010

Tandvårdsrädsla och attityder till tandhygienist bland patienter med kronisk parodontit - en kvantitativ studie

Författare:

Anna Forsling

Jonna Frykberg

Handledare:

Birgitta Jönsson

Examinator:

Kerstin Öhrn



HÖGSKOLAN
Dalarna

Department of Health and Social Sciences
Esssay Course – Oral Health
Undergraduate level II, 16 ECTS –credits
Term 6, Year 2010

Dental anxiety and attitudes to dental hygienist among patients with chronic periodontitis – a quantitative study

Authors:

Anna Forsling

Jonna Frykberg

Supervisor:

Birgitta Jönsson

Examiner:

Kerstin Öhrn

Sammanfattning

Syftet med studien var att beskriva och jämföra tandvårdsrädsla och attityder till tandhygienist vid studiens start samt 3 månader efter icke kirurgisk parodontalbehandling hos patienter med kronisk parodontit samt att beskriva hur olika bakgrundsfaktorer påverkar tandvårdsrädsla och attityder till tandhygienist. Ett ytterligare syfte var att studera sambandet mellan attityder till tandhygienist och tandvårdsrädsla. Studien var en jämförande studie med kvantitativ ansats och en del i en större experimentell studie med två aktiva interventioner för att påverka munhygienbeteende. Studien innefattade 109 studiedeltagare, 57 kvinnor och 52 män i åldrarna 25-65 år som var remitterade till specialistklinik för parodontologi. Frågeformuläret som användes gällande tandvårdsrädsla var Dental Anxiety Scale (DAS) med 4 påståenden avseende upplevelser för att besöka tandhygienist. För att fastställa attityder till tandhygienist användes Dental Hygiene Belief Survey (DHBS) som innehöll 8 påståenden rörande kommunikation. *Resultatet* visade att studiedeltagarna 3 månader efter behandling hade en lägre grad av tandvårdsrädsla samt en mer positiv attityd till tandhygienist jämfört med vid studiens start. Ingen skillnad mellan interventionerna kunde ses med avseende på tandvårdsrädsla samt attityder till tandhygienist. Samband mellan ålder, kön och tandvårdsrädsla kunde endast ses vid studiens start. *Konklusionen* visar att icke-kirurgisk parodontalbehandling utförd av tandhygienist minskar graden av tandvårdrädsla och att attityder till tandhygienist förbättras efter denna behandling.

Nyckelord: Tandvårdsrädsla, attityder, tandhygienist, parodontal sjukdom, munhälsoundervisning

Keyword: Dental anxiety, attitudes, dental hygienist, periodontal disease, oral health educational programme

Innehållsförteckning

| | |
|--|----|
| Introduktion | 6 |
| Parodontit | 6 |
| Tandvårdsrädsla | 7 |
| Attityder till tandhygienist | 9 |
| Patientundervisning och beteendemodeller | 10 |
| Syfte | 10 |
| Frågeställningar | 11 |
| Definition av centralabegrepp | 11 |
| Metod | 11 |
| Design | 11 |
| Population och urval | 11 |
| Mätinstrument | 12 |
| <i>Tandvårdsrädsla</i> | 12 |
| <i>Attityder till tandhygienist</i> | 12 |
| Procedur | 13 |
| Standardiserad munhälsoundervisning (Kontrollgrupp) | 13 |
| Individanpassad munhälsoundervisning (Experiment grupp) | 14 |
| Etisk granskning | 14 |
| Bearbetning och analys av data | 15 |
| Resultat | 15 |
| Graden av tandvårdsrädsla hos studiedeltagarna vid studiens start samt tre månader efter behandling | 15 |
| Skillnad i tandvårdsrädsla mellan experiment- och kontrollgrupp vid studiens start samt tre månader efter behandling | 16 |
| Attityder till tandhygienist hos studiedeltagarna vid studiens start samt tre månader efter behandling | 17 |
| Skillnad i attityder till tandhygienist mellan experiment- och kontrollgrupp vid studiens start samt tre månader efter behandling | 18 |
| Samband mellan kön och ålder i relation till studiedeltagarnas tandvårdsrädsla och attityder till tandhygienist | 19 |
| Samband i attityder till tandhygienist och tandvårdsrädsla | 20 |

| | |
|--|----|
| Diskussion | 20 |
| Sammanfattning av resultat | 20 |
| Resultatdiskussion | 20 |
| <i>Tandvårdsrädsla</i> | 20 |
| <i>Attityder till tandhygienist</i> | 21 |
| <i>Samband mellan tandvårdsrädsla och attityder till tandhygienist</i> | 22 |
| Metoddiskussion | 23 |
| Konklusion | 24 |
| Förslag till fortsatta studier | 24 |
| Referenser | 25 |
| Bilagor | 28 |
| Tandbehandling och tandvårdsrädsla | 29 |
| Behandling hos tandhygienist | 30 |

Introduktion

Tandhygienisten ska skapa förutsättningar för behandling och egenvård tillsammans med patienten. Då är relationen och kommunikationen med patienten viktig. Enligt tandhygienistens kompetensbeskrivning ska tandhygienisten i kommunikation med patienter visa omtanke, respekt och lyhördhet samt se till att patienter känner trygghet och välbefinnande i situationer hos tandhygienisten (1). En tandhygienist behöver ha goda kunskaper om patientkommunikation och om beteendeförändringar för att kunna få patienter att ändra sina beteenden. Det är viktigt att tandhygienisten avsätter tid för att diskutera munhygienproblem med sina patienter där patienterna också erbjuds att ställa frågor. Tandhygienistens främsta uppgift i tandvårdsteamet är att främja munhälsa, förebygga sjukdomar i munhålan samt att behandla eventuell sjukdom och förebygga försämring. Genom att tandhygienisten utvärderar sina behandlingar kan det i sin tur ge en bild av om vidare behandling är nödvändig hos till exempel en tandläkare (2).

Parodontit

Parodontit är en inflammatorisk sjukdom som orsakas av bakterier och som resulterar i förlust av tandens stödjevävnader samt omgivande ben (3, 4). Icke kirurgisk parodontalbehandling är den behandling som i första hand rekommenderas och som innefattar avlägsnande av supra- samt subgingival tandsten genom scaling och rotplaning samt professionell tandrengöring (PTR) (5, 6). Tillsammans med den tandrengöring som patienten själv utför kan denna behandling ha en reducerande effekt på fickdjup och fästenivå (5) genom att den eliminerar inflammation (7). Den parodontala behandlingen bör baseras på patientens behov samt anpassas utifrån patientens egen förmåga. Patientens förmåga bör också uppdateras allt eftersom då patientens status kan förändras (6, 8). Många faktorer påverkar utfallet av den parodontala behandlingen som till exempel ålder, kön, socioekonomiska bakgrund, medicinsk bakgrund, beteende samt tandvårdshistoria. Dessa faktorer bör identifieras hos patienten för att användas vid upprättande av en terapiplan som är anpassad för patienten (8). Utvärdering av genomförd behandling kan ske några månader efter det att behandlingen påbörjats för att ge de gingivala vävnaderna möjlighet att läka. Läkningen efter icke kirurgisk parodontalbehandling beräknas ta ungefär 3-9 månader och utvärderingen som genomförs ska syfta till att ge en bild om ytterligare behandling är nödvändig. Plackindex, blödning vid sondering (BoP), fickdjup och fästenivå är parametrar som mäts och jämförs vid start av behandling samt vid utvärdering för att avgöra vilken utläkning som genomförd behandling

har gett (6). Psykosociala faktorer som oro och stress men även smärtupplevelser kan påverka den icke kirurgiska parodontalbehandlingen (9). Smärta vid icke kirurgisk parodontalbehandling hos tandhygienist har dessutom visat sig ha ett samband med hög grad av tandvårdsrädsla (10).

