



HÖGSKOLAN
DALARNA

Examensarbete

C-uppsats

Tandvårdsrädsla, generell oro och självkänsla

Dental fear, general anxiety and self-esteem

Författare: Jessica Friberg Lundin
Handledare: Christopher Patten
Examinator: Henriette Wallén Warner
Ämne/huvudområde: Psykologi III
Poäng: 15hp
Betygsdatum: 12.02.17

Examensarbete nr: 11_10

Högskolan Dalarna
791 88 Falun
Sweden
Tel 023-77 80 00

Extreme dental fear can lead to psychosocial problems that give negative impact on daily life. The purpose of this study was to investigate dental fear impact on self esteem and general anxiety by matching extreme dental fear individuals with a control group. The 55 participants in the control group were also examined for gender and age differences. Independent t-test showed that there was no difference between gender in dental fear (H1), general anxiety (H2), or self-esteem (H3) and ANOVA calculations showed that there was no difference between different age-groups in dental fear (H4), general anxiety (H5) or self-esteem (H6). Eight survey responses from the dental fear group were obtained and dependent t-tests showed that there were no significant differences in self-esteem (H7) or general anxiety (H8) between the two groups. Due to low number of participants it is difficult to draw valid conclusions from the results.

Extrem tandvårdsrädsla kan leda till psykosociala besvär som ger negativ inverkan på det dagliga livet. Syftet med studien var att undersöka tandvårdsrädslans inverkan på självkänsla och generell oro genom att matcha extremt tandvårdsrädda individer med en kontrollgrupp. För de 55 deltagarna i kontrollgruppen undersöktes även köns- och åldersskillnader. Oberoende t-test visade att det inte fanns någon skillnad mellan könen vad gäller tandvårdsrädsla (H1), generell oro (H2) eller självkänsla (H3) och ANOVA - beräkningar visade att det inte fanns någon skillnad mellan olika åldersgrupper och tandvårdsrädsla (H4), generell oro (H5) eller självkänsla (H6). Åtta enkätsvar från den tandvårdsrädda gruppen erhöles och beroende t-tester visade att det inte fanns några signifikanta skillnader i självkänsla (H7) eller generell oro (H8) mellan de båda grupperna. På grund av för litet deltagarantal är det svårt att dra valida slutsatser av resultaten.

Den stress som patienten upplever vid ett tandvårdsbesök definieras som dental oro medan extrem tandvårdsrädsla kan klassas som en specifik fobi (odontofobi). Den definieras då som en klinisk signifikant oro som utvecklas till följd av ett specifikt objekt eller situation och som leder till ett undvikande och/eller störande av individens normala rutiner och dagliga liv (Economou, 2003). Tandvårdsrädsla tillhör de allra vanligaste rädsorna (Economou, 2003; Fiset, Milgrom, Weinstein & Melnick, 1989) och cirka 40 % av befolkningen känner måttlig oro inför ett tandläkarbesök (Stouthard, & Hoogstraten, 1990) medan cirka 4-6% av populationen känner hög eller mycket hög oro inför ett tandvårdsbesök (Hakeberg, Berggren & Carlsson, 1992; Moore, Birn, Kirkegaard, Brodsgaard & Scheutz, 1993). Prevalensen har inte minskat trots ökad

medvetenhet och effektivare behandlingsmetoder och den gäller oberoende av population, land, kön och ålder, även om kvinnor i åldern 30-45 är något överrepresenterade (Hakeberg, Hallonsten, Hägglin & Skaret, 2003; Hmud & Walsh, 2009). Bara en minoritet av patienterna, ca 14 %, känner ingen oro alls vid tandvårdsbesök (Hmud & Walsh, 2009).

Utvecklandet av tandvårdsrädsla är en multifaktoriell process där både individuell sårbarhet, traumatiska tandvårdsupplevelser och behandlarens beteende är av största vikt (Hmud & Walsh, 2009). En negativ spiral kan skapas där oro och rädsla upprätthålls genom negativa förväntningar på patientens egen förmåga att klara av en behandling (Abrahamsson, Berggren, Hallberg & Carlsson, 2002). Tandvårdsrädsla börjar ofta i barndomen vid 11-12 års ålder (Öst, 1987), når en topp i yngre vuxenåldern (Thomson, Locker & Poulton, 2000) och avtar sedan med åren (Locker & Liddell, 1991).

När en rädsla med ett undvikande beteende väl har etablerats kan det skapa såväl orala som psykosociala problem och den påverkan som tandvårdsrädslan har på det dagliga livet är både omfattande och dynamisk (Abrahamsson et al, 2002; Locker, 2003). I samband med själva besöket undviks ofta social kontakt och förhållandet till kollegor, vänner och andra nära relationer blir ansträngt. Extrem odontofobi kan ha skadlig effekt på skapandet och upprätthållandet av nära relationer över huvudtaget (Cohen, Fiske & Newton, 2000).

Dålig oral hälsa, oavsett verklig eller upplevd, i kombination med individens oförmåga att uppsöka tandvården kan leda till känslor av skam och underlägsenhet vilket i sig kan späda på oron och det undvikande beteendet (Locker, 2003). I en studie av Moore, Brodsgaard & Rosenberg (2004) rapporterade 47 % känslor av skam i samband med dentala situationer, dels i behandlingsrummet vid uppvisandet av tänderna och erkännandet av mångårig misskötsel men även i form av en generell förlägenhet som påverkade det dagliga livet. Sextiotre procent log eller skrattade aldrig fullt ut, utan hade lärt sig att täcka över munnen vid sociala interaktioner. Andra konsekvenser var skuld-känslor, tabu-tankar, social tillbakadragenhet, personlighetsförändring och dåligt självkänsla. Misskötsel sågs som ett personligt misslyckande och tabu-tankarna medförde hemlighetsmakeri både på jobbet (36 %) och i hemmet (20 %). Förlägenhet och skam associeras med personlig respons på offentliga, moraliska granskningar eller tecken på förlorad självkänsla, medan skuld är ett brott mot den egna moraliska standarden (Moore et al, 2004).

