



Högskolan
Kristianstad

Högskolan Kristianstad
291 88 Kristianstad
044-250 30 00
www.hkr.se

Examensarbete, 15 hp
Kandidatexamen i oral hälsa
VT 2021
Fakulteten för hälsovetenskaper

Tandvårdsrädsla hos tredje års elever på gymnasiet

Lyudmila Nikolova och Emelie Petersson

Författare

Lyudmila Nikolova och Emelie Petersson

Titel

Tandvårdsrädsla hos tredje års elever på gymnasiet

Engelsk titel

Dental fear among third-year students in high school

Handledare

Viveca Wallin Bengtsson

Examinator

Stefan Renvert

Sammanfattning

Syftet med studien var att undersöka förekomsten av tandvårdsrädsla samt i vilka tandvårdssituationer rädslan uttrycker sig hos tredje års elever på gymnasiet. Metoden var en kvantitativ tvärsnittsstudie med en enkät bestående av sammanlagt 19 frågor. Enkäten var uppbyggd med hjälp av två mätinstrument, Dental Hygienist Anxiety Scale (DHAS) samt Dental Fear Survey (DFS). Respondenterna utgjordes av 103 tredje års elever ifrån en gymnasieskola i sydöstra Sverige. Resultatet visade att 57 av 103 (55,3%) respondenter hade ≥ 7 poäng enligt DHAS (lätt tandvårdsrädsla). Av samtliga respondenterna hade 11 respondenter ≥ 13 poäng som motsvarar en hög grad av tandvårdsrädsla. De tandvårdssituationerna som utlöste mest rädsla, ångest eller obehag var att se borsten, att höra borsten och att känna vibrationerna från borsten samt att se bedövningssprutan och känna sticket från bedövningssprutan. Slutsatsen med studien var att svår tandvårdsrädsla förekom hos 11/103 (10,7%) av tredje års eleverna.

Ämnesord

Gymnasieelever, Oral hälsa, Tandvårdsfobi, Tandvårdsrädsla, Ungdom

Innehållsförteckning

INTRODUKTION	4
Barn/Ungdom.....	4
Skolform.....	4
Tandvård	5
Rädsla.....	6
<i>Tandvårdsrädsla</i>	6
Ångest	7
Fobi.	8
<i>Tandvårdsfobi</i>	9
SYFTE.....	10
MATERIAL OCH METOD	10
Urval.....	10
Genomförande.....	11
<i>Genomförande av digital pilotstudie</i>	11
<i>Genomförande av digital enkätstudie</i>	11
Bearbetning och analys	13
ETISKA ASPEKTER	14
RESULTAT	16
Förekomst av tandvårdsrädsla.....	17
Situationer som utlöser tandvårdsrädsla	17
DISKUSSION	24
Metoddiskussion	24
Resultatdiskussion.....	27
SLUTSATS	29
REFERENSER.....	30
Bilaga 1	
Bilaga 2	

INTRODUKTION

Barn/Ungdom

Enligt Förenta nationerna (FN) definieras ett barn som en människa under 18 år. Ungdom definieras som en människa mellan åldrarna 15–24 år. Mellan 13–24 år skiljs även tonåringar (13–19 år) och unga vuxna (20–24 år) åt (Förenta nationerna 2013). Enligt barnkonventionen 2020 har barn rätt till egna åsikter och frihet att fatta egna beslut, dock ska detta ske i förhållande till ålder, mognad och psykisk kompetens (Unicef 2020). Vårdnadshavare har en viktig roll gällande uppfostran av sina barn och ungdomar. Uppfostran och vårdnadshavares beteende är ett viktigt inflytande på utvecklingen av barnets och ungdomars attityder och beteende (Días & McClelland 2017). Barn och ungdomar får även utveckla kunskap inom skolväsende som omfattar all slags skolform. Skolformen innefattar även samarbete med vårdnadshavarna för en allsidig personlig utveckling hos barn och ungdomar (Skollagen 2010:800).

Skolform

För barn och ungdomar innebär skolformen många övergångar mellan olika stadier. Från att börja gå i förskoleklass vid sex års ålder, sedan till lågstadiet, mellanstadiet, högstadiet och till slut gymnasiet vid 16 års ålder (Lindström & Rosvall 2015). I samband med skolgången sker en stor utveckling hos barn och ungdomar. Övergångarna innebär mer eget ansvar och att bli mer självständig (Holmström et al. 2014). Barnet växer och blir äldre men även mer bildad och utvecklas socialt. Det svenska skolsystemet innebär nio obligatoriska år i grundskolan och tre skolår i gymnasiet (Lindström & Rosvall 2015). Under gymnasietiden fyller de flesta ungdomar 18 år, detta innebär myndighetsålder samt att vårdnadshavare inte längre har underhållskyldighet (Lag om underhållsstöd SFS 1996:1030). Alla barn och ungdomar som bor i Sverige har rätt till kostnadsfri tandvård till och med det år de fyller 23 år och den ska vara regelbunden (Tandvårdslag SFS 1985:125).

Tandvård

Enligt tandvårdslagen är målet med tandvården att ha en god tandhälsa som är på lika villkor för alla individer. Tandvården ska vara av god kvalitet och lägga stor vikt på förebyggande åtgärder. Tandvårdens primära uppgift är att hälsofrämja och förebygga uppkomst av sjukdomar i munhålan samt att om sjukdomar uppstår åtgärda dessa omgående (Tandvårdslag SFS 1985:125). Sjukdomar i munhålan är vanliga och utvecklas oftast under barndomen. Att tidigt tillämpa förebyggande strategier har visats minska sjukdomar i munhålan (Herrera Serna & López Soto 2018)

Inom tandvården är det viktigt att det första besöket sker tidigt i barnets liv, helst inte senare än 18 månaders ålder. Anledningen till ett tidigt första besök är att undersöka de tänder som kommit fram men främst att ge vårdnadshavare information och instruktion om hur de ska hjälpa till med att borsta tänderna på barnet och om vikten av goda kostvanor. Efter första besöket bör barn och ungdomar kallas regelbundet för att undersöka och bedöma munhälsan. Vid besöken undersöks om det finns tidiga tecken på karies, om preventiva åtgärder behöver sättas in samt om det behövs förberedelse i form av inskolning inför en behandling (Mika et al. 2018).

Barn och ungdomars bästa och att uppleva trygghet för vården och behandlingen ska alltid stå i fokus. Detta innebär att det måste tas hänsyn till ålder, mognad och inställning till tandvården (Tandvårdslag SFS 1985:125). Genom att försöka ändra individens inställning till att bli mer positiv så ökar möjligheterna att undersökning och behandling blir mer följsam (Khandelwal et al. 2018). Hos ungdomar med generell rädsla och ångest har det setts en koppling med tandvårdsrädsla (Stenebrand et al. 2013).

Rädsla

Rädsla definieras som en fundamental känsla som alla människor har men som upplevs på olika sätt. Rädsla innebär en känsla av obehag som kan variera mellan mild rädsla och skräck (Nationalencyklopedin). Rädsla är en vanlig reaktion som kan utlösas vid en daglig situation som upplevs hotande eller farlig (LeDoux 1998). Då en situation orsakar rädsla reagerar kroppen med ett defensivt beteende, antingen genom att fly, attackera eller frysa. Kroppen reagerar även genom ökade stresshormoner, hjärtklappning, förhöjd puls, yrsel och spända eller darrande muskler (Anderson & Adolphs 2014).

De beteendemässiga reaktionerna som sker vid rädsla försvinner snabbt när det inte längre finns ett hot. Detta kan jämföras med ångest vilket är en reaktion som pågår under en längre tid (Sah 2017). Rädsla för smärta i tandvården är en betydande komponent till tandvårdsrädsla (Wright et al. 2017).

Tandvårdsrädsla

Definitionen av tandvårdsrädsla innebär starka negativa känslor kopplade till tandvårdsbehandling. Individer med tandvårdsrädsla försöker i all utsträckning att skjuta upp besöket eller undvika det helt (Wu Lingli & Gao Xiaoli 2018). Orsaken till att rädslan uppstår kan bero på vilken behandling som ska utföras. Föräldrars tandvårdsrädsla kan också överföras till barnen (Rayman et al. 2013). Tandvårdsrädsla kan utvecklas indirekt genom att ha fått negativ och hotfull information om tandvården eller genom att ha fått en behandling som har varit otillräcklig och icke anpassad för individen (Mendoza et al. 2015). Förutom dessa orsaker har även; personlighet, beteende faktorer som allmän ångest, försiktighet gentemot läkare samt beteende mot tandläkare visat sig spela roll för upplevelsen av tandvårdsrädsla (Kronina et al. 2017). Symtom på tandvårdsrädsla kan vara att komma för sent, avboka eller att utebli från ett bokad tandvårdsbesök. En individ med tandvårdsrädsla uppvisar även de vanliga symptomen för rädsla (Anderson &

Adolphs 2014). Tandvårdsrädsla bidrar till ett lägre socialt och emotionellt välbefinnande jämfört med personer utan tandvårdsrädsla (Luoto et al. 2009).