Tandvårdsrädsla

Rädsla spelar en viktig roll i våra liv och är en reaktion på hot som är helt normalt. Detta hot kan komma både utifrån och inifrån. Med hot utifrån menas till exempel en person som visar tecken på ilska och som hotar medan hot inifrån handlar om hur en individ fantiserar om en fara. Kroppen reagerar på hotet vare sig det kommer utifrån eller inifrån och kroppen hjälper oss sedan att göra en bedömning för hur vi ska handla i en sådan situation. I de fall där kroppen inte klarar av att göra rätt bedömning reagerar vi ologiskt vilket i sin tur kan hindra oss från att leva ett normalt liv. Det är här som rädslan har övergått till ångest (11). *Ångest* är ett tillstånd då man som person kan känna ängslighet, rädsla, spänning eller tryck. Ångest förekommer i olika grader, allt ifrån lättare oro till full panik. Ångest innebär en känsla av obehag som kan märkas av i kroppen genom till exempel hjärklappning, rodnad, svettning, spända muskler eller skakningar. Det autonoma nervsystemet styr kroppen och förbereder den för att handla i situationer då denna rädsla och ångest uppstår till exempel i form av förberedelse till flykt eller försvar (12). *Fobi* är något som kännetecknas av en väldigt stark rädsla. Denna rädsla är betydligt starkare än vad situationen som en person befinner sig i kräver. Fobin styr en persons liv genom att denne undviker situationer som kan upplevas som obehagliga (11). Fobi definieras också som en intensiv, irrationell och bestående rädsla för bestämda föremål, situationer eller aktiviteter. Fobi styr en persons liv i mycket högre utsträckning och det är det som gör att den skiljer sig från rädsla (12).

Förekomsten av tandvårdsrädsla generellt i befolkningen ligger mellan 4-20 % beroende på population, kultur och land. Andelen personer med tandvårdsfobi har visat sig vara svårare att skatta eftersom dessa personer inte besöker tandvårdskliniker men förekomsten antas ligga mellan 2-3 % bland den vuxna populationen (13). Effekten av tandvårdsrädsla är att de drabbade personerna undviker att besöka tandvården och detta kan resultera i fler förlorade tänder, mer karies och parodontal sjukdom. De personer som lider av uttalad tandvårdsfobi uppger en lägre livskvalité, högre arbetslöshet, mer sjukfrånvaro och en sämre samhällssituation (13).

Tandvårdsrädsla har också samband med bakgrundsfaktorer som ålder, kön, antal besök till tandvården, tidigare erfarenheter av smärta under tandbehandling och munhälsa (13).

Tandvårdsrädsla bland patienter kan leda till oregelbundna tandvårdsbesök och framtida uteblivande besök. Därför är det viktigt att uppmärksamma tecken på denna rädsla som till exempel uteblivande besök för att patienten ska kunna få chans att få hjälp att bearbeta sin rädsla (13). Särskilt då det har visat sig att tandvårdsrädda individer kan ha en sämre munhälsa genom till exempel mer karies (14).

Kvinnor är i högre utsträckning mer tandvårdsrädda än män (10, 15). Hakeberg och Cunha (2008) fann att kvinnor hade starkare rädsla än män när det gällde tandhygienistbehandling. De flesta deltagarna rapporterade även starkare rädsla för tandläkaren än för tandhygienisten. När det gällde de deltagare som rapporterade högre nivåer av tandvårdsrädsla till tandhygienist än till tandläkare så var det mest patienter med parodontit. Majoriteten av dessa rapporterade också stark smärta i relation till de flesta behandlingsprocedurer som till exempel fickdjupsmätning, scaling med handinstrument och ultraljud samt lokalanestesi. Det visade sig även att erfarenheter av smärta under tandhygienistbehandling var signifikant relaterat till tandvårdsrädsla samt att upplevd tandhälsa var signifikant relaterat till rädsla inför behandling hos tandhygienisten (10). Tandvårdsrädsla har också tidigare visat sig vara vanligare bland yngre individer i åldern 20-39 år jämfört med både yngre och äldre åldersgrupper (16).

Patienter med tandvårdsrädsla upplever en stark rädsla i samband med oförutsägbara moment som till exempel smärta eller att behandlaren ska slinta med ett instrument. En känsla av att vara utlämnad har beskrivits av patienter i samband med tandbehandling där de upplever att en behandling fortgår oavsett om patienten tycker om det eller inte och att de inte har möjlighet att få en paus under behandlingen. Ofta uppkommer en stark rädsla den dagen ett tandvårdsbesök är inplanerat bland dessa patienter där rädslan blir värre fram till att tandvårdsbesöket och/eller tandbehandlingen är utförd och klar. Denna rädsla kan vara så stark att den orsakar sömnproblem och mardrömmar bland patienterna. En annan faktor vid tandbehandling som upplevs obehaglig bland dessa patienter är att ha många olika saker i munnen samtidigt samt mängden vatten under en behandling. Dessa patienters tandvårdsrädsla kan också till viss del ha utlösts genom att en nära anhörig eller vän varit rädd för att gå till tandvården till exempel genom att den personen berättat hemska historier om tandvårdsbesök (17). Individer med tandvårdsrädsla upplever i högre grad smärta i samband

med olika tandbehandlingar än individer utan tandvårdsrädsla. Det har också visat sig att de individer som är tandvårdsrädda samt som har en högre utbildning och är yngre till åldern i högre grad upplever smärta i samband med tandvård (18).

Tandvårdsrädslan kan i olika grad inverka på en individs dagliga livssituation (19, 20, 21) och detta kan variera mellan individer beroende på vilket land de lever i. Känslor som kan upplevas i samband med tandvårdsrädslan bland individer är till exempel ilska, skam och nedstämdhet (19). Faktorer som är viktiga att tänka på vid behandling av dessa patienter är att de får ha kontroll över situationen de befinner sig i samt känna förtroende för behandlaren. Detta kan ske genom utförlig information till patienten om vad som ska ske under behandlingen (13).

Det har i en studie visats att individer med tandvårdsrädsla i högre grad upplever mötet med tandhygienisten som mer negativt än individer utan tandvårdsrädsla. Det som är mest obehagligt för dessa individer är att de inte tycker att tandhygienisten bryr sig om deras tandvårdsrädsla och inte tar den på allvar samt att de känner sig hjälplösa när de sitter i behandlingsstolen (22). Ett samband finns också mellan tandvårdsrädda individer som upplevt smärta i samband med tandvård och negativa attityder gentemot tandvården (18).

Skaret och Soevdsnes (2005) fann att det är viktigt att belysa patientens uppfattningar och erfarenheter av behandlingar som utförs av tandhygienister samt att uppmärksamma känslor och attityder till behandlingarna som till exempel tandvårdsrädsla.

Flera faktorer påverkar upplevelsen av en tandhygienistbehandling som till exempel i vilken grad patienten känner sig hjälplös och utan kontroll över vad som händer men också antal situationer som patienten kan uppleva smärta vid under tandhygienistbehandlingen (23).