Självkänsla och strävandet efter att må bra har ansetts vara en viktig del av människans natur sedan psykologins vagg. Självkänsla är starkt bundet till individens övertygelse om hur denne bedöms av andra och kan ses som en psykologisk mätare som dels övervakar den sociala miljön om huruvida individen blir accepterad eller avvisad av

andra individer (Leary, 1999; Thomaes, Reijntjes, & Orobio de Castro, 2010) och delger en generell bild av individens självuppfattning, egenvärde och självförtroende (Johnson, 1998). Självkänslans etiologi är mycket komplex och kan påverkas av många olika faktorer. Bland annat sänks den oftast av misslyckande, kritik och avvisande (Leary, 1999; Schutz, 1998), kvinnor har lägre självkänsla än män (Kling, Hyde, Showers & Buswell, 1999), arbetslösa har sämre självkänsla än de som har ett arbete (Axelsson & Ejlertsson, 2002; Dooley & Prause, 1997) och individer med hög social oro har lägre självkänsla än de med låg social oro (Kockovski & Endler, 2000). Vidare har även åldern en inverkan där självkänslan är relativt hög i barndomen, sjunker under tonåren och höjs sedan gradvis under vuxenåren för att sedan minska igen på ålderns höst (Robins & Trzesniewski, 2005). Hög självkänsla associeras med psykologiska fördelar som subjektivt välbefinnande samt frånvaro av depression och oro (Neiss, Sedikides & Stevenson, 2002) medan låg självkänsla korrelerar med bland annat aggression, antisocialt beteende och kriminalitet (Donnellan, Trzesniewski, Robin, Moffitt & Caspi, 2005). Låg självkänsla i tonåren kan förutspå sämre ekonomi och sämre psykisk och fysisk hälsa som vuxen (Trzesniewski, Donnellan, Moffitt, Robins, Poulton & Caspi, 2006).

Flera studier har visat att extrem tandvårdsrädsla har ett samband med låg självkänsla (Cohen et al, 2000; Moore et al, 2003; Locker, 2003; Schuurs, Duivenvoorden, Makkes, van Velzen & Verhage, 1988). Försämrade självkänsla till följd av odontofobi verkar vara resultatet av ett kroniskt tillstånd av tandvårdsundvikande, hemlighetsmakeri, skam- och skuld känslor som i många fall ledde till rädsla för social granskning. Denna rädsla är inte specifikt för odontofobi utan kan jämföras med andra sociala fobier som till exempel att prata eller äta offentligt (Moore et al, 2004). Cirka 20 % av de som lider av odontofobi lider även av andra fobier och generell oro, vilket kan ha inverkan på dentala behandlingar och upplevelser såväl som det dagliga livet (Fiset et al. 1989). I de fall där tandvårdsrädslan kombinerades med andra fobier, generell oro och andra emotionella störningar var självkänslan lägre än för de som enbart led av odontofobi (Abrahamsson, Berggren & Carlsson, 2000; Locker, 2002).

Även om det finns en del tidigare litteratur om sambandet mellan tandvårdsrädsla och psykosociala konsekvenser i allmänhet och tandvårdsrädsla och låg självkänsla i synnerhet, handlar de allra flesta studier som gjorts om tandvårdsrädsla om uppkomst, prevalens och kliniska konsekvenser (t ex undvikande, sämre oral hälsa och attityder till behandlaren och olika dentala situationer). Som ett exempel på detta kan rapporteras att vid en sökning på Google Scholar med sökorden tandvårdsrädsla, dental anxiety och dental fear handlade de första 60 träffarna (sorterade efter relevans) om: prevalens 25 %, kliniska konsekvenser 21.6%, uppkomst 20 %, behandling och coping-strategier 16.7% och utvecklandet av mätskalor 11.7%. I de studier som ändå finns om tandvårdsrädslans inverkan på det dagliga livet nämns oftast låg självkänsla som en liten del av andra psykosociala konsekvenser (Economou, 2003; Locker, 2003) eller

som följd av en viss personlighet (Schuurs et al, 1988). En del kvalitativa studier har genomförts där låg självkänsla har visat sig vara en konsekvens av extrem tandvårdsrädsla (Cohen et al, 2000; Moore et al, 2004) men relativt få studier verkar ha undersökt tandvårdsrädslans direkta inflytande på självkänslan genom kvantitativa metoder. Syftet med studien var att med kvantitativa metoder undersöka dels tandvårdsrädslans inverkan på självkänsla och generell oro genom att matcha extremt tandvårdsrädda individer med en kontrollgrupp, dels att undersöka vilken inverkan kön och ålder hade på tandvårdsrädsla, generell oro och självkänsla i en normalpopulation som inte led av extrem tandvårdsrädsla.

De hypoteser som undersöktes i denna studie var:

- 1) Det finns en skillnad i tandvårdsrädsla mellan könen.
- 2) Det finns en skillnad i generell oro mellan könen
- 3) Det finns en skillnad i självkänsla mellan könen
- 4) Det finns en skillnad i tandvårdsrädsla mellan olika åldersgrupper
- 5) Det finns en skillnad i generell oro mellan olika åldersgrupper
- 6) Det finns en skillnad i självkänsla mellan olika åldersgrupper
- 7) Det finns en skillnad i självkänsla mellan individer med hög respektive låg tandvårdsrädsla.
- 8) Det finns en skillnad i generell oro mellan individer med hög respektive låg tandvårdsrädsla.

METOD

Undersökningsdeltagare

Undersökningsdeltagarna i den tandvårdsrädda gruppen valdes utifrån en totalpopulation från en specialistklinik dit de blivit remitterade av sina ordinarie tandläkare. Ansvarig tandläkare på Sjukhustandvården tog kontakt med de patienter som varit på besök på kliniken men inte påbörjat KBT-behandling för sina problem. Särskild vikt lades på information om att deltagandet var frivilligt, helt anonymt och att vården skulle vara densamma oavsett om de medverkade eller inte. Av totalt 20 utskickade enkäter erhöles svar från tio deltagare. Två av dessa hade under 14 poäng på Dental Anxiety Scale och uteslöts då gränsen för extrem tandvårdsrädsla hade satts vid 14 poäng (Corah, 1969). Av de resterande åtta deltagarna var sex stycken kvinnor och två stycken män, medelåldern var 39,5 år och medelvärdet för tandvårdsrädsla var 17,38 (SD: 2,5, max 20). Matchningen med deltagare ur kontrollgruppen prioriterades utifrån kön och ålder, där det max skilde två år mellan deltagarna.