Det finns olika sätt att hantera tandvårdsrädsla till exempel genom kognitiv beteendeterapi (Shahnavaz et al. 2016), hypnos, audiovisuella apparater (Stefano 2019) eller genom så kallad trappinskolning (tell-show-do). Metoden är en beteendeformande teknik som minskar osäkerhet och gör så att individen vet vad som ska hända. Metoden kan tillämpas på alla individer och innebär en systematisk stegvis introducering av tandvården. Målet med trappinskolningen är att få individer att vänja sig vid miljön inom tandvården, de olika momenten som ska utföras och instrumenten som ska användas. Metoden innebär först en muntlig förklaring anpassat för individen över vad som ska ske (tell), sedan demonstreras tydligt vad som ska ske (show) och till slut utförs det på patienten (do) (Allen et al. 1990). En situation som orsakar rädsla eller spänning kan ha föregåtts av ångest. Ångest kan uppstå vid förväntan om ett hot i framtiden (Nationalencyklopedin).

Ångest

Ångest definieras som ett tillstånd av rädsla eller spänning och tryck över bröstet (Nationalencyklopedin). Ångestsjukdomar utvecklas oftast successivt eller vid en särskild händelse som skapat mycket stress (Nationalencyklopedin). Känslan av ångest kan skapas vid tänkande av ett hot eller vid oupptäckta och osäkra hot (Sah 2017). Ångest innebär såväl känslouttringar som kroppsliga yttringar. Känslouttringar kan vara tryck över bröstet, smärtekänslor i magen eller spänningar i kroppen. Vanliga kroppsliga yttringar är bland annat spänningshuvudvärk, smärtor i nacke och bruxism (Nationalencyklopedin). Enligt Folkhälsomyndigheten (2020) var det 39% av befolkningen i åldern 16 till 84 år som uppgav besvär med ångslan, oro eller ångest år 2018. Ångslan, oro eller ångest sågs oftare hos kvinnor jämfört med män (46% respektive 32%). Vid jämförelse

mellan yngre och äldre personer var det högst andel med besvär hos 16–29 åringar där 52% uppgav besvär med ångest.

Ångest och ångestsjukdomar åtskiljs genom att ångestsjukdomar är ihållande och påverkar det dagliga livet negativt (Craske & Stein 2016). Enligt SBU (2015) uppskattas att var fjärde individ kommer att drabbas av en ångestsjukdom någon gång i livet. Ångestsjukdomar kan uppkomma i olika former, exempelvis som generaliserat ångestsyndrom (GAD), posttraumatiskt stressyndrom (PTSD), specifika fobier samt paniksyndrom (Stein et al. 2017). Specifika fobier är bland de vanligaste psykiska sjukdomarna och ses ofta i samband med andra sjukdomar (Albor et al. 2017).

Fobi

Specifika fobier utmärker sig genom stark och irrationell rädsla över ett specifikt objekt eller en situation (American Psychiatric Association 1994). Fobierna börjar oftast utvecklas i barn- och ungdomen men incidensen är som högst vid vuxen ålder. Fobierna kan pågå i flertalet år och ibland även under årtionden (Eaton et al. 2018). Personer med specifika fobier försöker att undvika dem så gott det går eller härda igenom dem, men det medför ofta ett kraftigt obehag. Undvikandet kan påverka det dagliga livet, såsom vid jobb, olika aktiviteter och livskvalitén. Specifika fobier klassificeras som en kronisk sjukdom då den obehandlad kan uppkomma under hela livet (Craske & Stein 2016). Enligt Eaton et al. (2018) är prevalensen av att någon gång i livet drabbas av specifika fobier mellan 3% och 15%, där fobi för höjder och djur är vanligast. Olika specifika fobier brukar oftast förekomma samtidigt. Enligt American Psychiatric Association (2013) delas specifika fobier in i fyra kategorier; djurfobi, fobier i vanlig miljö, fobi för blod och sprutor och fobier i olika situationer. Tandvårdsfobi kategoriseras som en specifik fobi under kategorin blod- sprutor- skador typen. Tandvårdsfobi, även kallad

odontofobi, har bekräftats som en verklig sjukdom av Världshälsoorganisationen (WHO) (Stefano 2019).

Tandvårdsfobi

Definitionen av tandvårdsfobi innefattar en överdriven och beständig rädsla för tandvården, där personen undviker tandstimuli samt tandvårdsprocedurer. Personen med tandvårdsfobi undviker även tandvården vid smärta och svårigheter med att äta vilket kunde ha lindrats genom behandling. Orsaken till tandvårdsfobi är ofta kopplad till en traumatisk upplevelse inom tandvården som skett tidigare i livet och inte kunnat glömmas bort. Den specifika upplevelsen förknippar individen med smärta och rädsla vilket gör att individen undviker att utsättas för det igen (Oosterink et al. 2009). Vanliga kännetecken av att en individ har en tandvårdsfobi är att individen kan vägra en behandling samt få känsloutbrott. Personer med tandvårdsfobi undviker i största utsträckning att besöka tandvården (American Psychiatric Association 2013). Ångesten framkallas bland annat av blotta tanken inför en behandling, utförandet av tandvårdsbehandling samt att se sprutor eller höra ljudet av olika instrument. Det som upplevs som mest skrämmande är tandutdragning och olika ingrepp under lokalbedövning. Tandvårdsfobi är vanligt och förekommer hos 15–20 procent i populationen (Stefano 2019).

Tandvårdsrädsla och fobi utvecklas ofta i barn och ungdomsåren och därför är det viktigt att tandvården har kunskap om hur vanligt förekommande tandvårdsrädsla är. Vid 18-års ålder sker en förändring för alla ungdomar då de blir myndiga, många får mer ansvar och de har inte längre en vårdnadshavare. Att komma på tandvårdsbesök är ungdomars eget ansvar och om de är tandvårdsrädda finns eventuellt en högre risk att de uteblir från besöket. Det är även fri tandvård till och med det år de fyller 23 år vilket innebär att det finns tid att hjälpa ungdomar med sin tandvårdsrädsla innan de övergår till vuxentandvård. Därför är det viktigt att

finna dessa patienter och hjälpa dem att hantera och behandla sin rädsla. Om de inte kommer till tandvården kan det innebära en sämre oral hälsa i framtiden (Richards & Ameen 2002). Dessutom är det även av stor vikt att som tandhygienist ha kunskap om vilka situationer som orsakar eller förvärrar rädslan för att göra tandvårdsbesöket så positivt som möjligt.

SYFTE

Syftet med studien var att undersöka förekomsten av tandvårdsrädsla samt i vilka tandvårdssituationer rädslan uttrycker sig hos tredje års elever på gymnasiet

MATERIAL OCH METOD

Den aktuella studien är en kvantitativ tvärsnittsstudie som utfördes via enkät. En tvärsnittsstudie förmedlar en bild av verkligheten vid ett exakt tillfälle. Studien är en deskriptiv och analytisk tvärsnittsstudie (Kristensson 2014).

Urval

Rekryteringen genomfördes via ett bekvämlighetsurval vilket innebär att personerna är lättillgängliga vid en viss tidpunkt samt att det finns tillräckligt många deltagare (Kristensson 2014). Undersökningsgruppen var tredje års elever ifrån en gymnasieskola i sydöstra Sverige. Författarna begränsade studien till cirka 200 deltagare för att materialet inte skulle bli för stort.

- Inklusionskriterier var att eleverna som medverkade i studien gick tredje året på gymnasiet.

Genomförande

Kontakten på gymnasieskolan genomfördes via mejl och telefonkontakt med biträdande rektor under hösten 2020, vid kontakten förklarades syftet med studien samt tillfrågades biträdanderekter om utförandet av enkätstudien kunde ske på gymnasiet under vårterminen 2021.

Genomförande av digital pilotstudie

Innan enkätundersökningen genomfördes en pilotstudie för att testa enkäten. I pilotstudien ingick tio personer i samma ålder som gymnasieeleverna (18 år). Pilotstudien genomfördes digitalt under vintern 2021. Författarna inkluderade svarsalternativet ”*kan ej svara*” i samband med pilotstudien då det ansågs att inte alla respondenter eventuellt hade varit med om samtliga av de 13 situationerna som efterfrågades. Tanken var att svarsalternativet ”*kan ej svara*” skulle utesluta att individer som inte varit med om den specifika situationen ändå skulle kunna besvara frågan och därmed göra resultatet missvisande. Efter pilotstudien visade det sig att det extra svarsalternativet var nödvändigt då en respondent svarade detta som inte hade upplevt en specifik situation. Efter pilotstudien gjordes inga ändringar i enkätens uppbyggnad. De medverkande i pilotstudien togs inte med i resultatet.