Attityder till tandhygienist

Attityder kan omfatta känslomässiga, beteendemässiga och kognitiva reaktioner. En attityd kan definieras som en sammanfattad utvärdering av ett objekt en individ tänker på. Ett objekt kan vara allting som en individ diskriminerar eller har i åtanke. Det kan vara konkret och abstrakt men även personer och grupper (24). Attityd kan även definieras som en psykologisk tendens som uttrycks genom att individer utvärderar vissa objekt gillande eller ogillande (25).

I en studie gällande attityder visade det sig att deltagarna i stort hade mindre negativa attityder till tandhygienist jämfört med till tandläkare med ett undantag för situationer som kan göra att känslor som skam och skuld uppkommer. Detta visade sig i påståendet "Jag är orolig att tandhygienisten/tandläkaren ska göra så att jag skäms över min munhälsa" där det fanns mer negativa attityder till tandhygienisten än till tandläkaren (26).

Abrahamsson och medarbetare (2007) rapporterade att känna sig hjälplös och att inte uppleva sig ha kontroll över situationen som det som upplevs mest negativt. Vidare visade det sig att tandvårdsrädda patienter var signifikant mer bekymrade över att tandhygienisten skulle bagatellisera deras rädsla jämfört med icke tandvårdsrädda. Även påståendet "Att vara överväldigad av den mängd arbete som krävs (alla dåliga nyheter) kan vara tillräckligt för att hålla mig från att börja eller avsluta en behandling" var högre rankat hos tandvårdsrädda patienter än bland dem som ej var tandvårdsrädda. Kvinnor har också visat sig ha mer negativa attityder mot tandhygienisten än män (22). Bland patienter med parodontit är attityderna mindre negativa till tandhygienist än till tandläkare (26).

Patientundervisning och beteendemodeller

Det har i en studie visat sig att individer med kronisk parodontit som fått en intervention i form av individanpassad munhälsoundervisning i högre grad förbättrat sin parodontala hälsa och rengöringsfrekvensen approximant jämfört med en kontrollgrupp som endast fått en standardbehandling med standardiserad munhälsoundervisning (27).

Det vore därför av intresse att se om denna intervention även skiljer sig med avseende på tandvårdsrädsla och attityder till tandhygienist samt vilken betydelse tandvårdsrädsla har på attityder till tandhygienist.

Syfte

Syftet var att beskriva och jämföra tandvårdsrädsla och attityder till tandhygienist vid studiens start samt 3 månader efter icke kirurgisk parodontalbehandling hos patienter med kronisk parodontit som fått två olika undervisningsprogram samt att beskriva hur olika bakgrundsfaktorer påverkar tandvårdsrädsla och attityder till tandhygienist. Vidare var syftet att studera hur attityderna till tandhygienist påverkas av tandvårdsrädsla.

Frågeställningar

1. Vilken grad av tandvårdsrädsla har studiedeltagarna vid studiens start samt efter 3 månader?
2. Hur ser skillnaden i tandvårdsrädsla ut mellan experiment- och kontrollgrupp vid studiens start samt efter 3 månader?
3. Hur ser attityderna till tandhygienist ut vid studiens start samt efter 3 månader?
4. Hur ser skillnaden i attityder ut mellan experiment- och kontrollgrupp vid studiens start och efter 3 månader?
5. Vilka samband finns mellan kön och ålder i relation till studiedeltagarnas tandvårdsrädsla och attityder till tandhygienist?
6. Vilka skillnader i attityder till tandhygienist finns mellan de studiedeltagare med tandvårdsrädsla och de studiedeltagare utan tandvårdsrädsla?

Definition av centrala begrepp

Med begreppet *icke kirurgisk scaling* avses i denna studie scaling som utförts med hjälp av handinstrument (LM[®] Gracys curette och LM[®] Svärdröm 1/3 och 2/4) utan kirurgisk insyn.

Metod

Design

Studien var en jämförande studie med kvantitativ ansats och var en del i en större experimentell studie med två aktiva interventioner för att påverka munhygienbeteende (27).

Population och urval

Etthundratretton individer, 60 kvinnor och 53 män, remitterade till specialistklinik för parodontologi och som där genomgick icke kirurgisk parodontalbehandling samt standardiserad- eller individanpassad munhälsoundervisning utgjorde urvalet i studien. Individerna var i åldrarna 25-65 år (medelålder 51 år, SD 9.4). De personer som visste att de inte kunde vara tillgängliga under hela studieperioden, personer som led av allvarlig sjukdom, personer som var tvungna att genomgå kirurgisk scaling före hygienbehandling, inte kunde skriva eller prata svenska och/eller hade ett plackindex (PII) på $\leq 0,3$ enligt Silness & Loe (28) exkluderades.

Mätinstrument

Instrumenten som användes var två frågeformulär som berör tandvårdsrädsla och attityder till tandhygienist.

Tandvårdsrädsla

Instrumentet som användes för att besvara frågan om tandvårdsrädsla bland patienter med kronisk parodontit var Dental anxiety scale (DAS) som är ett väl använt instrument för att mäta tandvårdsrädsla (20, 22, 29). DAS anses vara reliabelt med ett cronbachs alpha-värde på 0,86 (20). Instrumentet innehöll 4 frågor om hur patienten skulle känna sig inför ett besök hos tandhygienist, hur det skulle kännas att sitta i väntrummet och vänta på sin tur in till tandhygienisten, hur det skulle kännas att sitta i behandlingsstolen inne hos tandhygienisten medan denna gjorde i ordning sina instrument och hur det skulle kännas när tandhygienisten skulle sätta igång att ta bort tandsten. Svartalternativen bestod av fem fasta svartalternativ där svartalternativen under påståendet 1 var: Jag skulle inte tycka det var otrevligt på något sätt, Jag skulle inte bekymra mig om det nämnvärt, Jag skulle nog känna mig lite orolig, Jag skulle vara rädd för att det skulle bli obehagligt och smärtsamt samt Jag skulle vara skräckslagen inför vad tandhygienisten skulle göra. Påståendet 2, 3 och 4 hade svartalternativen Alldeles lugn, Lite orolig, Spänd, Nervös och ängslig och Så nervös och skräckslagen att jag förmodligen skulle svettas och känna mig sjuk (Bilaga 1). Vid analysen numrerades svartalternativen med 1-5 där 1 stod för låg grad av tandvårdsrädsla och 5 för hög grad av tandvårdsrädsla. Maximalt möjliga poäng blev då 20 och minimalt möjliga poäng blev 4. Högre poäng indikerar högre grad av tandvårdsrädsla.

Attityder till tandhygienist

Instrumentet som användes för att besvara frågan om patienternas attityder till tandhygienist var en enkät med 8 påståenden från Dental Hygienist Belief Survey som är en svensk version av Dental Belief Survey och som testats för sin reliabilitet med cronbachs alpha som gav värdet 0,97 (22, 26). Enkätens 8 påståenden handlade om kommunikation och var en del av ett större frågeformulär. Påståendena rörde olika situationer, känslor och reaktioner som kan upplevas hos tandhygienisten där svartalternativen var: Stämmer helt och hållet, Stämmer ganska mycket, Stämmer delvis, Stämmer lite grand och Stämmer inte alls (Bilaga 2). Vid analysen numrerades svartalternativen med 1 till 5, där stämmer helt och hållet betydde 5 och stämmer inte alls betydde 1. Maximalt möjliga poäng blev därmed 40, vilket betydde mest negativ attityd till tandhygienist. Minsta möjliga poäng blev 8, vilket betydde mest

positiv attityd till tandhygienist. Maximalt medelvärde blev 5 och minimalt medelvärde blev 1 där låga värden stod för positiva attityder till tandhygienist.

