



Examensarbete (OD8360), 15 hp, för  
Kandidatexamen i Oral hälsa  
VT 2017

## Ungdomars syn på den egna orala hälsan och påverkan på livskvalitén

Evelina Tullgren och Matilda Johansson

Sektionen för hälsa och samhälle

**Författare**

Evelina Tullgren och Matilda Johansson

**Titel**

Ungdomars syn på den egna orala hälsan och påverkan på livskvalitén

**Handledare**

Sara Henricsson

**Examinator**

Pia Andersson

**Sammanfattning**

Syftet med studien var att belysa ungdomars upplevda orala hälsa och dess påverkan på livskvalitén. Studien genomfördes som en kvalitativ intervjustudie med nio informanter i åldern 18-19 år på en gymnasieskola i Kristianstad. Intervjuerna utgick från en intervjuguide och det insamlade materialet analyserades genom en kvalitativ innehållsanalys. Resultatet av studien visade att informanterna upplevde sig ha en god oral hälsa och att de tog väl hand om sina tänder. Det var viktigt för informanterna att ha en god oral hälsa och de beskrev betydelsen både på ett fysiskt och psykiskt plan. Majoriteten av informanterna upplevde att den orala hälsan påverkade livskvalitén. Slutsatsen av studien är att ungdomar tycks uppleva sig ha en god oral hälsa och att upplevda orala problem påverkar livskvalitén. Ungdomar anser att det är viktigt att ha en god oral hälsa och att tändernas utseende är betydelsefullt.

**Ämnesord**

Livskvalité, oral hälsa, ungdomar, upplevelse

# Innehållsförteckning

INTRODUKTION.....	5
Oral hälsa.....	5
Karies.....	5
Parodontala sjukdomar .....	6
Dental erosion.....	6
Tandvård och oral hälsa hos ungdomar.....	7
Mäta oral hälsa .....	8
Oral hälsorelaterad livskvalité.....	9
SYFTE.....	10
MATERIAL OCH METOD.....	10
Design.....	10
Urval och genomförande .....	10
Pilotstudie.....	11
Datainsamling.....	12
Bearbetning och analysmetod.....	12
Etiska aspekter.....	14
RESULTAT.....	14
Oral hälsa.....	15
Status .....	15
Utseende .....	16
Munvårdsbeteende.....	17
Betydelse .....	18
Livskvalité .....	19
Påverkan .....	19
Vill förändra .....	20

DISKUSSION .....	21
Metoddiskussion.....	21
Datainsamling och analysprocess.....	21
Urval.....	23
Resultatdiskussion .....	23
Oral hälsa.....	23
Livskvalité.....	25
Slutsats.....	26
REFERENSLISTA.....	27

BILAGA 1 – Informationsblad till rektor

BILAGA 2 – Informationsblad till elever

BILAGA 3 – Informationsblad till elever

BILAGA 4 – Intervjuguide

BILAGA 5 – Samtyckesformulär

# INTRODUKTION

## Oral hälsa

Det finns olika definitioner av oral hälsa. Enligt Världshälsoorganisationen (WHO) är oral hälsa ett tillstånd fritt från sjukdomar, smärta och avvikelser som kan hindra individen från att prata, le, tugga och bita samt att uppleva ett psykosocialt välbefinnande (WHO 2012). Under en konsensuskonferens i Mullsjö 2002 definierades oral hälsa som "... en del av den allmänna hälsan och bidrar till fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande med upplevda och fullgoda orala funktioner satta i relation till individens förutsättningar samt frånvaro av oral sjukdom" (Hugoson et al. 2003, s. 140).

De största orala sjukdomarna i Sverige idag är karies, parodontit och dentala erosioner (Socialstyrelsen 2013). Plackkontroll är en grundläggande förebyggande åtgärd mot karies och parodontal sjukdom. Förebyggande åtgärder har visat sig vara effektiva för oral hälsa och mot oral sjukdom där den enskilda individens egenvård är en stor del (Socialstyrelsen 2012). Tandborstning i kombination med approximala hjälpmedel är de mest effektiva åtgärderna (Löe 2000).