Genomförande av digital enkätstudie

På grund av rådande situation med Covid-19 och då gymnasieskolorna övergick till distansundervisning blev enkätstudien digital. Enkäten skickades ut med mejl via skolan till eleverna ($n=210$) som innehöll även ett informationsblad (bilaga 1) samt länk till enkäten på Google formulär (bilaga 2). I mejlet framgick det att eleverna var anonyma vid den digitala enkäten och att enkäten skulle besvaras en gång. En första påminnelse skickades ut via skolan 5 dagar efter att enkäten skickades ut första gången. En andra och sista påminnelse skickades ut en vecka efter enkätens första utskick. I den sista påminnelsen stod det att eleverna hade möjlighet att besvara enkäten i ytterligare en dag därefter stängdes enkäten ner. Enkäten var

öppen i totalt nio dagar. Svarsfrekvens för de tre utskicken (första utskick, påminnelse 1 och påminnelse 2) redovisas i tabell 1.

Tabell 1. Redovisning av svarsfrekvens vid de olika utskicken

Utskick	Svarsfrekvens
1	55 av 210 = 26,2%
2	25 av 155 = 16,1%
3	23 av 130 = 17,7%
Totalt	103 av 210 = 49,0%

Enkätens uppbyggnad

- Informationsblad (bilaga 1) sida 1
- Del 1 (bilaga 2) sida 2–3
- Del 2 (bilaga 2) sida 4

I informationsbladet (bilaga 1) informerades studiedeltagarna om syftet med studien och hur enkäten var uppbyggd. Det framgick att studien var frivillig, att deltagarna var anonyma, att studien var konfidentiell, att den skulle besvaras enskilt och endast 1 gång.

Del 1 i enkäten började med en fråga om kön som var konstruerad av författarna, samt en fråga som fokuserade på undvikandet av tandvård från mätinstrumentet Dental Fear Survey (DFS) (Stenebrand 2015). Därefter fortsatte enkäten med fyra sedan tidigare framställda och testade frågor från mätinstrumentet Dental Hygienist Anxiety Scale (DHAS) som är översatta och hämtade från Bergström & Johansson (2013). DHAS är ett mätinstrument som baseras på Dental Anxiety Scale (DAS)

och som används för att bedöma om en person är tandvårdsrädd samt hur allvarlig rädslan är (Abrahamsson et al. 2012). Varje svarsalternativ i enkätens frågor nr. 3–6 motsvarade ett visst antal poäng som räknades ihop till en total poängsumma som sedan graderade tandvårdsrädslan i tandvårdsrädd eller inte, samt allvarlighetsgrad (bilaga 2 del 1).

Del 2 av enkäten bestod av redan färdigt framställda, testade och översatta frågor till svenska från Dental Fear Survey (DFS) (Stenebrand 2015). Mätinstrumentet är ett frågeformulär bestående av 20 frågor i likertskala. Frågeformuläret är främst designat för att upptäcka separata situationer som framkallar tandvårdsrädsla (Kleinknecht et al. 1984, Stenebrand 2015, Schuurs & Hoogstraten 1993). I den aktuella studien användes en del utav mätinstrumentet DFS som innefattar 13 olika frågor om specifika tandvårdssituationer samt om hur mycket rädsla, ångest eller obehag dessa framkallar (Schuurs & Hoogstraten 1993). De specifika situationerna i de 13 frågorna har möjligtvis inte alla deltagare upplevt och därför lades det till ett extra alternativ i likertskalan från författarna: *“kan ej svara”*.

Bearbetning och analys

Det insamlade materialet bearbetades och analyserades. Ett statistiskt program Statistical Package for Social Science (SPSS) version 26 användes för att analysera all insamlade data. Resultatet redovisas genom tabeller och figurer det vill säga genom deskriptiv statistik (Kristensson 2014).

De elever som inte gått in på enkätens länk räknas till externt bortfall, detta beräknades via totalt antal utskick minus totalt besvarade enkäter. Det externa bortfallet blev $n=107$. Internt bortfall innebar att en eller flera frågor ej var besvarade. Vid sortering av enkäterna fanns ett internt bortfall ($n=1$) i del 1 fråga 2.

Vid internt bortfall i mätinstrumentet DHAS (fråga 3–6) var det därför inte längre möjligt att beräkna om det förekom tandvårdsrädsla då mätinstrumentet var ofullständigt ifyllt. Bland frågorna med mätinstrumentet DHAS förekom inga interna bortfall ($n=0$) och alla enkäter ($n=103$) kunde användas för att räkna ihop en totalsumma av poängen. Poängen i enkäterna delades respondenterna in i kategorierna ingen tandvårdsrädsla (<7 poäng) och tandvårdsrädsla (≥ 7 poäng). Därefter uppdelades enkäter med tandvårdsrädsla in i 3 grupper beroende på antal poäng i låg-, medel- och hög. Låg tandvårdsrädsla motsvarade 7 poäng, medel 8–12 poäng och hög ≥ 13 poäng.

Endast enkäter som visade tandvårdsrädsla i DHAS (≥ 7 poäng) användes för analys av DFS i del 2. I del 2 av enkäten fanns 13 självständiga frågor som inte var beroende av varandra. Detta innebar att om en fråga hade internt bortfall kunde resterande 12 frågor användas vidare i analysen. I del 2 fanns internt bortfall vid fråga 9 ($n=1$), 10 ($n=1$) och 11 ($n=1$).

ETISKA ASPEKTER

Etiskt förhållningsätt har beaktats under hela processen. De fyra centrala forskningsetiska principerna har tagits i åtanke;

1. Autonomiprincipen som syftar till att individerna har rätt till självbestämmande gällande medverkan i studien och att de kan avsluta medverkan när de vill utan någon förklaring. I denna princip inkluderas även att informationen som författarna ger är korrekt och förståelig för deltagarna.
2. Nyttoprincipen avser att syftet med studien ska vara noggrant övervägd och en motivering ska finnas till att den utförs. Utöver det så ska författarna överväga risken för skada och obehag för deltagarna.

3. Inte skada-principen syftar på att ingen skada ska ske under utförandet av studien vilket innefattar mer än bara fysiska skador. Detta innebär i aktuella studien att metoden ska utföras så säkert det går genom att följa lagstiftning gällande datahantering och sekretess. Utöver det ska även anonymitet och konfidentialitet tas i åtanke samt säker förvaring. Inte skada- principen syftar även till att författarna ska ha kompetens att genomföra studien korrekt och noggrant.
4. Rättvis principen syftar till att deltagarnas medverkan sker på lika villkor och att alla deltagarna behandlas rättvist (Kristensson 2014).

RESULTAT

Resultatet baserades på 103 tredje års elever från en gymnasieskola i Sydöstra Sverige. Könsfördelningen bland alla respondenterna var 65/103 (63,1%) kvinnor och 38/103 (36,9%) män. Resultatet är uppdelat i två underrubriker; *”förekomst av tandvårdsrädsla”* samt *”situationer som utlöser tandvårdsrädsla”*. Resultatet redovisas via figurer, tabeller samt text.

Respondenternas svar på frågan *”Har tandvårdsrädsla någonsin fått Dig att lämna återbud eller utebli från ett planerat tandvårdsbesök?”* (fråga 2 del 1) baserades på respondentens egen uppfattning om respondenten är tandvårdsrädd eller ej och om den självuppfattade tandvårdsrädslan fått respondenten att lämna återbud eller uteblivit. Majoriteten av respondenterna 87/103 (84,5%) svarade att de aldrig lämnat återbud eller uteblivit från tandvårdsbesök på grund av tandvårdsrädsla (Tabell 2).

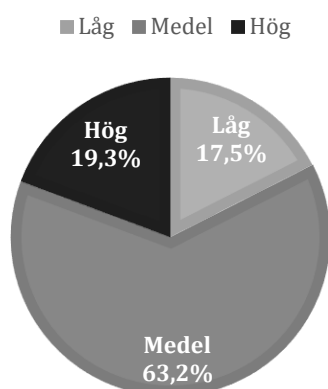
Tabell 2. Redovisning av 102/103 (99%) respondenters svar på frågan *”Har tandvårdsrädsla någonsin fått Dig att lämna återbud eller utebli från ett planerat tandvårdsbesök?”* (fråga 2 del 1) oavsett tandvårdsrädsla eller ej.

Lämnat återbud/uteblivit	Procent (%)
Aldrig	85,3%
Någon enstaka gång	8,8%
Några gånger	4,9%
Ofta	1,0%
Totalt	100%

Förekomst av tandvårdsrädsla

Av samtliga respondenter fick 57/103 respondenter en poängsumma på mellan 7-19 poäng vilket innebar en tandvårdsrädsla från låg till hög grad. Vid gradering av tandvårdsrädsla hos de 57 respondenterna var 10/57 (17,5%) klassad som låg, 36/57 (63,2%) klassad som medelhög och 11/57 (19,3%) som hög tandvårdsrädsla (Figur 1). Könsfördelningen bland de tandvårdsrädda respondenterna var 44/57 (77,2%) kvinnor och 13/57 (22,8%) män.

RESPONDETER MED GRAD TANDVÅRDSRÄDSLÅ



Figur 1. Redovisning av grad tandvårdsrädsla bland de 57 respondenterna baserat på poängsystemet Dental Hygienist Anxiety Scale (DHAS).