Procedur

Studiedeltagarna rekryterades bland remitterade patienter med moderat till grav parodontit som undersöktes på kliniken mellan mars år 2006 och mars år 2007. Innan patienterna blev inbjudna att delta i studien utfördes en röntgenundersökning och en klinisk undersökning av en specialist inom parodontologi. Patienterna fick en behandlingsplan med ett kostnadsförslag och när nödvändig förbehandling så som till exempel extraktioner var bestämda bjuds de patienter som uppfyllde inklusionskriterierna in muntligt. Patienterna som tackade ja fick skriftlig information angående studien och patienterna fick ge sitt skriftliga medgivande. De som accepterade att delta i studien fick ett frågeformulär innehållande frågor om munhälsobeteende, kunskap om parodontit, attityder, tandvårdsrädsla och känsla av sammanhang såväl som bakgrundsvariabler. Frågeformuläret lämnades till studiedeltagarna när förbehandlingen var slutförd före tandhygienistbehandling. Studiedeltagarna ombads fylla i frågeformuläret och returnera det i ett förseglat kuvert i receptionen vid samband med första besöket hos tandhygienist. Studiedeltagarna fick besvara samma instrument, som skickades ut via post en vecka före 3-månadersuppföljningen och som skulle lämnas i receptionen vid nästa besök. Varken tandläkaren eller tandhygienisten kom i kontakt med frågeformulären då dessa lämnades i receptionen.

Två erfarna, kalibrerade tandhygienister utförde behandlingarna och den icke kirurgiska scalingen. Antalet behandlingstillfällen varierade beroende på studiedeltagarnas behov av icke kirurgisk scaling, graden av parodontit och hur mycket tandsten som fanns. Studiedeltagarna besökte tandhygienisten 1 gång i veckan tills den icke kirurgiska scalingen var slutförd men det var planerat att ta mellan 4 och 6 besök. En månad efter utförd scaling kallades studiedeltagarna/patienterna på munhygienkontroll.

Standardiserad munhälsoundervisning (Kontrollgrupp)

Delarna i den standardiserade munhälsoundervisningen var utvalda för att motsvara de bästa rutinerna för preventiva orala hälsoprogram för individer med parodontala problem och de överensstämmer med liknande program (30).

Innehållet i de besök som kontrollgruppen fick var genomgång av parodontalt status med information från tandhygienisten om parodontal sjukdom och vikten av egenvård med tandborstning 2 gånger per dag och approximal rengöring 1 gång per dag. Tandhygienisten valde också ut lämpliga munhygieniska hjälpmedel samt genomförde instruktioner i hur dessa skulle användas. Patienten fick sedan visa på sig själv hur han eller hon utförde detta. Vid uppföljningsbesöken kontrollerade tandhygienisten munhygienstatus samt gav förnyad instruktion i munhygieniska hjälpmedel, förnyad information om parodontal sjukdom och munhygien om så behövdes.

Individanpassad munhälsoundervisning (Experiment grupp)

Experimentgruppen fick ett individanpassat undervisningsprogram baserat på kognitiva beteendepprinciper och icke kirurgisk parodontalbehandling (27). För att skapa en dialog med studiedeltagarna användes metoder utifrån motiverande samtal (MI) som ska syfta till ett aktivt lyssnande (31). Programmet innehöll 7 steg med olika taktiker för att individualisera patientens personliga mål gällande deras orala hälsa och munhygienvanor (27). Innehållet i dessa sju steg var att en kartläggning gjordes av studiedeltagarens kunskap, förväntningar och motivation samt en analys av studiedeltagarens munhygienbeteende. Studiedeltagaren tillsammans med tandhygienisten tränade färdigheter för de munhygieniska hjälpmedlen. Dessutom utformade studiedeltagaren i samråd med tandhygienisten individuella mål för en beteendeförändring. Detta gjordes med hjälp av öppna frågor från tandhygienisten där studiedeltagaren själv fick berätta om sina önskemål och förväntningar. Studiedeltagaren förde sedan kontinuerligt självregistrering i form av dagbok. Sedan ingick också att upprätthålla munvårdsbeteenden samt återfallsprevention.

Etisk granskning

Etiska kommittén, Medicinska Fakulteten Uppsala Universitet, godkände studien. Tillstånd att utföra studien inhämtades även från klinikchefen. Informerat och frivilligt samtycke inhämtades från varje studiedeltagare. Information gavs skriftligt och muntligt. Studiedeltagarna informerades att de kunde avbryta sin medverkan när som helst under studiens gång utan att ange giltiga skäl. Studiedeltagarna, både i interventions- samt kontrollgruppen, fick bästa möjliga diagnostik samt behandling. Interventionsgruppen fick tillägg utöver denna behandling med det som studien avsåg att testa. All data behandlades konfidentiellt (32).

Bearbetning och analys av data

All statistisk data analyserades med hjälp av statistikprogrammet SPSS 15.0. Deskriptiv statistik användes för att beskriva tandvårdsrädsla och attityder till tandhygienist vid studiens start och efter 3 månader. Parat t-test användes för att beskriva skillnader i tandvårdsrädsla och attityder till tandhygienist vid studiens start och efter tre månader. Oberoende t-test användes vidare för att beskriva skillnaden mellan experiment- och kontrollgrupp med avseende på tandvårdsrädsla och attityder till tandhygienist vid studiens start samt efter tre månader. Även skillnaden mellan könen avseende tandvårdsrädsla och attityder till tandhygienist testades genom oberoende t-test. Samband mellan ålder och tandvårdsrädsla samt attityder till tandhygienist beskrevs med hjälp av Spearman´s korrelationskoefficient. Spearman´s korrelationskoefficient användes även för att beskriva sambandet mellan attityder till tandhygienist och de studiedeltagarna med eller utan tandvårdsrädsla. Ett p-värde på ≤ 0.01 ansågs som statistiskt signifikant vid test mellan varje enskild fråga och ett p-värde på ≤ 0.05 för övriga tester.

Resultat

Fyra studiedeltagare svarade inte på enkäterna gällande tandvårdsrädsla och attityder till tandhygienist vid både studiens start samt efter tre månader och uteslöts därför vid analys. Antalet studiedeltagare som därmed analyserades var 109 individer, 57 kvinnor och 52 män med en medelålder på 51.19 år (SD 9.44).

Graden av tandvårdsrädsla hos studiedeltagarna vid studiens start samt tre månader efter behandling

Vid studiens start var graden av tandvårdsrädsla i medeltal högre hos studiedeltagarna [9.3 (SD 3.9)] än efter 3 månader [7.4 (SD 2.9)] med en signifikant skillnad ($t= 7.98$, $df=108$; $p=<0.001$). Samtliga påståenden visade en signifikant skillnad mellan studiens start och 3 månader efter behandlingen (tabell 1). Det påstående som visade störst förbättring i medelvärde var påstående "Försök tänka Dig in i situationen att Du har tid för besök hos tandhygienisten i morgon. Hur skulle Du känna Dig?" där medelvärdet var 2,6 (SD 1.1) vid studiens start och 2.1 (SD 0.9) 3 månader efter avslutad behandling.