## Karies

Karies är en kronisk, multifaktoriell sjukdom som utvecklas långsamt. Sjukdomsprocessen startar i det dentala placket som finns på tanden och som består av olika bakterier och dess biprodukter. Vid en interaktion mellan syrabildande bakterier och fermenterbara kolhydrater bildas syra (Selwitz et al. 2007). Syran sänker pH-värdet i det dentala placket under emaljens kritiska nivå (pH 5,5) och pH-sänkningen pågår sedan under cirka 30 minuter (Touger-Decker & van Loveren 2003). pH-sänkningen bidrar till att en förlust av tandvävnad sker i form av att mineralerna kalcium och fosfat utlöses ur tanden, en så kallad demineralisation (Selwitz et al. 2007). Saliven innehåller ämnen som har en neutraliserande effekt på den sura miljön i munnen och när pH-värdet har återställts till sin ursprungliga nivå efter cirka 60 minuter (Lingström & Birkhed 2009) kan en remineralisation ske (Selwitz et al. 2007). Remineralisation innebär att fosfat och kalcium återförs till tanden (Featherstone 2004). Fluor kan

påskynda processen genom att fosfat och kalcium återförs snabbare till tanden samtidigt som fluoret också ger en mer motståndskraftig yta för kommande syraattacker (Selwitz et al. 2007). I ett tidigt stadium av kariessjukdomen när skadan endast har nått emaljen kan skadan fortfarande stanna av. Utan rätt insatta åtgärder kan skadan fortgå och breda ut sig i emaljen och nå dentinet (Selwitz et al. 2007). Socialstyrelsens uppgifter från 2015 visar att 37 % av 19-åringarna i Sverige var kariesfria, vilket är en förbättring med 6 % från 2010 (Socialstyrelsen 2017a).

### Parodontala sjukdomar

Parodontit är en kronisk sjukdom (Padilla et al. 2006) som föregås av gingivit (tandköttsinflammation) (Schätzle et al. 2003). Gingivit är en immunologisk reaktion i tandköttet (Silva-Boghossian et al. 2013) som orsakas av en bakterieansamling längs med den marginala gingivan (Kim et al. 2013). Inflammationen ger symtom i tandköttet som visar sig som rodnad, svullnad och blödning (Scott et al. 2004). Gingivit kan läka ut om bakterieansamlingarna avlägsnas genom att en god oral hygien upprätthålls (Löe et al. 1965). Om inflammationen får fortgå och bakterierna når under tandköttet kan parodontit utvecklas (Padilla et al. 2006). Till skillnad från gingivit ger parodontit också symtom som klinisk fästeförlust och ökat fickdjup samt bennedbrytning (Scott et al. 2004). Om sjukdomen får fortgå kan den så småningom leda till tandförlust (Padilla et al. 2006). En epidemiologisk svensk studie visade att 19-åringar hade ett medelvärde för gingivalt blödningsindex på 56 % och endast 3 % av de 506 individerna som ingick i studien hade ett blödningsindex mindre än 20 % (Ericsson et al. 2009).

### Dental erosion

Dental erosion uppkommer utan bakteriell påverkan och skadan är irreversibel (Wang et al. 2010). Dental erosion leder till en förlust av hård tandvävnad till följd av en kemisk process (Serra et al. 2009). Ett multifaktoriellt samspel mellan kemiska och biologiska faktorer samt beteenden är orsaken till skadan. Kemiska faktorer omfattar innehållet i mat och dryck där till exempel dess pH-nivå och mineralinnehåll har betydelse. Exempel på biologiska faktorer kan vara tanduppbyggnad och salivens egenskaper. Beteendemässiga faktorer kan handla om mat- och dryckesvanor samt överdrivna

munhygienrutiner (Lussi et al. 2008). Dentala erosioner är vanligt förekommande hos individer med ätstörningar (Uhlen et al. 2014). Sjukdomen leder ofta till frekventa kräkningar vilket gör att det sura maginnehållet kan förstöra tandsubstansen, därför är ätstörningar en riskfaktor för dental erosion (Uhlen et al. 2014). En slät, blank eller matt yta är första tecken på dental erosion. Om skadan fortsätter att utvecklas kan konkaviteter i emaljen uppstå (Serra et al. 2009). I ett långtgående stadie av skadan kan tanden bli överkänslig och estetiskt påverkad (Lussi et al. 2007). En svensk studie som studerade förekomsten av dentala erosioner hos 20-åringar visade att 75 % av alla deltagare hade dentala erosioner och 18 % av dessa hade omfattande skador (Isaksson et al. 2013).