Undersökningsdeltagarna i kontrollgruppen erhöles genom slumpmässigt urval på en vanlig folktandvårdsklinik. Det kom in 65 enkätsvar men tio stycken uteslöts på grund av ofullständigt ifyllda enkäter. Av de 55 som blev kvar var 26 deltagare (47,3 %) kvinnor och 29 stycken (52,7%) män. Åldern varierade mellan 18 och 73 och den totala

medelåldern var 44,5 år (43år för kvinnor och 46 år för män). För åldersrelaterade skillnader delades undersökningsdeltagarna in i tre olika åldersgrupper; 18-35, 36-55 och 56-73. Medelvärdet för tandvårdsrädsla var 7,62 (SD: 2,62, max 20).

Studien, framförallt med fokus på procedur, blev etiskt granskad och godkänd av Forskningsetiska nämnden på Högskolan Dalarna vid deras möte den 27/10 2011 samt godkänd av forskningsrådet på Folk tandvårdens kansli. Studien var också granskad och godkänd av respektive klinikchef.

Material

En enkät användes som innehöll frågor från tre olika mätskalor; the Dental Anxiety Scale (DAS, Corah, 1969) för att fastställa graden av tandvårdsrädsla (odontofobi), Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD, Zigmond & Snaith, 1983) för att fastställa graden av generell oro och Rosenberg Self-esteem Scale (RSES, Rosenberg, 1965) för att mäta självkänslan. HAD modifierades för att bara gälla oro, d v s alla frågor rörande depression togs bort och information lades till för att klargöra att frågorna gällde generell oro och inte den specifika oro som rör dentala situationer. Alla skalor översattes från engelska till svenska av författaren, ingen back-translation gjordes.

DAS- skalan innehöll fyra frågor av typen ”När du sitter i väntrummet och väntar på din tur att sätta dig i tandläkarstolen, hur känner du dig? ”. Svartalternativen var fem stycken och sträckte sig från ”Avslappnad”(1 poäng) till ”Så orolig att jag blir alldeles svettig och mår fysiskt illa” (5 poäng). Totalpoängen för de fyra frågorna räknades ut för varje deltagare och användes som ett index (rädsloindex). Cronbach alpha var 0,90. Gränsen för extrem tandvårdsrädsla/odontofobi drogs vid 14 poäng och max var 20. HDA: oroskalan innehöll sju frågor av typen ”Jag känner mig spänd och nervös”. Svartalternativen var fyra stycken och sträckte sig från ”Aldrig” (0 poäng) till ”Väldigt ofta”(3 poäng). Gränsen för hög oro drogs vid 10 poäng och max var 21. Totalpoängen för varje deltagare räknades ihop för de sju frågorna i oroskalan och användes som ett index (orosindex). Cronbach alpha var 0,81. RSES-skala för att mäta självkänsla innehöll fem frågor av typen ” På det hela taget känner jag mig nöjd med mig själv” och fem frågor av typen ” Jag skulle kunna ha mer respekt för mig själv”. Svartalternativen var genomgående; instämmer helt, instämmer delvis, instämmer inte och instämmer verkligen inte och poängsättningen sträckte sig från 0-3 poäng och kodades om efter typ av fråga. Totalpoängen för de tio frågorna räknades ut för varje deltagare och användes sedan som ett index (självkänslaindex) vid beräkningar. Cronbach alpha var 0,88. Maxpoängen var 30 och gränsen för låg självkänsla sattes vid 15 poäng och under. Bakgrundsdelen behandlade frågor som kön, ålder, sysselsättning, utbildningsnivå och upplevd oral hälsa. Enkäten finns i sin helhet i Bilaga 1.

Procedur

Ansvarig tandläkare på specialistkliniken för Sjukhustandvård tog kontakt med undersökningsdeltagarna via telefon och gav en muntlig presentation av studien, därefter skickades enkät och skriftlig information om studien ut via brev. Därefter tog de ställning till ett deltagande, fyllde i enkäten och skickade tillbaka svaren i ett omärkt, frankerat kuvert direkt till undersökningsledaren. För insamlandet av data från kontrollgruppen lämnades enkäter med bifogad skriftlig information i receptionen på en folktandvårdsklinik där de distribuerades under tio dagar till icke handikappade, svensktalande personer över 18 år. Enkäterna ifylldes i väntrummet, stoppades i ett omärkat kuvert och lämnades i anvisad, sluten låda i receptionen och samlades sedan in av undersökningsledaren vid ett senare tillfälle. En pilotundersökning genomfördes på en vanlig tandvårdsklinik med samma procedur för insamling av data som för kontrollgruppen, varefter nödvändiga ändringar på enkäten gjordes efter behov.

Analys

I kontrollgruppen gjordes beräkningar med oberoende t-test på skillnader mellan kön och tandvårdsrädsla (H1), kön och generell oro (H2) samt kön och självkänsla (H3). Det gjordes även beräkningar med ett orelaterat ANOVA-test på skillnader mellan ålder och tandvårdsrädsla (H4), ålder och generell oro (H5) samt ålder och självkänsla (H6). I den matchade gruppen användes beroende t-tester för att beräkna skillnaden i självkänsla (H7) och skillnaden i graden av generell oro (H8) mellan individer med hög respektive låg tandvårdsrädsla.

Parametriska tester användes då mätskalorna ansågs väl beprövade med hög validitet och reliabilitet (Berggren, & Carlsson, 1985; Bjelland, Dahl, Haug, & Neckelmand, 2002; Corah, 1969; Heatherton, & Polivy, 1991; Lisspers, Nygren, & Söderman, 1997; Mykletun, Stordal & Dahl, 2001). Med hjälp av histogram och kontroll av Levenés-test (över 0.05) konstaterades att materialet var normalfördelat och att variansen var inom rimliga värden.