Tabell 1. Tandvårdsrädsla vid studiens start och 3 månader efter behandling

| | Studiens start M (Sd) | Tre månader efter behandling M (Sd) | t-värde | p-värde |
|---|----------------------------------|--|----------------|------------------|
| 1. Känsla inför besök hos tandhygienist kommande dag | 2.6 (1.1) | 2.1 (0.9) | 5.81 | <0.001 |
| 2. Känsla inför besök hos tandhygienist under tiden i väntrummet | 2.1 (1.1) | 1.7 (0.8) | 4.82 | <0.001 |
| 3. Känsla då du tar plats i behandlingsstolen och tandhygienisten förbereder instrumenten | 2.2 (1.1) | 1.7 (0.8) | 7.23 | <0.001 |
| 4. Känsla inför borttagning av tandsten | 2.4 (1.0) | 1.9 (0.9) | 6.30 | <0.001 |
| Totalt | 9.3 (3.9) | 7.4 (2.9) | 7.98 | <0.001 |

Notering: Maximalt möjliga poäng var 20 och minimalt möjliga poäng var 4 under den totala summan.

Höga värden betydde högre grad av tandvårdsrädsla och låga värden betydde låg grad av tandvårdsrädsla.

M= medelvärde, Sd= standardavvikelse

Skillnad i tandvårdsrädsla mellan experiment- och kontrollgrupp vid studiens start samt tre månader efter behandling

Avseende tandvårdsrädsla bland studiedeltagarna fanns ingen signifikant skillnad mellan experiment- och kontrollgrupp varken vid studiens start ($t= 0.67$; $df= 107$; $p= 0.5$) eller efter tre månader ($t= 0.34$; $df= 107$; $p= 0.7$) (tabell 2).

Tabell 2. Skillnaden i graden av tandvårdsrädsla mellan experiment- och kontrollgrupp

| | Experimentgrupp M (Sd) | Kontrollgrupp M (Sd) | t-värde | p-värde |
|------------------------------------|---|---------------------------------------|----------------|----------------|
| Studiens start | 9.5 (4.1) | 9.1 (3.6) | 0.67 | 0.501 |
| Tre månader efter behandling | 7.6 (3.1) | 7.4 (2.8) | 0.34 | 0.734 |

Notering: M= medelvärde, Sd= standardavvikelse

Attityder till tandhygienist hos studiedeltagarna vid studiens start samt tre månader efter behandling

Studiedeltagarna rapporterade vid studiens start en positiv attityd till tandhygienist [1. (SD 0. och efter tre månader var attityderna till tandhygienist än mer positiva [1.2 (SD 0.5)] med en signifikant skillnad ($t= 3.83$; $df= 108$; $p= <0.001$). Gällande de enstaka påståendena kan en statistisk signifikans ses på påstående fyra ”*Jag är orolig för att tandhygienisten inte gärna tar sig tid att riktigt prata med patienter*” ($t= 2.60$; $df= 108$; $p= 0.01$), fem ”*Jag tycker att det känns obehagligt att ställa frågor till tandhygienisten*” ($t= 2.86$; $df= 108$; $p= 0.005$), sex ”*Tandhygienisten säger saker som gör så att jag skäms över hur jag sköter mina tänder*” ($t= 3.71$; $df= 108$; $p= <0.001$) samt på påstående åtta ”*Jag är orolig för att tandhygienisten skall få mig att känna mig generad över mina tänder*” ($t= 2.77$; $df= 108$; $p= 0.006$) där attityderna till tandhygienisten blivit mer positiva efter tre månader jämfört med vid studiens start (tabell 3).

Tabell 3. Attityder till tandhygienist vid studiens start och tre månader efter behandling

| | Studiens start M (Sd) | Tre månader efter behandling M (Sd) | t-värde | p-värde |
|--|-----------------------|-------------------------------------|-------------|------------------|
| 1. Undanhålla information/dölja saker för mig | 1.2 (0,5) | 1.1 (0.6) | 0.94 | 0.345 |
| 2. Tandhygienisten ger mig inte all information som jag behöver | 1.3 (0,7) | 1.1 (0.4) | 2.37 | 0.019 |
| 3. Förklarar på ett oklart sätt | 1.3 (0.6) | 1.2 (0.6) | 2.06 | 0.041 |
| 4. Tandhygienisten inte gärna tar sig tid att prata med patienter | 1.3 (0.6) | 1.1 (0.5) | 2.60 | 0.010 |
| 5. Obehagligt att ställa frågor | 1.3 (0.7) | 1.2 (0.1) | 2.86 | 0.005 |
| 6. Tandhygienisten gör så att jag skäms över mina tänder | 1.9 (0.9) | 1.5 (0.8) | 3.71 | <0.001 |
| 7. Orolig för att inte få komma med egna önskemål | 1.3 (0.7) | 1.2 (0.6) | 1.44 | 0.150 |
| 8. Tandhygienisten gör att jag känner mig generad över mina tänder | 1.6 (0.8) | 1.3 (0.7) | 2.77 | 0.006 |
| Totalt | 1.4 (0.6) | 1.2 (0.5) | 3.83 | <0.001 |

Notering: Internt bortfall, n= 1.

Maximalt möjliga medelvärde var 5 och minimalt möjliga medelvärde var 1 där låga värden står för positiva attityder. M= medelvärde, Sd= standardavvikelse

Skillnad i attityder till tandhygienist mellan experiment- och kontrollgrupp vid studiens start samt tre månader efter behandling

Avseende attityder till tandhygienist fanns ingen signifikant skillnad mellan experiment- och kontrollgrupp varken vid studiens start ($t= 0.75$; $df= 107$; $p= 0.451$) eller efter tre månader ($t= 0.34$; $df= 107$; $p= 0.733$) (tabell 4).

Tabell 4. Skillnaden i attityder till tandhygienist mellan experiment- och kontrollgrupp

| | Experimentgrupp M (Sd) | Kontrollgrupp M (Sd) | t-värde | p-värde |
|---------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|----------------|----------------|
| Studiens start | 1.4 (0.5) | 1.4 (0.5) | 0.75 | 0.451 |
| Tre månader efter behandling | 1.2 (0.4) | 1.2 (0.4) | 0.34 | 0.733 |

Notering: M= medelvärde, Sd= standardavvikelse

Samband mellan kön och ålder i relation till studiedeltagarnas tandvårdsrädsla och attityder till tandhygienist

När det gällde skillnaden i kön med avseende attityder till tandhygienist fanns ingen statistisk signifikant skillnad vare sig vid studiens start ($t= 0.44$; $df= 107$; $p= 0.66$) eller efter tre månader ($t= 1.64$; $df= 107$; $p= 0.104$). Däremot var det en signifikant skillnad gällande graden av tandvårdsrädsla mellan män och kvinnor vid studiens start ($t= 2.97$; $df= 107$; $p= 0.04$) där kvinnorna [10.3 (SD 3.9)] hade en högre grad av tandvårdsrädsla än männen [8,2 (SD 3.5)]. Vid tre månader fanns ingen signifikant skillnad ($t= 2.04$; $df= 107$; $p= 0.44$) (tabell 5).

Tabell 5. Skillnaden mellan kvinnor och män gällande tandvårdsrädsla

| Tidpunkt | Kvinnor M (Sd) | Män M (Sd) | t-värde | p-värde |
|---------------------------------|---------------------------|-----------------------|----------------|----------------|
| Studiens start | 10.3 (3.9) | 8.2 (3.5) | 2.97 | 0.004 |
| Tre månader efter behandling | 8.0 (2.9) | 6.9 (2.9) | 2.04 | 0.44 |

M= medelvärde, Sd= standardavvikelse

Vad gäller sambandet mellan attityder till tandhygienist och ålder kunde ingen statistisk signifikant skillnad ses varken vid studiens start (Spearman's rho= -0.121 , $p= 0.212$) eller efter 3 månader (Spearman's rho= 0.169 , $p= 0.08$). Däremot förelåg ett samband mellan graden av tandvårdsrädsla och ålder vid studiens start (Spearman's rho= -0.200 , $p= 0.037$) vilket innebär att yngre studiedeltagare uppgav en högre grad av tandvårdsrädsla än de äldre studiedeltagarna. Efter 3 månader kunde inget signifikant samband ses (Spearman's rho= -0.139 , $p= 0.150$).