Situationer som utlöser tandvårdsrädsla

Hos de respondenterna med någon grad tandvårdsrädsla ($n=57$) var de situationer som oftare utlöste tandvårdsrädsla: "att se bedövningssprutan", "att känna sticket från bedövningssprutan", "att se borsten", "att höra borsten" samt "att känna vibrationerna från borsten". "Att se borsten" var den situation där flest individer 24/56 (42,9%) uppgav mycket och väldigt mycket rädsla, ångest eller obehag för. De 13 specifika situationerna redovisas nedan (Tabell 3). Internt bortfall fanns vid

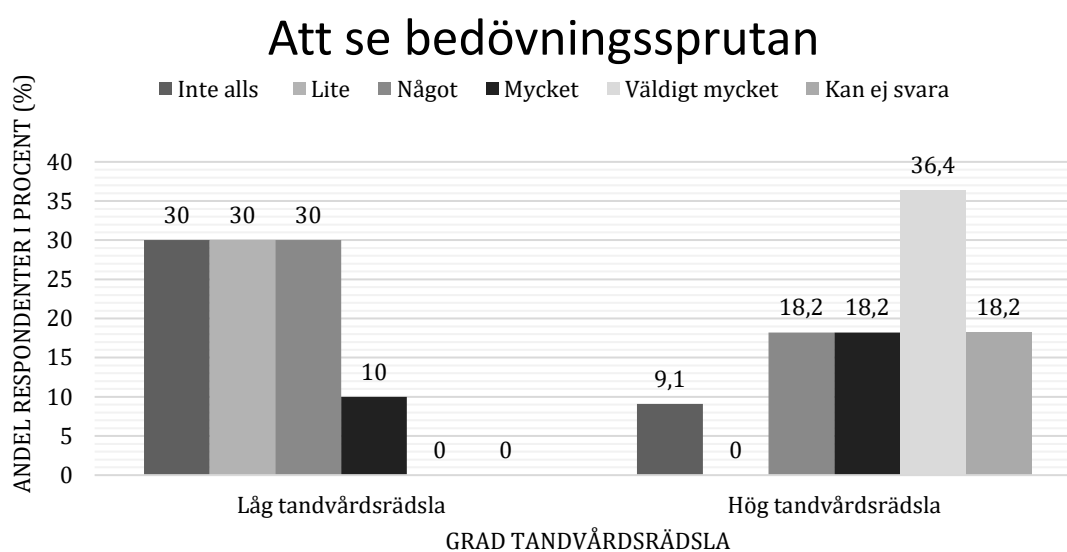
frågorna; fråga 9 ($n=1$), fråga 10 ($n=1$) och fråga 11 ($n=1$), vid dessa frågor är antal svarande respondenter $n=56$.

Tabell 3. Redovisning av de 13 olika specifika situationerna och hur mycket rädsla, ångest eller obehag dessa skapade bland samtliga 57 respondenter med tandvårdsrädsla. Redovisas i antal (*n*) och procent (%).

	Inte alls <i>n</i> (%)	Lite <i>n</i> (%)	Något <i>n</i> (%)	Mycket <i>n</i> (%)	Väldigt mycket <i>n</i> (%)	Kan ej svara <i>n</i> (%)
1. Att beställa tid	29 (50,9)	11 (19,3)	9 (15,8)	1 (1,8)	6 (10,4)	1 (1,8)
2. Att komma fram till tandklinik	28 (49,0)	12 (21,1)	11 (19,3)	5 (8,8)	1 (1,8)	-
3. Att sitta i väntrummet	17 (29,7)	18 (31,6)	12 (21,1)	7 (12,3)	3 (5,3)	-
4. Att sätta sig i behandlingsstolen	11 (19,3)	18 (31,6)	17 (29,8)	7 (12,3)	4 (7,0)	-
5. Att känna lukten från tandklinik	32 (56,1)	15 (26,3)	7 (12,3)	3 (5,3)	-	-
6. Att se tandhygienisten/ tandläkaren komma in i behandlingsrummet	20 (35,1)	22 (38,5)	9 (15,8)	5 (8,8)	1 (1,8)	-
7. Att se bedövningssprutan	11 (19,3)	8 (14,0)	13 (22,8)	12 (21,1)	10 (17,5)	3 (5,3)
8. Att känna sticket vid bedövning	10 (17,5)	11 (19,3)	13 (22,8)	9 (15,8)	11 (19,3)	3 (5,3)
9. Att se borren	8 (14,3)	11 (19,7)	8 (14,3)	12 (21,4)	12 (21,4)	5 (8,9)
10. Att höra borren	10 (17,9)	9 (16,1)	13 (23,2)	6 (10,7)	12 (21,4)	6 (10,7)
11. Att känna vibrationerna från borren	6 (10,7)	14 (25,0)	8 (14,3)	9 (16,1)	13 (23,2)	6 (10,7)
12. Att få tandsten borttagen	6 (10,5)	12 (21,1)	20 (35,1)	8 (14,0)	5 (8,8)	6 (10,5)
13. Allt som allt, hur rädd är du för tandbehandling	10 (17,5)	24 (42,2)	11 (19,3)	8 (14,0)	4 (7,0)	-

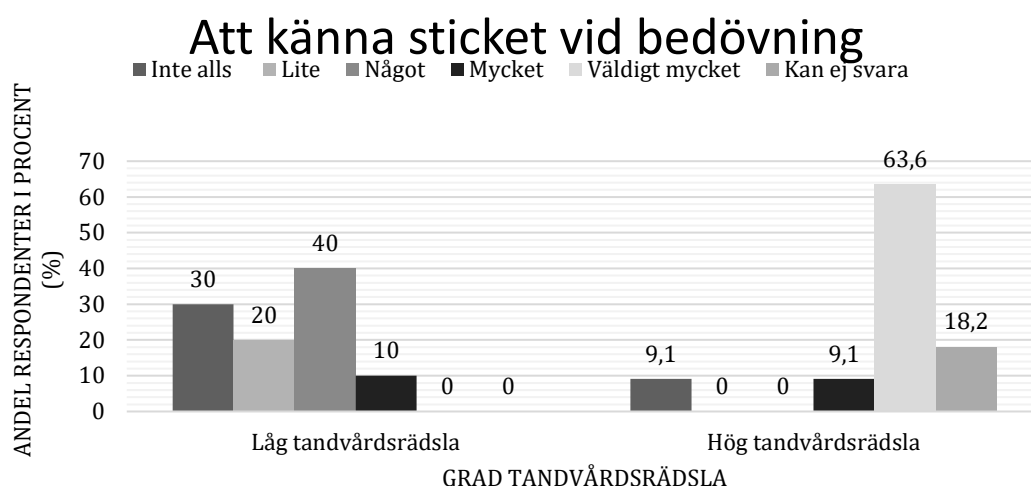
De fem mest förekommande situationerna redovisas nedan via stapeldiagram där respondenterna med låg och hög tandvårdsrädsla presenteras. De olika svarsgrupperna är: ”inte alls”, ”lite”, ”något”, ”mycket”, ”väldigt mycket” samt svarsgruppen ”kan ej svara” (Figur 2–6).

”Att se bedövningssprutan” (fråga 7, del 2) orsakade ”väldigt mycket” rädsla hos 4/11 (36,4%) i den grupp som per definition hade hög tandvårdsrädsla jämfört med 0/10 (0%) individer i den grupp som per definition hade låg tandvårdsrädsla (Figur 2).



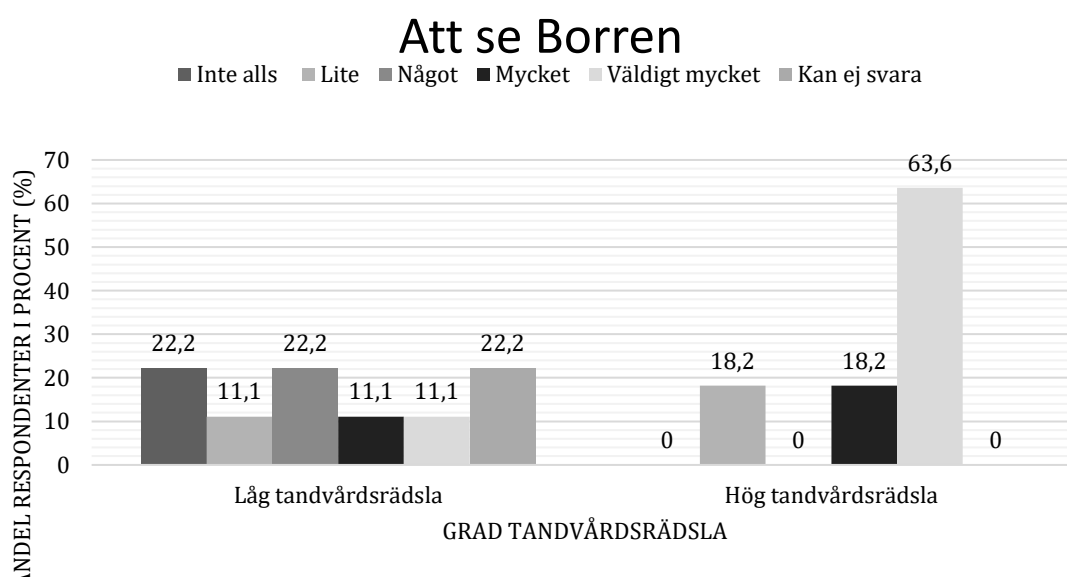
Figur 2. Andel respondenter (%) fördelat på respektive svarsgrupp vid situationen ”Att se bedövningssprutan” (fråga 7 del 2) fördelat på grupperna ”Låg-” respektive ”Hög tandvårdsrädsla” definierat enligt Dental Hygienist Anxiety Scale (DHAS).