RESULTAT

Oberoende t-test visade att skillnaderna mellan könen inte var signifikanta för varken rädslaindex ($t(53)=0.607$, $p=0.55$), orosindex ($t(53)=0.549$, $p=0.59$) eller självkänslaindex ($t(51)=-0.438$, $p=0.66$) (Se Tabell 1). Ingen individ i kontrollgruppen led av extrem tandvårdsrädsla (>14 poäng på DAS).

Tabell 1. Prevalens, medelvärde och standardavvikelse för rädsloindex, orosindex och självkänslindex uppdelat på kön.

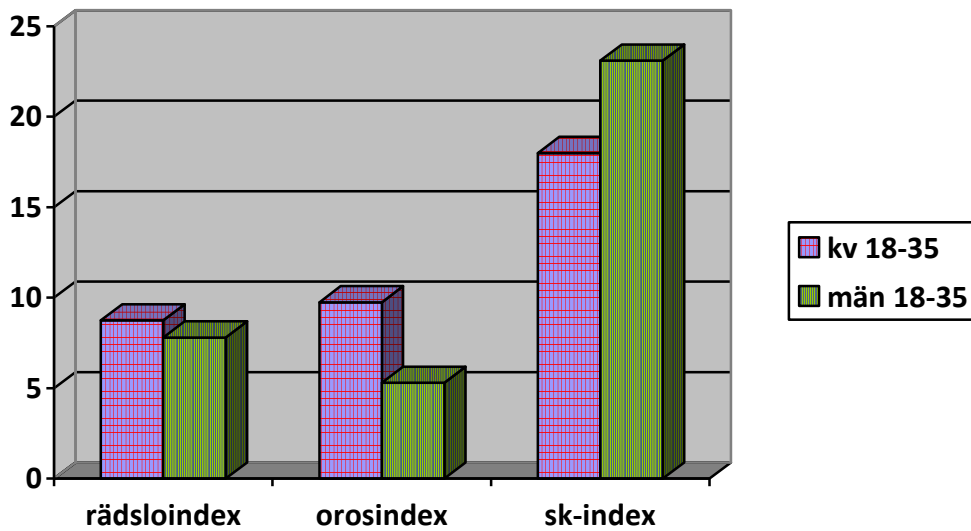
		Rädsloindex	Orosindex	Självkänslindex
		9-12 på DAS,max 20	Över 10 på HAD-skalan, max 21	Under 15 på RSES max 30
Kvinnor	Prevalens	42 % (11st)	30,7% (8st)	19,2% (5st)
	Medelvärde	7,85	7,54	20,60
	St.D	2,65	3,51	5,17
Män	Prevalens	33,4% (10st)	27,5% (8st)	10% (3st)
	Medelvärde	7,41	6,97	21,18
	St.D	2,62	4,15	4,51

Oberoende envägs - ANOVOR genomfördes för att ta reda på ålderns inverkan (oavsett kön) på rädsloindex, orosindex och självkänslindex. Deltagarna i kontrollgruppen delades in i tre olika grupper beroende på ålder (Grupp 1: 18-35 år, Grupp 2: 36-55 år och Grupp 3: 56-73 år). Medelvärdet för rädsloindex var högst i Grupp 1 (18-35 år) med 8,22 (SD 2,51) för att sedan gradvis sjunka med åldern. Medelvärdet för både självkänslindex och orosindex var högst i Grupp 2 (36-55 år) med 21,05 respektive 7,81 och något lägre i grupp 1 och 3. Skillnaderna var inte signifikanta (självkänslindex: $F(2, 55) 0.14$, $p = 0.986$ och orosindex: $F(2, 55) 0.572$, $p = 0.568$) (Se tabell 2).

Tabell 2. Medelvärde och standardavvikelse för rädsloindex, orosindex och självkänslindex uppdelat på ålder.

	Rädsloindex 9-12 på Das-skalan max 20	Orosindex Över 10 på HAD-skalan, max 21	Självkänslindex Under 15 på RSES-skalan max 30
18-35 år			
Medelvärde	8,22	7,28	20,83
St.D	2,51	4,04	5,14
36-55 år			
Medelvärde	7,67	7,81	21,05
St.D	2,71	4,00	4,64
56-73år			
Medelvärde	6,88	6,44	20,81
St D	2,60	3,48	4,79

Vid en uppdelning på både kön och ålder hade kvinnor mellan 18-35 års ålder högre medelvärde för rädsloindex (Kv: M=8.75, SD: 2.18; Män: M=7.80, SD=2.78) och orosindex (Kv: M=9.75, SD: 3.42; Män: M=5.30, SD=3.43) samt lägre medelvärde på självkänslindex (Kv: M= 18, SD= 4.03; Män: M= 23.1, SD= 4.93). Oberoende t-tester visade att skillnaderna var signifikanta både vad gäller orosindex ($t(16) = 2.725$, $p < 0.01$) och självkänslindex ($t(16) = -2,357$, $p < 0.05$) (Se figur 1). För rädsloindex och i övriga åldersgrupper fanns inga signifikanta skillnader mellan könen.



Figur 1. Medelvärde för rädslaindex, orosindex och självkänslaindex(sk-index) i åldersgruppen 18-35 år uppdelat på kön.

I den matchade gruppen utfördes ett beroende t-test på hypotes 7 för att undersöka tandvårdsrädslans inverkan på individens självkänsla. Det fanns ingen signifikant skillnad i självkänslaindex mellan individer med hög tandvårdsrädsla ($M= 18.0$, $SD= 2.93$) jämfört med individer med låg tandvårdsrädsla ($M=18.5$, $SD=3.85$), $t(8) = -0,38$, $p= 0.717$). Skillnaden i medelvärdet var 0.5 och i båda grupperna hamnade 25 % av deltagarna på ett värde som tydde på låg självkänsla.

Ett beroende t-test utfördes även på hypotes 8 för att undersöka tandvårdsrädslans samband med graden av generell oro. I den tandvårdsrädda gruppen (rädslaindex >14) hamnade 62.5 % av deltagarna över 10 poäng jämfört med 25 % i den icke tandvårdsrädda gruppen. Skillnaden i orosindex var inte signifikant mellan individer med hög tandvårdsrädsla ($M= 9.88$, $SD=3.18$) och individer med låg tandvårdsrädsla ($M= 8.25$, $SD=3.41$), $t(8) = 0.95$, $p = 0.374$.