Samband i attityder till tandhygienist och tandvårdsrädsla

Resultatet visar att det finns ett signifikant samband mellan attityder till tandhygienist och individer med tandvårdsrädsla vid studiens start (Spearman's rho= .273, p= <0.01). Detta innebär att studiedeltagare som är tandvårdsrädda i högre grad har negativa attityder gentemot tandhygienisten jämfört med studiedeltagare utan tandvårdsrädsla. Efter tre månader förelåg inget signifikant samband mellan attityder till tandhygienist och studiedeltagarnas grad av tandvårdsrädsla (Spearman's rho= .091, p= .708 n.s).

Diskussion

Sammanfattning av huvudresultat

Resultatet visade att studiedeltagarna 3 månader efter behandling hade en lägre grad av tandvårdsrädsla samt en mer positiv attityd till tandhygienist jämfört med vid studiens start. Ingen skillnad mellan interventionerna kunde ses med avseende på tandvårdsrädsla samt attityder till tandhygienist. Samband mellan ålder, kön och tandvårdsrädsla kunde endast ses vid studiens start.

Resultatdiskussion

Tandvårdsrädsla

Graden av tandvårdsrädsla minskade bland studiedeltagarna från studiens start till 3 månader efter behandling men ingen skillnad kunde ses i graden av tandvårdsrädsla mellan experiment- respektive kontrollgrupp vare sig vid studiens start eller efter 3 månader. En anledning till att det inte var någon skillnad mellan de båda behandlingsgrupperna kan vara att de bemöttes på samma sätt utifrån sin tandvårdsrädsla då interventionerna i studien inte syftade till att påverka tandvårdsrädsla. Att graden av tandvårdsrädsla ändå minskade kan bero på att studiedeltagarna fått ett ökat förtroende för tandhygienisten under studiens gång.

Kvinnor visade sig i högre grad vara tandvårdsrädda än män vid studiens start vilket också har rapporterats från andra studier (10, 15). Däremot fanns ingen statistisk signifikant skillnad mellan könen 3 månader efter behandling. Att kvinnor är mer rädda än män kan bero på att kvinnor i högre grad oroar sig för smärta i samband med behandlingar inom tandvården än män (33) och att de efter tre månader genomgått behandlingen och känt sig mer lugna kan förklara att det inte längre fanns ett samband 3 månader efter behandling.

I denna studie rapporterade de yngre studiedeltagarna en högre grad av tandvårdsrädsla än äldre studiedeltagare vid studiens start. Detta stämmer också överens med resultat från en tidigare studie (16). I en studie har äldre individer uppgett att de har större känslomässig kontroll jämfört med yngre individer (34) och detta kan vara fallet även i denna studie där äldre i större omfattning kanske kunde hantera sin smärta och oro bättre jämfört med de yngre studiedeltagarna. Det kan också vara så att de yngre studiedeltagarna i högre grad vill ha kontroll och bestämma själva hur de vill ha det (35) och att de då känt att de från början inte hade den kontrollen som de kanske hade önskat. Tre månader efter behandling fanns inget samband mellan ålder och tandvårdsrädsla längre vilket kan bero på att dessa studiedeltagare hunnit träffa tandhygienisten och då fått erfarenheter samt insikt i sin behandling och därmed ett förtroende för tandhygienisten. Bemötandet från tandhygienisten kan ha upplevts som positivt av studiedeltagarna vilket har fått dem att känna sig mer trygga och rädslan har minskat.

Attityder till tandhygienist

Studiedeltagarna rapporterade en mer positiv attityd till tandhygienisten vid 3 månaderskontrollen jämfört med vid studiens start. Detta kan bero på att studiedeltagarna fått ett ökat förtroende för tandhygienisten under studiens gång och därmed blivit mer positivt inställda. Däremot sågs ingen skillnad i attityder till tandhygienist mellan experiment- och kontrollgrupp vare sig vid studiens start eller efter 3 månader. Detta kan ha att göra med att interventionerna inte heller här gällande attityder till tandhygienisten syftade till att påverka attityder utan munhygienbeteende. Studiedeltagarna rapporterade i denna studie en positiv attityd till tandhygienisten redan vid studiens start vilket gjorde att det fanns ett ytterst litet utrymme för förändring, så kallad golveffekt, det vill säga att de flesta studiedeltagare hade så låga värden redan från början så att de inte kunde komma längre ner. Detta kan vara en orsak till att det inte sågs några skillnader mellan vare sig grupp, kön eller ålder.

Påståendet ”Tandhygienisten säger saker som gör så att jag skäms över hur jag sköter mina tänder” och påståendet ”Jag är orolig för att tandhygienisten skall få mig att känna mig generad över mina tänder” var de påståenden i denna studie som studiedeltagarna rapporterade som mest negativa både vid studiens start och efter 3 månader. I en studie som jämförde attityder till tandhygienist och tandläkare visade det sig att deltagarna hade mindre negativa attityder till tandhygienister än till tandläkare förutom på påståendet ”Jag är orolig för att tandläkaren/tandhygienisten skall få mig att känna mig generad över mina tänder” där

attityderna var mer negativa till tandhygienister (26). Då resultaten både i denna studie och i en studie av Öhrn med medarbetare (2008) visar att patienterna är oroliga för att bli kränkta så är det viktigt att tandhygienisten tänker på att inte lägga in egna värderingar i samtal med patienter men även på vilket sätt informationen ges. Tandhygienisten ska enligt kompetensbeskrivningen visa patienterna omtanke, respekt samt vara lyhörd (1) vilket är viktigt att påminna sig om i mötet med patienten så att den känner att den har kontroll över situationen.

Samband mellan tandvårdsrädsla och attityder till tandhygienist

Studiedeltagare med tandvårdsrädsla uppgav i större utsträckning negativa attityder till tandhygienist jämfört med studiedeltagare utan tandvårdsrädsla vid studiens start. Liknande resultat finns även bekräftat i en annan studie som visade att patienter med tandvårdsrädsla i högre grad uppgav negativa attityder till tandhygienist jämfört med icke tandvårdsrädda patienter (22). Däremot fanns inget samband mellan tandvårdsrädsla och attityder till tandhygienist 3 månader efter behandling. Anledningen till detta kan vara att studiedeltagarna under denna tid gått regelbundet till tandhygienisten och att ett förtroende skapats för tandhygienisten. Detta kan då ha lett till att graden av tandvårdsrädsla har minskat. I och med detta kan även de negativa attityderna till tandhygienisten ha minskat då studiedeltagarna blivit mindre rädda. Då graden av tandvårdsrädsla minskat efter 3 månader och attityderna till tandhygienist blivit mer positiva så borde det stämma med att sambandet mellan tandvårdsrädsla och attityder till tandhygienist också försvinner.