”Att känna sticket vid bedövning” (fråga 8, del 2) orsakade ”väldigt mycket” rädsla, ångest eller obehag hos flest individer 7/11 (63,6%) med hög tandvårdsrädsla jämfört med 0/10 (0%) individer i den grupp som hade låg tandvårdsrädsla (Figur 3).



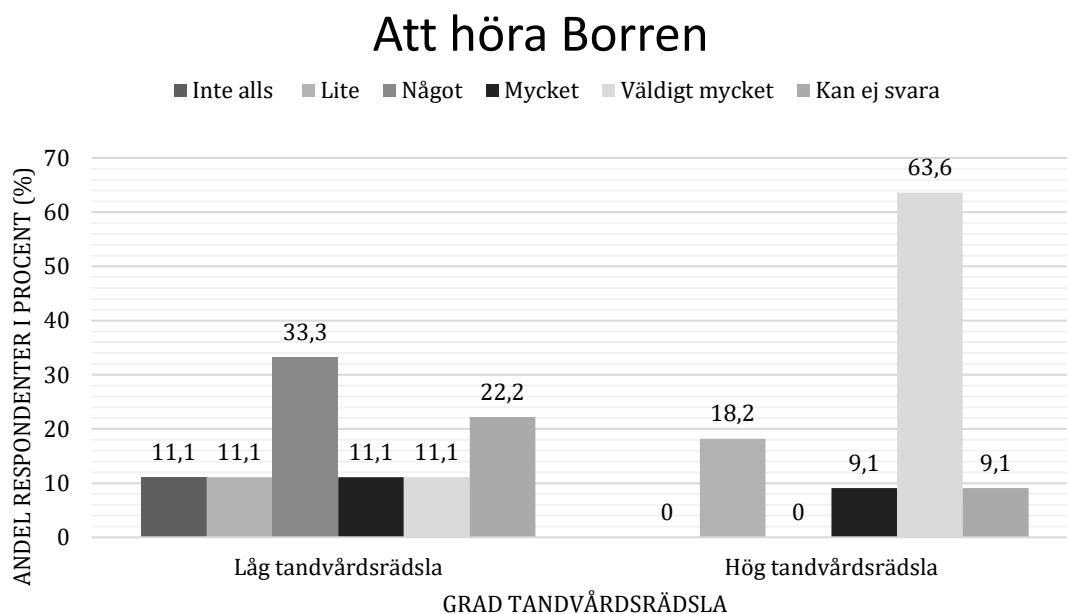
Figur 3. Andel respondenter (%) fördelat på respektive svarsgrupp vid situationen "Att känna sticket vid bedövning" (fråga 8 del 2) fördelat på grupperna "Låg-" respektive "Hög tandvårdsrädsla" definierat enligt Dental Hygienist Anxiety Scale (DHAS).

"Att se borsten" (fråga 9, del 2) orsakade "våldigt mycket" rädsla, ångest eller obehag hos 7/11 (63,6%) individer med hög tandvårdsrädsla jämfört med 1/9 (11,1%) individer i den grupp som hade låg tandvårdsrädsla. Internt bortfall: låg tandvårdsrädsla ($n=1$) (Figur 4).



Figur 4. Andel respondenter (%) fördelat på respektive svarsgrupp vid situationen "Att se borsten" (fråga 9 del 2) fördelat på grupperna "Låg-" respektive "Hög tandvårdsrädsla" definierat enligt Dental Hygienist Anxiety Scale (DHAS).

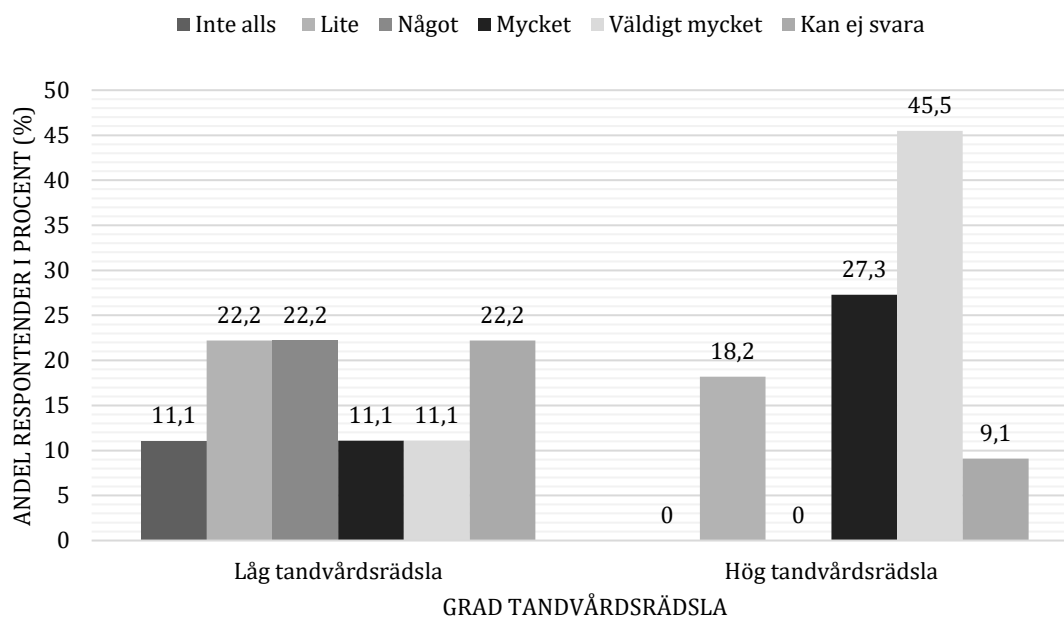
”Att höra borren” (fråga 10 del 2) orsakade ”väldigt mycket” rädsla, ångest eller obehag hos flest individer 7/11 (63,6%) med hög tandvårdsrädsla jämfört med 1/9 (11,1%) individer i den grupp som hade låg tandvårdsrädsla. Internt bortfall: låg tandvårdsrädsla (n=1) (Figur 5).



Figur 5. Andel respondenter (%) fördelat på respektive svarsgrupp vid situationen ”Att höra borren” (fråga 10 del 2) fördelat på grupperna ”Låg-” respektive ”Hög tandvårdsrädsla” definierat enligt Dental Hygienist Anxiety Scale (DHAS).

”Att känna vibrationerna från borren” (fråga 11 del 2) orsakade ”väldigt mycket” rädsla, ångest eller obehag hos flest individer 5/11 (45,5%) med hög tandvårdsrädsla jämfört med 1/9 (11,1%) individer i den grupp som hade låg tandvårdsrädsla. Internt bortfall: låg tandvårdsrädsla (n=1) (Figur 6).

Att känna vibrationerna från borsten



Figur 6. Andel respondenter (%) fördelat på respektive svarsgrupp vid situationen "Att känna vibrationerna från borsten" (fråga 11 del 2) fördelat på grupperna "Låg-" respektive "Hög tandvårdsrädsla" definierat enligt Dental Hygienist Anxiety Scale (DHAS).

DISKUSSION

Metoddiskussion

Studien är en tvärsnittsstudie där metoden som valdes var en enkätundersökning för att besvara studiens syfte. Metoden valdes då författarna ville få en större mängd deltagare för att kunna representera en urvalsgrupp och ge ett mer tillförlitligt resultat. Enkäterna skickades ut till 210 tredje års studenter varav 103 besvarade enkäten, detta gav en svarsfrekvens på 49%. Enligt Kristensson (2014) har majoriteten av alla enkätstudier ett bortfall och det kan vara olika stort. Det som är viktigt att tänka på vid ett bortfall är hur den påverkar skillnaderna mellan olika undersökningsgrupper (Kristensson 2014). I den aktuella studien ingick endast en urvalsgrupp och därför anses bortfallet inte påverka studiens kvalitet. Även med den tidsramen studien var begränsad till samt på grund av den pågående pandemin anser författarna att svarsfrekvensen som uppnåddes var acceptabel. En del i bortfallet kan bero på att individer med etablerad tandvårdsrädsla valde att inte besvara enkäten på grund av detta. Det är inget som författarna kan påverka i sig men kan ses som en möjlig svaghet i studien.