DISKUSSION

Syftet med studien var att med kvantitativa metoder undersöka dels tandvårdsrädslans inverkan på självkänsla och generell oro genom att matcha extremt tandvårdsrädda individer med en kontrollgrupp, dels att undersöka vilken inverkan kön och ålder hade på tandvårdsrädsla, generell oro och självkänsla i en normalpopulation som inte led av extrem tandvårdsrädsla.

De hypoteser som undersöktes i denna studie var:

- 1) Det finns en skillnad i tandvårdsrädsla mellan könen.
- 2) Det finns en skillnad i generell oro mellan könen
- 3) Det finns en skillnad i självkänsla mellan könen
- 4) Det finns en skillnad i tandvårdsrädsla mellan olika åldersgrupper
- 5) Det finns en skillnad i generell oro mellan olika åldersgrupper
- 6) Det finns en skillnad i självkänsla mellan olika åldersgrupper
- 7) Det finns en skillnad i självkänsla mellan individer med hög respektive låg tandvårdsrädsla.
- 8) Det finns en skillnad i generell oro mellan individer med hög respektive låg tandvårdsrädsla.

Resultaten för hypotes ett visar att prevalensen för måttlig tandvårdsrädsla (mellan 9-12 på DAS) låg kring 42 procent för kvinnor och cirka 33 procent för männen vilket stämmer överens med tidigare resultat på cirka 40 procent (Stouthard & Hoogstraten, 1990). Avsaknaden av extremt tandvårdsrädda individer (> 14 på DAS) skulle kunna härledas till dessa individers benägenhet att undvika tandvården (Abrahamsson et al, 2002; Locker, 2003). Skillnaderna i rädslaindex är inte signifikanta och hypotesen kan inte godtas, däremot stämmer tendensen överens med tidigare forskning som visat att kvinnor är något överrepresenterade vad gäller tandvårdsrädsla (Hakenberg et al, 2003; Hmud & Walsh, 2009).

Resultatet för hypotes två visar att skillnaderna för orosindex inte är signifikanta mellan könen och hypotesen kan inte godtas. Tendensen följer dock tidigare forskning som visat att kvinnor oftast lider av högre generell oro än män (Breslay, Schultz & Peterson, 1995).

Resultaten för hypotes tre visar att förekomsten av låg självkänsla är nästan dubbelt så hög hos kvinnor som hos män. Skillnaderna i självkänslaindex är dock inte signifikanta och hypotesen kan inte godtas, men tendensen följer tidigare forskning som visat att kvinnor oftast har lägre självkänsla än män (Kling et al, 1997).

Resultaten för hypotes fyra visar att medelvärdet för rädslaindex var högst i Grupp 1 (18-35 år) för att sedan gradvis sjunka med åldern. Resultaten var inte signifikanta och

hypotesen kan inte godtas, men tendensen följer tidigare forskning som visat att tandvårdsrädsla ofta börjar i barndomen vid 11-12 års ålder (Öst, 1987), når en topp i yngre vuxenåldern (Thomson, Locker & Poulton, 2000) för att sedan avta med åren (Locker & Liddell, 1991).

Resultatet för hypotes fem visar att individer i åldern 36-55 år har högst medelvärde på orosindex tätt följt av grupp 1 (18-35) och grupp 3 (56-73). Skillnaderna var inte signifikanta och hypotesen kan inte godtas men tendensen följer någorlunda tidigare forskning som visat att generell oro ökar fram till medelåldern (ca 25-50år) för att sedan sjunka med åren (Jorm, 2000).

Resultatet för hypotes sex visar att grupp 1 (18-35) och grupp 2 (56-73) hade lägst medelvärde på självkänslindex medan mellangruppen med individer mellan 35 och 56 år hade något högre. Skillnaderna var inte signifikanta och hypotesen kan inte godtas, men resultaten är återigen i samklang med tidigare forskning som visat att självkänslan sänks i tonåren, höjs gradvis under vuxenåren för att återigen bli lägre på ålderns höst (Robins & Trzesniewski, 2005).

Ingen av de sex första hypoteserna kunde godtas då en uppdelning på kön och ålder oberoende av varandra inte gav några signifikanta skillnader. Vid en uppdelning på både kön och ålder däremot hade kvinnor mellan 18-35 års ålder signifikant högre medelvärde för orosindex och lägre medelvärde på självkänslindex. För rädslindex och i övriga åldersgrupper fanns inga signifikanta skillnader mellan könen.

Resultaten för hypotes sju och åtta visar att det inte finns någon signifikant skillnad i medelvärdet på varken självkänslindex eller orosindex mellan extremt tandvårdsrädda individer och icke tandvårdsrädda individer. Ingen av dessa hypoteser kan därför godtas. Dessa resultat går emot tidigare forskningsresultat som visat på att extrem tandvårdsrädsla har ett samband med låg självkänsla (Cohen et al, 2000; Moore et al, 2003; Locker, 2003; Schuurs et al, 1988) och att tandvårdsrädsla kombinerad med generell oro ger en ännu lägre självkänsla än för de som enbart lider av odontofobi (Abrahamsson et al 2000; Locker, 2002).

Ett problem med den här studien är det låga antalet undersökningsdeltagandet i den extremt tandvårdsrädda gruppen. Endast 20 stycken patienter hittades som passade in på kriterierna, tio enkäter kom tillbaka och av dessa var det åtta valida svar som kunde användas för analysering. Detta kan ha många orsaker, dels har extremt tandvårdsrädda individer ofta en tendens att undvika tandvården (Abrahamsson et al, 2002; Locker, 2003) och kan därmed inte heller få en remiss till specialistkliniken, dels försöker specialistkliniken för Sjukhustandvård och Oral Medicin beta av remisskön så snabbt som möjligt vilket gjorde att det fanns få remisser att tillgå från början. En annan aspekt är att många extremt tandvårdsrädda individer känner stor skuld och skäms över sitt

tillstånd (Locker, 2003; Moore et al, 2004) vilket också kan ha bidragit till att så få svar kom in. Studien borde ha genomförts under längre tid så att fler relevanta undersökningsdeltagare kunde ha lokaliserats och fler påminnelser kunde ha skickats ut. Nu var gruppen dels för liten från början och det fanns heller ingen tid för att skicka ut påminnelser, vilket kanske skulle ha kunnat höja svarsfrekvensen.