Negativa uppfattningar av behandlingar inom tandvården har i en tidigare studie visat sig ha samband med tandvårdsrädsla (36). Detta resultat överensstämmer med resultatet i denna studie genom att individer med negativa attityder gentemot tandhygienist i högre grad också är tandvårdsrädda. En anledning till detta kan vara att patienter som är tandvårdsrädda i mindre grad besöker tandvården (13) och på så sätt inte kommer i kontakt med tandvårdspersonal så ofta, som till exempel tandhygienister, och därav inte får någon kontakt och förtroende för någon behandlare. En tandvårdsrädd person kanske heller inte är så öppen i mötet med tandhygienisten och på så sätt blir möjligheten att etablera ett förtroende för tandhygienisten eventuellt mindre.

Metoddiskussion

Bortfallet som helhet, $n=4$ är inte något som borde ha påverkat resultatet då det inte påverkar det totala medelvärdet för populationen i någon större utsträckning. Internt bortfall förekom, $n=1$, avseende attityder till tandhygienist. Ett antagande till detta är att en studiedeltagare inte besvarat detta påstående i instrumentet. Detta borde inte påverka resultatet i helhet genom någon snedfördelning i materialet då det interna bortfallet var så lågt. Det låga bortfallet, med avseende på frågeformulären kan bero på att studiedeltagarna fick frågeformulären efter att de accepterat att delta i studien. Detta låga bortfallet ger också en högre tillförlitlighet då ett högt bortfall kan öka osäkerheten i resultaten.

Instrumentet som användes för att mäta graden av tandvårdsrädsla, DAS var testat för sin reliabilitet och validerat genom en tidigare studie (37). Detta gör att tillförlitligheten ökar då instrumentet är testat tidigare och även då mätte det som det avsåg att mäta, nämligen känslor inför tandhygienistbehandling det vill säga om patienten upplevde rädsla eller inte vilket är en del av syftet med denna studie.

Instrumentet som användes för att mäta attityder till tandhygienist, DHBS var även det tidigare testat för sin reliabilitet och validerat genom flera studier (22, 26). Detta instrument mätte också det som det avsåg att mäta då instrumentets innehåll bestod av påståenden avseende uppfattningar/attityder om tandhygienisten.

Studiedeltagarna i studien randomiserades till de två interventionsgrupperna vilket stärker studien genom att risken för snedfördelning av studiedeltagarna samt systematiska fel minskade. Att tandhygienisten kände till vilken grupp försöksdeltagarna tillhörde borde inte ha någon betydelse i denna studie då graden av tandvårdsrädsla och attityder till tandhygienist inte borde påverkas av standardiserad- eller individanpassad munhälsoundervisning eftersom dessa interventioner inte syftar till att förbättra graden av tandvårdsrädsla eller attityder till tandhygienist utan syftar till att påverka munhygienbeteende.

Liknande resultat som denna studie visade finns bekräftat i flertalet andra studier (10, 15, 22, 26, 36) vilket stärker trovärdigheten för att resultaten i denna studie är sanna.

Resultaten i denna studie borde kunna generaliseras även till patienter med parodontit inom allmäntandvården då studiedeltagarna fått en intervention som inte endast var knuten till specialistkliniken och då inte heller någon skillnad kunde ses mellan dessa interventioner med

avseende på tandvårdsrädsla eller attityder till tandhygienist. Anledningen till resultaten kan till stor del bero på att kommunikationen och kontakten mellan studiedeltagaren och tandhygienisten blivit bättre och att ett ökat förtroende har skapats vilket är något som också borde kunna genomföras inom allmäntandvården i kontakten mellan patient och behandlare.

Konklusion

Resultatet visade att icke-kirurgisk parodontalbehandling utförd av tandhygienist minskar graden av tandvårdsrädsla och att attityder till tandhygienist förbättras efter denna typ av behandling.

Förslag till fortsatta studier

Då resultatet i denna studie visade på en förbättring med avseende på graden av tandvårdsrädsla samt attityder till tandhygienist från studiens start till tre månader efter behandling skulle det vara intressant att även följa grupperna under en längre period för att studera och se om detta är något som håller i sig även fortsättningsvis eller om det är en förbättring som uppkommit i början av behandlingen och som sedan avtar igen. Detta för att få kunskap om patienters upplevelser av behandlingsprocedurer och för att kunna skapa en så behaglig och bekymmersfri behandling som möjligt för patienten.

Referenser

- 1) Socialstyrelsen. *Kompetensbeskrivning för legitimerad tandhygienist*. 2005. Artikelnummer: 2005-105-3.
- 2) Öhrn K. The Role of Dental Hygienist in Oral Health Prevention. *Oral Health & Preventive Dentistry*. 2004;2: Supplement 1:277-281.
- 3) Taba M, Kinney J, Kim A S, Giannobile V. Diagnostic Biomarkers for Oral and Periodontal Diseases. *Dental Clinics of North America*. 2005 July; 49(3):551-71.
- 4) Page R C, Kornman K S. The pathogenesis of human periodontitis: an introduction. *Periodontology 2000*. 1997;14:9-11.
- 5) Van der Weijden G A, Timmerman M F. A systematic review on the clinical efficacy of subgingival debridement in the treatment of chronic periodontitis. *Journal of Clinical Periodontology*. 2002;29: Supplement 3:55-71.
- 6) Ishikawa I, Baehni P. Nonsurgical periodontal therapy – where do we stand now? *Periodontology 2000*. 2004;36:9-13.
- 7) Greenstein G. Nonsurgical periodontal therapy in 2000: a literature review. *The Journal of The American Dental Association*. 2000;131:1580-1592.
- 8) Baehni P, Giovannoli J-L. Patient profile and decision-making in periodontal practice. *Periodontology 2000*. 2004;36:27-34.
- 9) Klooster PW, Eber RM, Wang HL, Inglehart MR. Surgical versus non-surgical periodontal treatment: psychosocial factors and treatment outcomes. *Journal of Periodontology*. 2006 Jul;77(7):1253-1260.
- 10) Hakeberg M, Cunha L. Dental anxiety and pain related to dental hygienist treatment. *Acta Odontologica Scandinavica*. 2008;66(6):374-379.

- 11) Hellström K, Hanell Å, Liberman L. *Olika ångeststörningar hos barn och ungdomar*. Stockholm: Bokförlaget Prisma; 2003.
- 12) Furmark T, Holmström A, Sparthan E, Carlbring P, Andersson G. *Social Fobi – Effektiv hjälp med kognitiv beteendeterapi*. Stockholm: Liber AB; 2006.
- 13) Skaret E, Soevdsnes E K. Behavioural science in dentistry. The role of the dental hygienist in prevention and treatment of the fearful dental patient. *International Journal of Dental Hygiene*. 2005;3: 2-6.
- 14) Eitner S, Wichmann M, Paulsen A, Holst S. Dental anxiety – an epidemiological study on its clinical correlation and effects on oral health. *Journal of Oral Rehabilitation*. 2006;33:588-593.
- 15) Hittner J B, Hemmo R. Psychosocial predictors of Dental Anxiety. *Journal of Health Psychology*. 2009;14:53-59.
- 16) Hakeberg M, Berggren U, Carlsson S G. Prevalence of dental anxiety in an adult population in a major urban area in Sweden. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 1992 Apr;20(2):97-101.
- 17) Abrahamsson K H, Berggren U, Hallberg L, Carlsson S G. Dental phobic patients' view of dental anxiety and experiences in dental care: a qualitative study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2002;16:188-196.
- 18) Maggiri J, Locker D. Psychological factors and perceptions of pain associated with dental treatment. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 2002;30:151-159.
- 19) Berggren U, Pierce C J, Eli I. Characteristics of adult dentally fearful individuals. A cross-cultural study. *European Journal of Oral Sciences*. 2000;108:268-274.
- 20) Vermaire J H, de Jongh A, Aartman I H A. Dental anxiety and quality of life: the effect of dental treatment. *Community Dentistry and Oral Epidemiology* 2008;36:409-416.