Urvalet begränsades till tredje års elever på gymnasiet då eleverna är myndiga och därför kunde författarna försäkra sig om att respondenterna kunde svara eller inte svara av egen vilja. Författarna ansåg även att vid 18 års ålder har respondenterna fortfarande gratis tandvård till och med det år fyller 23 år. Detta innebär att det fortfarande finns möjlighet att fånga upp ungdomar med tandvårdsrädsla innan de övergår till vuxentandvård. Detta är av betydelse eftersom det fortfarande finns tid att hjälpa ungdomar med sin tandvårdsrädsla med olika metoder innan de övergår till vuxentandvård. Tandvårdsrädslan kan eventuellt öka risken att de uteblir på grund av sin tandvårdsrädsla. Detta i sig kan innebära sämre oral hälsa i framtiden (Richards & Ameen 2002). Därför är det viktigt att finna dessa patienter och hjälpa dem att hantera och behandla sin rädsla. Genom att behandlaren inom tandvården har en överblick över hur förekomsten av tandvårdsrädsla är i den valda gruppen är behandlaren eventuellt mer uppmärksam på tecken vid tandvårdsrädsla.

Författarnas ursprungliga tanke var att få vara på plats fysiskt på gymnasieskolan för att kunna dela ut och samla in enkäterna under ett och samma tillfälle, men på grund av Covid-19 var detta ej möjligt då gymnasieskolorna övergått till distansundervisning. Därför bestämdes det att enkäten skulle skickas ut digitalt. Om enkäten kunnat delats ut på plats hade det kunnat medföra att det externa bortfallet blivit mindre då alla elever hade fått enkäten utdelad till sig samtidigt som författarna varit på plats. Däremot hade deltagarna kanske känt sig tvungna att delta i studien fastän de inte ville vilket hade stridit mot de etiska riktlinjerna i studien.

Enkäten kunde ha skickats ut till flera gymnasieskolor för att få en större svarsfrekvens, dock ansåg författarna att även om enkäten hade skickats ut till flera elever hade svarsfrekvensen eventuellt varit densamma. En anledning till denna slutsats var att respondenterna befann sig hemma på grund av distansundervisningen och då kan mycket annat komma emellan. Det kan vara lättare att strunta i att besvara enkäten då varken lärare hade kunnat påminna eller författare kunnat berätta om enkätstudien fysiskt.

En pilotstudie utfördes för att undersöka om enkäten behövdes justeras innan själva studiens enkät kunde skickas ut vilket kan ses som en styrka för studien. Enkätens uppbyggnad består av en sammanslagning av två andra enkäter. Dental Hygienist Anxiety Scale (DHAS) som ursprungligen är framtagen av Corah (1969) som benämndes Dental Anxiety Scale (DAS). Senare framställdes enkäten Dental Hygienist Anxiety Scale (DHAS) med DAS i grunden men med den enda skillnaden att "Hygienist" (DH) har ersatt ordet "Dentist" (D) i frågorna. Poängsystemet och frågorna i DHAS är detsamma som i mätinstrumentet DAS. Dental Fear Survey (DFS) är ursprungligen framtagen av Kleinknecht et al. (1984). De översatta versionerna till svenska språket hämtades från Bergström och Johansson (2013) gällande DHAS och Stenebrand (2015) gällande DFS, där de båda översatta enkäterna visade god validitet. Däremot inkluderade författarna svarsalternativet "*kan ej svara*" i samband med pilotstudien då det ansågs att inte alla respondenter eventuellt hade varit med om samtliga av de 13 situationerna som efterfrågades. Tanken var att svarsalternativet "*kan ej svara*" skulle utesluta att individer som inte varit med om den specifika situationen ändå skulle kunna besvara frågan och därmed göra resultatet missvisande. Detta tillägg av svarsalternativ visade sig vara

användbart eftersom flertal respondenter både i pilotstudien och digitala enkäten använde sig av den. Slutsatsen av pilotstudien blev att den fungerade och inga ändringar behövde göras. Författarna kunde se att den information som krävdes för att besvara den aktuella studiens syfte kunde besvaras via enkäten och därmed kunde användas.

Den digitala enkäten var öppen i nio dagar vilket kan ses som en svaghet. Anledningen till detta var att utskicket försenades på grund av Covid-19 från januari till februari vilket medgav en tidsbrist och enkäten kunde inte vara öppen längre än nio dagar. Efter det första utskicket skickades sedan två påminnelser och via Google formulär kunde det ses att svarsfrekvensen var väldigt låg vid första och andra påminnelsen. Därför ansåg författarna att en tredje påminnelse inte hade medfört en markant skillnad på resultatet.

Författarna valde att deltagarna inte behövde logga in med sin personliga mejladress för att kunna besvara enkäten då vi ansåg att det skulle kunna förvirra deltagarna eftersom det står att enkäten är anonym men ändå skulle de behöva identifiera sig. Fastän författarna inte hade kunnat se deltagarnas mejladresser upplevdes det som oetiskt gentemot deras integritet och därför togs denna funktion bort. Detta medförde däremot att deltagarna hade kunnat besvara enkäten flertalet gånger. Författarna var därför väldigt tydliga både i informationsbrevet samt i mejlen som skickades ut till deltagarna att enkäten endast skulle besvaras en gång. Däremot är det en felkälla som inte kan bortses ifrån.

En styrka med studien angående vilka situationer som orsakade rädsla, ångest eller obehag är att denna frågeställning baseras endast på respondenter med tandvårdsrädsla. Anledningen till detta var för att resultatet inte ska bli missvisande genom att respondenterna som inte visade tandvårdsrädsla inte heller kunde visa vilka situationer som skapade obehag eller rädsla.

Resultatdiskussion

Dental Hygienist Anxiety Scale (DHAS) och Dental Anxiety Scale (DAS) är samma mätinstrument med samma frågor och poängsystem. Den enda skillnaden mellan dessa mätinstrument är att ordet "Hygienist" (DH) har ersatt ordet "Dentist" (D) i frågorna. Detta har gjorts då frågorna ska handla om en behandlare som är en tandhygienist. Resultatet visade att enligt DHAS hade 57/103 respondenter 7 poäng eller mer vilket innebar en tandvårdsrädsla i någon grad. Respondenter med låg och medel tandvårdsrädsla kan diskuteras kring då författarna funnit att det är väldigt lätt att få 7 eller mer poäng i mätinstrumentet och därav en låg tandvårdsrädsla. Enligt flertalet studier med mätinstrumentet DAS har respondenter med <13 poäng en låg eller medel tandvårdsrädsla. Därför har vi i studien valt fokusera på respondenter som hade 13 poäng eller mer vilket motsvarar en hög tandvårdsrädsla (Svensson et al. 2018, Zinke et al. 2019, Darachev et al 2018). Den aktuella studien visade att bland alla respondenter hade 11/103 (10,7%) en hög tandvårdsrädsla (≥ 13 poäng) och därav en etablerad tandvårdsrädsla eller fobi. I en studie av Locker et al. (2001) där mätinstrumentet DAS användes ansågs deltagare med en poängsumma på 13 poäng eller högre (hög tandvårdsrädsla) ha en tandvårdsrädsla. Studien undersökte om tandvårdsrädslan ökade eller minskade med den stigande åldern. I studien mättes tandvårdsrädsla hos 678 deltagare och vid 18 års ålder var prevalensen av tandvårdsrädda 13,3%. Om prevalensen av hög tandvårdsrädsla i den aktuella studien jämförs med studien av Locker et al. (2001) så indikerar det att förekomsten av hög tandvårdsrädsla stämmer bra överens. Även i en studie som undersökte prevalensen av tandvårdsrädsla bland 15–18 åringar i Tromsø i Norge (Nermo et al. 2019), rapporterades att 12% hade en hög grad av tandvårdsrädsla, det vill säga en poängsumma på 13 eller mer poäng i mätinstrumentet DAS. Även denna studie kan jämföras med den aktuella studien där prevalensen av hög grad tandvårdsrädsla överensstämmer med studiens resultat.

Majoriteten av respondenterna 87/102 (85,3%) svarade att de aldrig lämnat återbud eller uteblivit från tandvårdsbesök på grund av tandvårdsrädsla. Endast 15/102 (14,7%) respondenter svarade att de har uteblivit någon gång. Att utebli från ett tandvårdsbesök är kopplad till tandvårdsrädsla enligt Anderson och Adolphs (2014). I en annan studie av

Glaesmer et al. (2015) med 102 deltagare, visades att innan behandling var deltagarnas ångest som högst och att under och efter behandlingen minskade ångesten. Ångesten började från timmar upp till dagar innan besöket och uppkom genom förmodan att smärta skulle uppstå under samt efter behandlingen. En annan studie av Lalabonova (2015) där 174 deltagare ingick visade att 67% av dessa hade någon grad av ångest. Utav patienterna med ångest vägrade 24,1% att få behandling överhuvudtaget på grund av tandvårdsrädsla (Lalabonova 2015). Detta styrks med en studie av Armfield et al. (2007) där 7312 deltagare ingick och bland dessa var 13,1% i åldersgruppen 16–24 år. I resultatet visades att individer med tandvårdsrädsla besökte tandvården mer sällan jämfört med individer utan tandvårdsrädsla, samt att tidsintervallen var längre mellan varje tandvårdsbesök bland deltagare med tandvårdsrädsla (Armfield et al. 2007). Sammanfattningsvis kan det ses en koppling mellan rädsla, ångest eller obehag innan ett tandvårdsbesök och att individen kan utebli eller skjuta fram sitt tandvårdsbesök.