Studiens design där undersökningsdeltagarna från en extrem tandvårdsrädd grupp matchas med deltagare från en kontrollgrupp fungerar även om den inte idealisk, men även här är tiden av betydelse. Om det hade funnits längre tid vid datainsamlingen kunde enbart extremt tandvårdsrädda undersökningsdeltagaren ha använts och de skulle ha fått fylla i en enkät vid första besöket på kliniken samt vid utskrivningen när de varit färdigbehandlade för sin tandvårdsrädsla. Eftersom framförallt självkänslans etiologi är så pass komplex hade det varit bra för studiens validitet och reliabilitet att utesluta så många omkringliggande faktorer som möjligt som kan ha påverkat svaren.

Att det inte kom fram några signifikanta resultat på hypotes sju och åtta i den här studien, att extrem tandvårdsrädsla har ett samband med självkänsla och högre generell oro, kan bero på det låga antalet undersökningsdeltagare. Det kan också bero på enkätfrågorna. För även om mätskalorna (DAS, HAD och RESE) har använts ofta och kan anses vara väl beprövade med hög validitet och reliabilitet (Berggren, & Carlsson, 1985; Bjelland, Dahl, Haug, & Neckelmand, 2002; Corah, 1969; Heatherton, & Polivy, 1991; Lisspers, Nygren, & Söderman, 1997; Mykletun, Stordal & Dahl, 2001) har framförallt Rosenbergs Self-esteem Scale vissa komponenter som kan leda till feltolkningar och svarsbias. RSES har dels ett väldigt direkt tillvägagångssätt vid tillfrågandet om hur individen tycker och tänker om sig själv och påståenden som ”Jag känner mig helt värdelös ibland” kan uppfattas som väldigt hårt vilket kan leda till ett svarsbias där deltagaren antingen försöker skydda sin självbild mot alltför negativa påhopp eller försöker svara enligt rådande sociala normer (Johnsson, 1998). Även översättningen från engelska till svenska kan skapa problem, framförallt de påståenden som har en omvänd kodning, till exempel kan påståendet ”All in all, I am inclined to feel that I am a failure” uppfattas annorlunda än den svenska versionen ”På det hela taget känner jag mig misslyckad”. I den här studien valdes Rosenbergs Self-esteem på grund av att det var den skala som användes mest vid mätningar av självkänsla, men det skulle vara intressant att göra om studien med en annan skala som t ex Basic Self-esteem Scale som har mer indirekta frågor som ”Jag kan lätt uttrycka mina känslor” och ”Jag oroar mig sällan för vad andra människor tycker om mig” (Johnsson, 1998).

För att höja validiteten för den här studien användes väl beprövade mätskalor till enkäten och det genomfördes en pilotundersökning för att försöka minimera risken för missförstånd och oklarheter. Validiteten kan dock ha sänkts något på grund av svårigheten med klart definierade begrepp, problem vid översättningen och framförallt självkänslans komplexa etiologi. För att höja validiteten ytterligare skulle en back-

translation på enkätfrågorna gjorts för att minimera eventuella språkliga oklarheter. Reliabiliteten stärktes dels genom pilotstudien och dels genom en etiskt granskad procedur där anonymitet och frivillighet betonades. Sanningshalten på svaren kan dock ifrågasättas då förekomsten av extrem tandvårdsrädsla, hög generell oro och låg självkänsla är tillstånd som alla skapar känslor av skam, skuld och tabu vilket kan skapa svarsbias.

Sammanfattningsvis kan det konstateras att ingen av studiens hypoteser kunde bekräftas. Resultaten där kvinnor i åldern 18-35 känner av högre generell oro och lägre självkänsla än sina jämnåriga manliga motsvarighet, är intressanta men har ingen egentlig betydelse för de ursprungliga hypoteserna att extrem tandvårdsrädsla har en inverkan på dessa tillstånd.

Författaren anser att det skulle vara intressant att göra om den här studien under längre tid, med fler undersökningsdeltagare som till exempel fyllde i enkäter före och efter sin KBT-behandling. För att få mer grepp om framförallt självkänslan skulle även enkäten kunna formas om och flera olika mätskalor för självkänsla skulle kunna läggas till för att få med alla aspekter på detta komplexa fenomen. För trots avsaknaden av signifikanta resultat i just den här studien måste strävandet efter kunskap om de psykosociala problemen som kan uppstå till följd av extrem tandvårdsrädsla fortgå. Munnen anses för närvarande knappt vara en del av kroppen och tandvården är inte heller inkluderad i sjukvårdstaxan och ju fler försök som görs för att visa att odontofobi kan leda till besvär även utanför behandlingsrummet desto närmare kommer vi en integrering och desto mer hjälp, stöd och förståelse kan dessa extremt tandvårdsrädda individer få.

FÖRFATTARENS TACK

Tack till Torsten Blomkvist, ordförande i Forskningsetiska nämnden på Högskolan Dalarna, dels för att han tog med mitt ärende på mötet i oktober fastän inlämningstiden egentligen hade gått ut men framför allt för ett proffsigt, vänligt och effektivt bemötande.

Tack till klinikcheferna på respektive klinik för hjälp med distribuering och för att jag fick störa er personal i sina vanliga rutiner.

Sist men inte minst, ett STORT tack till ansvarig tandläkare på specialistkliniken för Oral medicin och Sjukhustandvård, Christer Swallinger, för att han tog sig tid att inte bara lokalisera remisser utan även personligen ringa upp var och en tala sig varm om mitt projekt. Tack även för idébollning, stöd, roliga historier, gott kaffe och trevlig konversation!

REFERENSER

Abrahamsson, K., Berggren, U., Hallberg, L., & Carlsson, S. G. (2002) Dental phobic patients' view of dental anxiety and experiences in dental care: A qualitative study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, *16*, 188-196.