- 21) Mehrstedt M, John M T, Tönnies S, Micheelis W. Oral health-related quality of life in patients with dental anxiety. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 2007;35:357-363.
- 22) Abrahamsson KH, Stenman J, Öhrn K, Hakeberg M. Attitudes to dental hygienists: evaluation of the Dental Hygienist Beliefs Survey in a Swedish population of patients and students. *International Journal of Dental Hygiene*. 2007;5: 95-102.
- 23) de Jongh A, Stouthard M E. Anxiety about dental hygienist treatment. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 1993 Apr;21(2):91-5.
- 24) Bohner G, Wänke M. *Attitudes and Attitude Change*. East Wussex (UK): Psychology Press Ltd; 2002.
- 25) Albarracín D, Johnson T B, Zanna P M, Kumkale T. *Attitudes: Introduction and Scope*. In: Albarracín D, Johnson T B, Zanna P M. *The handbook of attitudes*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Inc; 2005.
- 26) Öhrn K, Hakeberg M, Abrahamsson KH. Dental beliefs, patients' specific attitudes towards dentists and dental hygienists: a comparative study. *International Journal of Dental Hygiene*. 2008;6:205-213.
- 27) Jönsson B, Öhrn K, Oscarson N, Lindberg P. An individually tailored treatment programme for improved oral hygiene: introduction of a new course of action in health education for patients with periodontitis. *International Journal of Dental Hygiene*. 2009;7:166-175.
- 28) Silness J, Løe H. Periodontal disease in pregnancy. II. Correlation between oral hygiene and periodontal condition. *Acta Odontologica Scandinavica*. 1964;22:121-135.

- 29) Abrahamsson K H, Berggren U, Hakeberg M, Carlsson S G. The importance of dental beliefs for the outcome of dental-fear treatment. *European Journal of Oral Sciences*. 2003;111:99-105.
- 30) Nyman S, Bratthall D, Böhlin E. The Swedish dental health program for adults. *International Dental Journal*. 1984;34:130-134.
- 31) Britt E, Hudson S M, Blampied N M. Motivational interviewing in health settings: a review. *Patient Education and Counseling*. 2004;53:147-155.
- 32) Medicinska Forskningsrådet. MFR. *Riktlinjer för etisk värdering av medicinsk humanforskning. Forskningsetisk policy och organisation i Sverige*. 2002. MFR-rapport 2. 2:a reviderade upplagan.
- 33) Heft M W, Meng X, Bradley M M, Lang P J. Gender differences in reported dental fear and fear of dental pain. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 2007;35:421-428.
- 34) Gross J J, Carstensen L L, Pasupathi M, Tsai J, Skorpen C G, Hsu A Y. Emotion and aging: experience, expression, and control. *Psychology and Aging*. 1997 Dec;12(4):590-599.
- 35) Davis M A, Hoffman J R, Hsu J. Impact of patient acuity on preference for information and autonomy in decision making. *Academic emergency medicine: Official journal of the society for Academic Emergency Medicine*. 1999 Aug;6(8):781-785.
- 36) Doebling S, Rowe M M. Negative perceptions of dental stimuli and their effects on dental fear. *Journal of Dental Hygiene*. 2000 Spring;74(2):110-116.
- 37) Corah N L, Gale E N, Illig S J. Assessment of a dental anxiety scale. *Journal of the American Dental Association*. 1978 Nov;97(5):816-819.

Tandbehandling och tandvårdsrädsla

Markera med ett **X** för det påstående som stämmer bäst för Dig.

1. Försök tänka Dig in i situationen att Du har tid för besök hos tandhygienisten i morgon. Hur skulle Du känna Dig?
 - Jag skulle inte tycka det var otrevligt på något sätt
 - Jag skulle inte bekymra mig om det nämnvärt
 - Jag skulle nog känna mig lite orolig
 - Jag skulle vara rädd för att det skulle bli obehagligt och smärtsamt.
 - Jag skulle vara skräckslagen inför vad tandhygienisten skulle göra.

2. Tänk Dig nu in i situationen att Du sitter i väntrummet och väntar på Din tur. Hur känner Du Dig då?
 - Alldeles lugn
 - Lite orolig
 - Spänd.
 - Nervös och ängslig.
 - Så nervös och skräckslagen att jag förmodligen skulle svettas och känna mig sjuk.

3. Tänk Dig nu att det är Din tur. Du tar plats i behandlingsstolen och ser hur tandhygienist gör i ordning sina instrument. Hur tror Du att Du skulle känna Dig?
 - Alldeles lugn
 - Lite orolig
 - Spänd.
 - Nervös och ängslig.
 - Så nervös och skräckslagen att jag förmodligen skulle svettas och känna mig sjuk.

4. Tänk Dig att Du sitter hos tandhygienisten. Han/hon skall just sätta igång med att skrapa bort tandsten. Hur skulle Du känna Dig?
 - Alldeles lugn
 - Lite orolig
 - Spänd.
 - Nervös och ängslig.
 - Så nervös och skräckslagen att jag förmodligen skulle svettas och känna mig sjuk.

Behandling hos tandhygienist

Påståendena i detta formulär berör olika situationer, känslor och reaktioner, som kan upplevas hos **tandhygienisten**. Skatta Dina känslor och Din uppfattning just nu om dessa påståenden, genom att sätta ett **X** för det påstående som bäst överensstämmer med Din egen uppfattning om tandhygienister och tandhygienistbehandling i allmänhet.

5. Jag tror tandhygienister säger och gör saker för att undanhålla information/dölja saker för mig.

| | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Stämmer helt och hållet | Stämmer ganska mycket | Stämmer delvis | Stämmer lite grand | Stämmer inte alls |

6. Jag är orolig för att tandhygienisten inte ger mig all information jag behöver för att kunna ta rätt beslut om mina tänder.

| | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Stämmer helt och hållet | Stämmer ganska mycket | Stämmer delvis | Stämmer lite grand | Stämmer inte alls |

7. Jag tycker tandhygienister förklarar saker och ting på ett oklart sätt.

| | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Stämmer helt och hållet | Stämmer ganska mycket | Stämmer delvis | Stämmer lite grand | Stämmer inte alls |

8. Jag är orolig för att tandhygienister inte gärna tar sig tid att riktigt prata med patienter.

| | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Stämmer helt och hållet | Stämmer ganska mycket | Stämmer delvis | Stämmer lite grand | Stämmer inte alls |

9. Jag tycker att det känns obehagligt att ställa frågor till tandhygienisten.

| | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Stämmer helt och hållet | Stämmer ganska mycket | Stämmer delvis | Stämmer lite grand | Stämmer inte alls |

10. Tandhygienister säger saker som gör att jag skäms över hur jag sköter mina tänder.

| | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Stämmer helt och hållet | Stämmer ganska mycket | Stämmer delvis | Stämmer lite grand | Stämmer inte alls |

11. Jag är orolig för att tandhygienister ogillar när en patient kommer med egna önskemål.

| | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Stämmer helt och hållet | Stämmer ganska mycket | Stämmer delvis | Stämmer lite grand | Stämmer inte alls |

12. Jag är orolig för att tandhygienisten skall få mig att känna mig generad över mina tänder.

| | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Stämmer helt och hållet | Stämmer ganska mycket | Stämmer delvis | Stämmer lite grand | Stämmer inte alls |