De situationerna som orsakade högst rädsla, ångest eller obehag var situationerna angående bedövningssprutan och borren. Att se och känna sticket från bedövningssprutan orsakade ”*väldigt mycket*” rädsla, ångest eller obehag bland 36,4% respektive 63,6% hos respondenterna med hög tandvårdsrädsla. Att se och känna borren orsakade ”*väldigt mycket*” rädsla, ångest eller obehag bland 63,6% respektive 45,5% hos respondenterna med hög tandvårdsrädsla. I en studie av Humphris och King (2011) med 1024 deltagare visade att 11,2% hade hög tandvårdsrädsla via mätinstrumentet MDAS (Modified Dental Anxiety Scale), vilket är väldigt likt resultatet i den aktuella studien. Bland deltagare med hög tandvårdsrädsla var situationerna gällande borren och sprutan det som orsakade högst tandvårdsrädsla hos kvinnor (19% respektive 21%) samt hos män (10% respektive 11%) (Humphris & King 2011). Samma situationer påvisas även i en studie av Hakim & Razak (2014) där 1126 deltagare var studenter från en tandvårds eller medicinsk utbildning i åldrarna 19-23år. Mätinstrumentet som användes var DFS där hög tandvårdsrädsla förekom bland 0,4% hos deltagarna. Studien visade att borren och bedövningssprutan orsakade mest rädsla, ångest eller obehag hos dessa deltagare. Den aktuella studien visar även att samma situationer har orsakat mest ångest, rädsla eller obehag bland dem deltagare med en hög tandvårdsrädsla. Däremot visar den aktuella studien högre procentenheter angående dessa situationer jämfört med de andra studierna. Vilket kan

förklaras då antal respondenter med hög tandvårdsrädsla endast var elva individer och enstaka svar påverkar därför procentuellt mycket. I de andra studierna är det betydligt flera respondenter och därav en större spridning. Dessa studiers resultat kan anses vara mer statistiskt säkra då de har flera respondenter. Däremot är de av vikt att tidigare studier samt den aktuella studien visar att samma situationer är det som orsakar mest rädsla, ångest eller obehag bland individer med en tandvårdsrädsla och att vid dessa situationer är det viktigt att tandvårdspersonal försöker göra situationen så positiv som möjligt.

Att höra borren orsakade lika mycket rädsla (väldigt mycket) som att känna sticket från bedövningssprutan (63,6%). Att känna vibrationerna från borren orsakade väldigt mycket ångest, rädsla eller obehag bland 45,5% av deltagarna med hög tandvårdsrädsla. I en studie av Karibe et al. (2019) visades det att alla deltagare med tandvårdsrädsla, per definition enligt mätinstrumentet DFS, upplevde en mer negativ känsla av att höra ljudet av borren när det jämfördes med ljudet av sugen eller ett neutralt ljud (Karibe et al. 2019). I den aktuella studien visades det att ”att se borren” orsakade mer rädsla, ångest eller obehag (63,6%) än att ”att känna vibrationerna från borren” (45,5%) bland deltagare med hög tandvårdsrädsla. Att känna sticket från bedövningssprutan orsakade mer rädsla, ångest eller obehag (63,6%) än att se bedövningssprutan (36,4%) bland de respondenterna med hög tandvårdsrädsla. En annan studie som använde sig utav samma mätinstrument (DFS) visade att enligt ett genomsnittligt värde så orsakade situationerna ”att se borren”, ”att höra borren”, ”att känna vibrationerna från borren” samt ”att känna sticket från bedövningssprutan” mest rädsla, ångest eller obehag bland deltagare med och utan parodontal sjukdom (Liu et al. 2015). Jämförs resultatet från studien av Liu et al. (2015) med den aktuella studien så visar det sig att det som orsakat mest rädsla, ångest och obehag är samma situationer.

SLUTSATS

Studien visade att förekomsten av tandvårdsrädsla hos tredje års elever på gymnasiet var 11/103 (10,7%) samt att de tandvårdssituationer som utlöste mest rädsla var att se, höra och känna vibrationer från borren samt att se och känna sticket av bedövningssprutan.

REFERENSER

Abrahamsson KH, Andersson P, Krok L, Hakeberg M (2012). Evaluation of the Dental Hygienist Beliefs Survey; test-retest assessment in a group of general dental patients. *International Journal of Dental Hygiene* 10(1), s. 30-35.

Albor YC, Benjet C, Méndez E, Medina-Mora ME (2017). Persistence of Specific Phobia From Adolescence to Early Adulthood: Longitudinal Follow-Up of the Mexican Adolescent Mental Health Survey. *The Journal of clinical psychiatry* 78(3), s. 340–346.

Allen KD, Stanley RT, McPherson K (1990). Evaluation of behavior management technology dissemination in pediatric dentistry. *Pediatric dentistry* 12(2), s. 79–82.

Anderson DJ & Adolphs R (2014). A framework for studying emotions across species. *Cell* 157(1), s. 187–200.

American Psychiatric Association (APA) (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.) Washington, DC: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (APA) (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.

Armfield JM, Stewart JF, Spencer AJ (2007). The vicious cycle of dental fear: exploring the interplay between oral health, service utilization and dental fear. *BMC oral health* 7(1) s, 1–15.

Bergström A & Johansson S (2013). Upplevelse av smärta och tandvårdsrädsla: hos patienter på Högskolan Kristianstads tandvårdsklinik. Kandidatuppsats. Högskolan Kristianstad, Institutionen för Hälsa och Samhälle. Hämtad från: <http://hkr.diva-portal.org/>.

Corah NL (1969). Development of a dental anxiety scale. *Journal of Dental Research* 48(4), s. 596.

Craske MG & Stein MB (2016). Anxiety. *The Lancet* 388(10063), s. 3048–3059

Díaz G & McClelland MM (2017). The influence of parenting on Mexican American children's self-regulation *PsyCh journal* 6(1), s. 43–56.

Drachev SN, Brenn T, Trovik TA (2018). Prevalence of and associated with dental anxiety among medical and dental students of the Northern State Medical University,

- Arkhangelsk, North-West Russia. *International journal of circumpolar health*, 77(1), s. 1-10.
- Eaton WW, Bienvenu OJ, Miloyan B (2018). Specific phobias. *The Lancet Psychiatry* 5(8), s. 678–686.
- Folkhälsomyndigheten (2020). Ängslan, oro eller ångest. (Elektronisk) Tillgänglig: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/> (Läst 2020-10-12).
- Förenta Nationerna (2013). Definition of youth. (Elektronisk). Tillgänglig: <https://www.un.org/> (Läst 2020-11-09).
- Glaesmer H, Geupel H, Haak R (2015). A controlled trial on the effect of hypnosis on dental anxiety in tooth removal patients. *Patient education and counseling* 98(9), s. 1112–1115.
- Hakim H & Razak, IA (2014). Dental fear among medical and dental undergraduates. *TheScientificWorldJournal* 2014(747508). s. 1–5.
- Herrera Serna BY & López Soto OP (2018). 72-month evaluation of an oral health prevention strategy in schoolchildren. *Revista española de salud publica* 92, s. 1–9.
- Holmström MR, Olofsson N, Asplund K, Kristiansen L (2014). Transitions in the Swedish school system and the impact on student's positive self-reported health. *BMC public health* 14(1045), s. 1-10.
- Humphris G & King K (2011). The prevalence of dental anxiety across previous distressing experiences. *Journal of anxiety disorders* 25(2), s. 232–236.
- Karibe H, Koeda M, Aoyagi-Naka K, Kato Y, Tateno A, Suzuki H, Okubo Y (2019). Differences in the perception of dental sounds: a preliminary study. *Patient preference and adherence* 13, s. 1051–1056.
- Khandelwal D, Kalra N, Tyagi R, Khatri A, Gupta K (2018). Control of Anxiety in Pediatric Patients using "Tell Show Do" Method and Audiovisual Distraction. *The journal of contemporary dental practice* 19(9), s. 1058–1064.
- Kleinknecht RA, Thorndike RM, McGlynn FD, Harkavy J (1984). Factor analysis of the dental fear survey with cross-validation. *Journal of the American Dental Association* 108(1), s. 59–61.

Kristensson J (2014). Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso- och vårdvetenskap. Stockholm: Natur och kultur, s. 68–129.

Kronina L, Rascevska M, Care R (2017). Psychosocial factors correlated with children's dental anxiety. *Baltic Dental and Maxillofacial Journal* 19, s. 84–90.

Lalabonova CK (2015). Impact Of Dental Anxiety On The Decision To Have Implant Treatment. *Folia medica* 57(2), s. 116–121.

Lag om underhållsstöd SFS 1996:1030

LeDoux J (1998). Fear and the brain: where have we been, and where are we going? *Society of Biological Psychiatry* 44(12), s. 1229–1238.