Axelsson, L., & Ejlertsson, G. (2002). Self reported health, self-esteem and social support among young unemployed people: A population-based study. *International Journal of Social Welfare*, *11*, 111-119.

Berggren, U., & Carlsson, S. G. (1985). Usefulness of two psychometric scales in Swedish patients with severe dental fear. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, *13*, 70-74.

Bjelland, I., Dahl, A., Haug, T. T., & Neckelmand, D. (2002) .The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale: An updated literature review. *Journal of Psychosomatic Research*, *52*, 69-77.

Breslay, N., Schultz, L., & Peterson, E. (1995). Sex differences in depression: A role for preexisting anxiety. *Psychiatric Research*, *58*, 1-12.

Corah, N. L. (1969). Development of a Dental Anxiety Scale. *Journal of Dental Research*, *48*, 596.

Cohen, S. M., Fiske, J., & Newton, J. T. (2000). The impact of dental anxiety on daily living. *British Central Journal*, *189*, 385-390.

Donnellan, M. B., Trzesniewski, K. H., Robin, R. W., Moffitt, T. E., & Caspi, A. (2005). Low self-esteem is related to aggression, antisocial behavior and delinquency. *Psychological Science*, *16*, 328-335.

Dooley, D., & Prause, J-A. (1997). Effects of students' self-esteem on later employment status: Interactions of self-esteem with gender and rase. *Applied Psychology: An International Review*, *46*, 175-198.

Economou, G. C. (2003). Dental anxiety and personality: Investigating the relationship between dental anxiety and self-consciousness. *Journal of Dental Education*, *67*, 970-980.

Fiset, L., Milgrom, P., Weinstein, P., & Melnick, S. (1989). Common fears and their relationship to dental fear and utilization of the dentist. *Anesth Prog*, *36*, 258-64.

Hakeberg, M., Berggren, U., & Carlsson, S. G. (1992). Prevalence of dental anxiety in an adult population in a major urban area in Sweden. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, *20*, 97-101.

Hakeberg, M., Hallonsten, A-L., Hägglin, C., & Skaret, E. (2003). Tandvårdsrådslans epidemiologi. *Den Norske Tannlegeforenings Tidende*, *113*, 12-18.

Heatherton, T., & Polivy, J. (1991). Development and validation of a scale for measuring state self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, *60*, 895-910.

Hmud, R., & Walsh, L. J. (2009). Dental anxiety: Causes, complications and management approaches. *Journal of Minimum intervention in Dentistry*, *9*, 6-14.

Johnson, M. (1998). Self-esteem stability: The importance of basic self-esteem and competence strivings for the stability of global self-esteem. *European Journal of Personality, 12*, 103-116.

Jorm, A. F. (2000). Does old age reduce the risk of anxiety and depression? A review of epidemiological studies across the adult life span. *Psychological Medicine, 30*, 11-22.

Kling, K. C., Hyde, J. S., Showers, C. J., & Brenda, N. (1999). Gender differences in self-esteem: A meta analysis. *Psychological Bulletin, 125*, 470-500.

Kockovski, N. L., & Endler, N. S. (2000). Social anxiety, self regulation and fear of negative evaluation. *European Journal of Personality, 14*, 347-358.

Leary, M. R. (1999). Making sense of self-esteem. *Current Directions in Psychological Science, 8*, 132-35.

Lisspers, J., Nygren, A., & Söderman, E. (1997). Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD): Some psychometric data for a Swedish sample. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 96*, 281-286.

Locker, D. (2003). Psychosocial consequences of dental fear and anxiety. *Community of Dentistry and Oral Epidemiology, 31*, 144-51.

Locker, D., & Lidell, A. M. (1991). Correlates of dental anxiety among older adults. *Journal of Dental Research, 70*, 198-203.

Moore, R., Birn, H., Kirkegaard, E., Brodsgaard, I., & Scheutz, F. (1993). Prevalence and characteristics of dental anxiety in Danish adults. *Community of Dentistry and Oral Epidemiology, 21*, 292-296.

Moore, R., Brodsgaard, I., & Rosenberg, N. (2004). The contribution of embarrassment to phobic dental anxiety: A qualitative research study. *BMC Psychiatry, 4*:10.

Mykletun, A., Stordal, E., & Dahl, A. (2001). Hospital Anxiety and Depression (HAD) Scale: factor structure, item analyses and internal consistency in a large population. *The British Journal of Psychiatry, 179*, 540-544.

Neiss, M. B., Sedkides, C., & Stevenson, J. (2002). Self-esteem: A Behavioral genetic perspective. *European Journal of Personality, 16*, 351-367.

Robins, R.W., & Trzesniewski, K. H. (2005). Self-esteem development across the lifespan. *Current Directions in Psychological Science, 14*, 158-162.

Rosenberg, M. (1965). Society and adolescent self-image. Princeton, NJ: Princeton universityPress

Schutz, A. (1998). Coping with threats to self-esteem: the differing patterns of subjects with high versus low trait self-esteem in first-person accounts. *European Journal of Personality, 12*, 169-186.

Schuurs, A. H. B., Duivenvoorden, H. J., Makkes, P. C., van Velzen, S. K. T., & Verhage, F. (1988). Personality traits of patients suffering extreme dental anxiety. *Community Dentistry and Oral Epidemiology, 16*, 38-41.

- Stouthard, M. E. A., & Hoogstraten, J. (1990). Prevalence of dental anxiety in the Netherlands. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, *18*, 139-142.
- Thomaes, S., Reijntjes, A., & Orobio de Castro, B. (2010). I like me if you like me: On the interpersonal modulation and regulation of preadolescents' state self-esteem. *Child Development*, *81*, 811-825.
- Thomson, W. M., Locker, D., & Poulton, R. (2000). Incidence of dental anxiety in young adults in relation to dental treatment experience. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, *28*, 289-294.
- Trzesniewski, K. H., Donnellan, M. B., Moffitt, T. E., Robins, R. W., Poulton, R., & Caspi, A. (2006). Low self-esteem during adolescence predicts poor health, criminal behavior and limited economic prospects during adulthood. *Developmental Psychology*, *42*, 381-390.
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *6*, 361-370.
- Öst, L-G. (1987). Age of onset of different phobias. *Journal of Abnormal Psychology*, *96*, 223-229.