## **Tandvård och oral hälsa hos ungdomar**

Ungdomar definieras som personer mellan 13-25 år enligt myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor (Ungdomsstyrelsen 2013). Under ungdomsåren formas individens levnadsvanor som kan ha en betydelse för den kommande hälsan. Det är en tid som innebär en övergångsperiod mellan barndom och vuxenliv. För ungdomar kan en livsstil associeras med samhörighet hos en grupp människor samt vara en bidragande faktor för individens identitet. Olika faser i ungdomsåren kan resultera i en förändring av livsstilen, till exempel då individen flyttar hemifrån eller går från studentliv till arbetsliv (Socialstyrelsen 2009).

Barn och ungdomar i Sverige ska enligt Tandvårdslagen erbjudas regelbunden och fullständig tandvård till och med då de fyller 21 år, men denna åldersgräns kommer att höjas till 23 år från och med år 2019. Tandvården som ges är avgiftsfri och täcker samtlig vård, även specialisttandvård (Tandvårdslagen SFS 1985:125). Barn- och ungdomstandvården har som mål att inspirera till egenvård och ska bidra till en god oral hälsa, även i framtiden (Svenska Pedodontiföreningen 2016). Alla personer från och med då de fyller 22 år och bosatta i Sverige erhåller ett allmänt tandvårdsbidrag varje år. Bidraget ska stimulera till fortsatt kontinuerlig och förebyggande tandvård (Socialstyrelsen 2017b). "Frisk tandvård" är ett abonnemangsavtal som kan tecknas efter att den fria tandvården upphört. Avtalet innefattar egenvård, förebyggande vård och

behandling till ett fast pris utifrån hur individens munhälsa ser ut (Folktandvården Sverige 2014).

Den orala hälsan bland ungdomar i Skandinavien har förbättrats och fortsätter att utvecklas positivt även om en långsammare utveckling har kunnat ses de senaste åren (Östberg et al. 2010). En risk för den relativt goda orala hälsan bland ungdomar kan vara att de inte uppsöker tandvården regelbundet efter att den kostnadsfria tandvården upphört, utan endast söker hjälp om de upplever problem (Johansson & Östberg 2015). Bland svenska 19-åringar visade en studie att 41 % unga män och 30 % unga kvinnor inte hade för avsikt att gå till tandvården regelbundet efter att fri tandvård inte längre erbjuds (Östberg et al. 2010). Ekonomiska faktorer och den egna uppfattningen om behovet av tandvård var anledningar som angavs för att utebli från regelbunden tandvård (Johansson & Östberg 2015).