Lindström M & Rosvall M (2015). Daily tobacco smoking, heavy alcohol use, and hashish use among adolescents in southern Sweden: A population-based multilevel study. *Addictive behaviors reports* 2, s. 6–12.

Liu Y, Huang X, Yan Y, Lin H, Zhang J, Xuan D (2015). Dental fear and its possible relationship with periodontal status in Chinese adults: a preliminary study. *BMC oral health* 15, s. 18.

Locker D, Thomson WM, Poulton R (2001). Onset of and patterns of change in dental anxiety in adolescence and early adulthood: a birth cohort study. *Community Dent Health* 18(2), s. 99-104.

Luoto A, Lahti S, Nevanperä T, Tolvanen M, Locker D (2009). Oral-health-related quality of life among children with and without dental fear. *International journal of paediatric dentistry* 19(2), s. 115–120.

Mendoza-Mendoza A, Perea MB, Yañez-Vico RM, Iglesias-Linares A (2015). Dental fear in children: the role of previous negative dental experiences. *Clinical oral investigations* 19(3), s. 745–751.

Mika A, Mitus-Kenig M, Zeglen A, Drapella-Gasior D, Rutkowska K, Josko-Ochojska, J (2018). The child's first dental visit. Age, reasons, oral health status and dental treatment needs among children in Southern Poland. *European journal of paediatric dentistry* 19(4), s. 265–270.

Nationalencyklopedin. Rädsla (Elektronisk) Tillgänglig: <https://www-nese.ezproxy.hkr.se/> (Läst 2020-10-12).

Nationalencyklopedin. Ångest (Elektronisk). Tillgänglig: <https://www-nese.ezproxy.hkr.se/> (Läst 2020-10-12).

Nermo H, Willumsen T, Johnsen JK (2019). Prevalence of dental anxiety and associations with oral health, psychological distress, avoidance and anticipated pain in adolescence: a cross-sectional study based on the Tromsø study, Fit Futures. *Acta odontologica Scandinavica* 77(2), s. 126–134.

Oosterink F, de Jongh A, Aartman I (2009). Negative events and their potential risk of precipitating pathological forms of dental anxiety. *Journal of Anxiety Disorders* 23(4), s. 451–457.

Oosterink FM, Jongh A, Hoogstraten J (2009). Prevalence of dental fear and phobia relative to other fear and phobia subtypes. *European journal of oral sciences* 117(2), s. 135–143.

Disorders, 23(4), 451–457

Rayman S, Dincer E, Almas K. (2013). Managing dental fear and anxiety. *The New York state dental journal* 79(6), s. 25–29.

Richards W & Ameen J (2002). The impact of attendance patterns on oral health in a general dental practice. *British dental journal* 193(12), s. 697–695.

Sah P (2017) Fear, anxiety, and the amygdala. *Neuron* 96(1), s. 1–2.

Shahnavaz S, Hedman E, Grindefjord M, Reuterskiöld L, Dahllöf G (2016). Cognitive Behavioral Therapy for Children with Dental Anxiety: A Randomized Controlled Trial. *JDR clinical and translational research* 1(3), s. 234–243.

Skollagen 2010:800.

Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) (2015). *Behandling av ångestsymtom*. (Elektronisk). Tillgänglig: <https://www.sbu.se/> (Läst 2020-10-12).

Stefano R (2019). Psychological Factors in Dental Patient Care: Odontophobia. *Medicina* 55(10), s. 678.

Stein DJ, Scott KM, de Jonge P, Kessler RC (2017). Epidemiology of anxiety disorders: from surveys to nosology and back. *Dialogues in clinical neuroscience* 19(2), s. 127–136.

Doktorsavhandling:

Stenebrand A (2015). *Dental anxiety among 15-year-olds: Psychosocial factors and oral health*. Diss. Jönköping University. Jönköping: School of Health Sciences.

Stenebrand A, Wide Boman U, Hakeberg M (2013). Dental anxiety and symptoms of general anxiety and depression in 15-year-olds. *International journal of dental hygiene* 11(2), s. 99–104.

Svensson L, Hakeberg M, Wide U (2018). Dental pain and oral health-related quality of life in individuals with severe dental anxiety. *Acta odontologica Scandinavica*, 76(6), s. 401–406.

Tandvårdslag SFS 1985:125

Unicef. Barnkonventionen (Elektronisk). (2020). <https://unicef.se/barnkonventionen/> (Läst 2020-09-21).

Wright CD, McNeil DW, Edwards CB, Crout RJ, Neiswanger K, Shaffer JR, Marazita ML (2017). Periodontal Status and Quality of Life: Impact of Fear of Pain and Dental Fear. *Pain research & management* 2017(5491923), s. 1–9.

Wu Lingli & Gao Xiaoli (2018). Children's dental fear and anxiety: exploring family related factors. *BMC oral health* 18(1), s. 100.

Zinke A, Hannig C, Berth H (2019). Psychological distress and anxiety compared amongst dental patients- results of a cross-sectional study in 1549 adults. *BMC oral health*, 19(1), s. 27.

Bilagor

Bilaga 1

Informationsblad till deltagare i studien *“Tandvårdsrädsla hos tredje års elever på gymnasiet”*.

Hej!

Vi är två studenter som studerar till Tandhygienist på Högskolan Kristianstad och skriver en C-uppsats där vi undersöker förekomsten av tandvårdsrädsla hos tredje års elever på gymnasiet samt i vilka tandvårdssituationer rädslan uttrycker sig. Studien genomförs för att tandvårdsrädda individer ska kunna få hjälp mot sin rädsla. Det är därför viktigt att finna individer med tandvårdsrädsla och att förstå vilka situationer som utlöser rädslan.

Vi ber dig att fylla i en enkät via länk: <https://forms.gle/99pM1KmDBYHBjJVE9> på Google formulär. Enkäten består av två delar. Första delen består av 6 frågor och andra delen består av 13 frågor. Endast ett svarsalternativ kan anges på varje fråga. Att fylla i frågorna beräknas ta ungefär 5–10 minuter. Observera att enkäten endast går att svara på 1 gång. Resultatet från enkäterna kommer enbart att användas i denna studie. Efter genomfört och godkänt arbete kommer materialet att förstöras. Den skriftliga uppsatsen kommer att framställas och arkiveras på högskolan Kristianstad. Uppsatsen kan komma att publiceras i en elektronisk databas, DIVA, via högskolans bibliotek.

Enkäten är anonym och ska besvaras enskilt. Genom att besvara och lämna in enkäten godkänner Du Din medverkar i studien. Enkäten är frivillig och Du kan när som helst avsluta den. Ingen obehörig person har tillgång till enkäterna.

Vid frågor är Du välkommen att kontakta Viveca Wallin Bengtsson på Högskolan Kristianstad via mejl: viveca.wallin_bengtsson@hkr.se

Vi är väldigt tacksamma om Du vill delta i studien!
Med vänliga hälsningar, Tandhygieniststuderande Lyudmila och Emelie.

Bilaga 2

Del 1

1. Kön (sätt ett kryss i rutan)

Kvinna:	<input type="checkbox"/>
Man:	<input type="checkbox"/>

2. Har tandvårdsrädsla någonsin fått Dig att lämna återbud eller utebli från ett planerat tandvårdsbesök? **Ringa in den** siffra från 1 till 5 som bäst motsvarar Din egen reaktion och uppfattning.

1	2	3	4	5
Aldrig	Någon enstaka gång	Några gånger	Ofta	Varje gång

Till nedanstående frågor: 3–6 finns fem svarsalternativ. Välj ett alternativ som bäst stämmer överens med dig på varje fråga.

3. Försök tänka Dig in i situationen att Du har tid för besök hos tandhygienisten imorgon. 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
4. 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

5. Tänk Dig nu att det är din tur. Du tar plats i behandlingsstolen och ser hur tandhygienisten 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
6. Tänk Dig att du sitter hos tandhygienisten. Han/hon skall just börja med att skrapa 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

DEL 2



Del 2

Det följande är en lista på saker och situationer i anslutning till tandvårdsbesök som många människor anser vara ångest- eller skräckframkallande.

Ange hur stark rädsla, ångest eller obehag var och en av dessa situationer orsakar dig.

Markera efter nedanstående skala från 1 till 6 genom att sätta **ett kryss**.

1	2	3	4	5	6
Inte alls	Lite	Något	Mycket	Väldigt mycket	Kan ej svara

	1	2	3	4	5	6
1. Att beställa tid						
2. Att komma fram till tandkliniken						
3. Att sitta i väntrummet						
4. Att sätta sig i behandlingsstolen						
5. Att känna lukten från tandkliniken						
6. Att se tandhygienisten/tandläkaren komma in i behandlingsrummet						
7. Att se bedövningssprutan						
8. Att känna sticket vid bedövning						
9. Att se borren						
10. Att höra borren						
11. Att känna vibrationerna från borren						
12. Att få tandsten borttagen						
13. Allt som allt, hur rädd är Du för att få tandbehandling						