BILAGA 1

KÖN: Kvinna: ___ Man: ___

FÖDELSEÅR: 19 ___

ARBETE: Heltid: ___ Deltid: ___ Arbetslös: ___ Studerar: ___ Pensionär ___ Annat: ___

UTBILDNING: Grundskola ___ Gymnasieskola ___ Högskola ___ Annat ___

Hur upplever du din egen munhälsa?

Mycket bra ___ Bra ___ Hyfsat bra ___ Hyfsat dålig ___ Dålig ___ Mycket dålig ___

Nedan följer en del frågor om hur du upplever det i dentala situationer. Svara genom att sätta ETT kryss (X) på linjen BAKOM det alternativ som du tycker passar bäst in på dig.

1. Om du var tvungen att gå till tandläkaren/tandhygienisten i morgon för en undersökning, hur skulle det kännas för dig?

- a) Jag skulle se fram emot det som en ganska trevlig upplevelse. ___
- b) Jag skulle inte känna något särskilt. ___
- c) Jag skulle känna mig lite orolig. ___
- d) Jag skulle känna mig mycket orolig för att det skulle vara obehagligt och smärtsamt ___
- e) Jag skulle vara extremt orolig och rädd för vad tandläkaren kommer att göra. ___

2. När du sitter i väntrummet och väntar på din tur att sätta dig i tandläkarstolen, hur känner du dig då?

- a) Avslappnad ___
- b) Lite olustig till mods ___
- c) Spänd och lite orolig ___
- d) Mycket orolig ___
- e) Så extremt orolig att jag blir svettig och nästan mår fysiskt illa ___

3. När du sitter i tandläkarstolen och väntar medan tandläkaren gör i ordning borren för att laga dina tänder, hur känner du dig då?

- a) Avslappnad ___
- b) Lite olustig till mods ___
- c) Spänd och lite orolig ___
- d) Mycket orolig ___
- e) Så extremt orolig att jag blir svettig och nästan mår fysiskt illa ___

4. När du sitter i tandläkarstolen och väntar medan tandhygienisten tar fram sina instrument för att skrapa tandsten, hur känner du dig då?

- a) Avslappnad ___
- b) Lite olustig till mods ___
- c) Spänd och lite orolig ___
- d) Mycket orolig ___
- e) Så extremt orolig att jag blir svettig och nästan mår fysiskt illa ___

Nedan följer en del påståenden som handlar om upplevd generell oro i det dagliga livet, *du s inte* i dentala situationer. Sätt ETT kryss (X) på linjen BAKOM det alternativ som du tycker passar bäst in på dig.

1. Jag känner mig spänd och nervös

- a) Väldigt ofta _____
- b) Ganska ofta _____
- c) Sällan _____
- d) Aldrig _____

2. Jag har en känsla av att något hemskt kommer att hända

- a) Väldigt ofta _____
- b) Ganska ofta _____
- c) Sällan _____
- d) Aldrig _____

3. Jag bekymrar mig över saker

- a) Väldigt ofta _____
- b) Ganska ofta _____
- c) Sällan _____
- d) Aldrig _____

4. Jag kan sitta still och känna mig avslappnad

- a) Väldigt ofta _____
- b) Ganska ofta _____
- c) Sällan _____
- d) Aldrig _____

5. Jag känner mig orolig och har fjärilar i magen

- a) Väldigt ofta _____
- b) Ganska ofta _____
- c) Sällan _____
- d) Aldrig _____

6. Jag känner mig rastlös

- a) Väldigt ofta _____
- b) Ganska ofta _____
- c) Sällan _____
- d) Aldrig _____

7. Jag får plötsliga panikkänslor

- a) Väldigt ofta _____
- b) Ganska ofta _____
- c) Sällan _____
- d) Aldrig _____

Nedan följer en del påståenden som rör din generella syn på dig själv. Svara genom att sätta ETT kryss (X) på linjen BAKOM det alternativ som du tycker passar bäst in på dig.

1. På det hela taget känner jag mig nöjd med mig själv

- a) Instämmer helt ____
- b) Instämmer delvis ____
- c) Instämmer inte ____
- d) Instämmer verkligen inte ____

2. Ibland tror jag inte att jag är nå bra alls

- a) Instämmer helt ____
- b) Instämmer delvis ____
- c) Instämmer inte ____
- d) Instämmer verkligen inte ____

3. Jag känner att jag har ett flertal bra egenskaper

- a) Instämmer helt ____
- b) Instämmer delvis ____
- c) Instämmer inte ____
- d) Instämmer verkligen inte ____

4. Jag klarar av att göra saker lika bra som alla andra

- a) Instämmer helt ____
- b) Instämmer delvis ____
- c) Instämmer inte ____
- d) Instämmer verkligen inte ____

5. Jag känner inte att jag har mycket att vara stolt över

- a) Instämmer helt ____
- b) Instämmer delvis ____
- c) Instämmer inte ____
- d) Instämmer verkligen inte ____

6. Jag känner mig verkligen värdelös ibland

- a) Instämmer helt ____
- b) Instämmer delvis ____
- c) Instämmer inte ____
- d) Instämmer verkligen inte ____

7. Jag känner att jag har ett eget värde, i alla fall lika mycket som alla andra

- a) Instämmer helt ____
- b) Instämmer delvis ____
- c) Instämmer inte ____
- d) Instämmer verkligen inte ____

8. Jag skulle kunna ha mer respekt för mig själv

- a) Instämmer helt ____
- b) Instämmer delvis ____
- c) Instämmer inte ____
- d) Instämmer verkligen inte ____

9. På det stora hela är jag benägen att tro att jag är en misslyckad person

- a) Instämmer helt ____
- b) Instämmer delvis ____
- c) Instämmer inte ____
- d) Instämmer verkligen inte ____

10. Jag har en positiv attityd till mig själv

- a) Instämmer helt ____
- b) Instämmer delvis ____
- c) Instämmer inte ____
- d) Instämmer verkligen inte ____

TACK för din medverkan!!