## **Mäta oral hälsa**

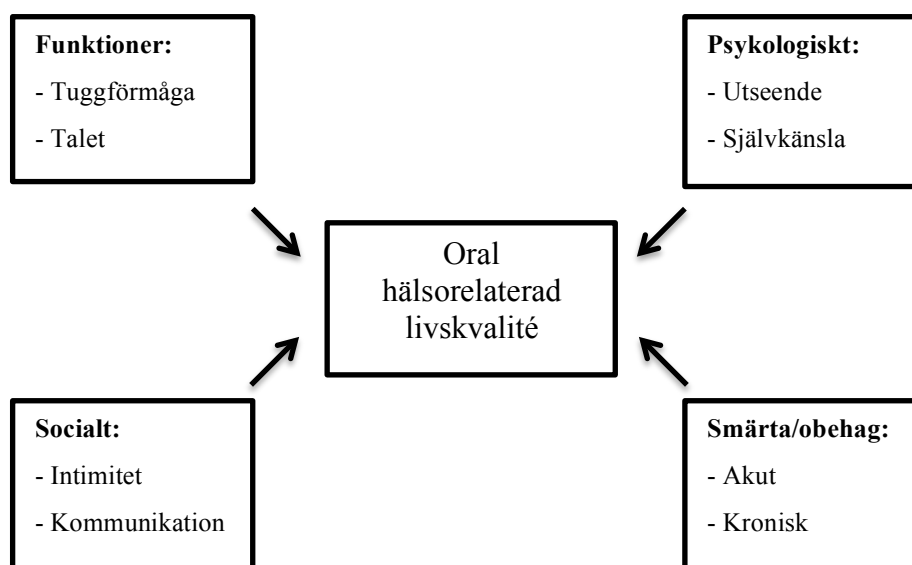
Tandvården använder sig av kliniska mått för att diagnostisera och behandla sjukdom, exempelvis fickdjupsmätning och plackmängd. Dessa mått ger endast en bild av sjukdom och beaktar inte patientens egen upplevelse av orala problem. Därmed är det inte hälsa som mäts utan endast sjukdom (Corson et al. 1999). För att förstå innebörden av begreppen hälsa och ohälsa bör ett perspektiv som ser till människokroppen och dess specifika kroppsdelar förenas med ett holistiskt perspektiv som ser till människan som en helhet där känslor och handlingsförmågor beaktas (Nordenfelt 2003). Munnen kan inte bedömas utifrån hälsa eller ohälsa, utan endast vara frisk eller sjuk. Bara individen som munnen tillhör kan uppfatta hälsa eller ohälsa (Wärnberg Gerdin 2006). För att få en komplett bild av patientens orala hälsa bör således både sjukdomsbild och patientens egen uppfattning uppmärksammas, det är dessutom viktigt att tandvårdspersonal beaktar hur orala sjukdomar eller behandling av orala sjukdomar kan påverka patientens livskvalité (Corson et al. 1999).



## Oral hälsorelaterad livskvalité

Oral hälsorelaterad livskvalité (OHRQoL) är ett förhållandevis nytt och snabbt växande begrepp (Bennadi & Reddy 2013) som är multidimensionellt och ser till individens subjektiva bild av den orala hälsan (Sischo & Broder 2011). Oral hälsorelaterad livskvalité baseras på sociala, funktionella och psykologiska faktorer samt individens historia av smärta och besvär (Figur 1) (Inglehart & Bagramian 2002).

Orala sjukdomar och olika orala tillstånd kan bland annat leda till problem med den allmänna hälsan, försvåra socialt umgänge och påverka den egna självbilden samt självförtroendet. Livsviktiga funktioner kan också påverkas, till exempel att andas och svälja, samt dagliga aktiviteter, som till exempel arbete och skolgång (Bennadi & Reddy 2013).



**Figur 1.** Oral hälsorelaterad livskvalité (Inglehart & Bagramian 2002).

För att ge en bild av hur orala problem eventuellt kan påverka livskvalitén, välbefinnandet och funktionaliteten har ett flertal mätinstrument utformats. De flesta instrument inriktar sig på vuxna och äldre individer, men det finns även ett instrument som är avsett för barn (Child Oral Health Quality of Life Questionnaires). De olika mätinstrumenten skiljer sig åt, bland annat genom vilken typ av hälsoproblem de riktar

sig mot, antal frågor (från 3 till 49 stycken) samt på vilket sätt frågorna poängsätts. De mätinstrument som använts mest i olika studier är the Oral Health Impact Profile (OHIP), the Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI), the Oral Impacts on Daily Performance (OIDP) och the Child Oral Health Quality of Life Questionnaires (COHQOL) (Locker 2004).

Denna studie vill belysa ungdomars uppfattning och syn på den egna orala hälsan samt om de upplever att den påverkar livskvalitén. Tandhygienisten möter många ungdomar i sitt arbete och det är därför viktigt att kunna förstå och bemöta denna patientgrupp. Som tandhygienist är det av stor vikt att vara lyhörd och kunna vägleda ungdomar i munhälsoarbetet.

## **SYFTE**

Syftet med denna studie var att belysa ungdomars upplevda orala hälsa och dess påverkan på livskvalitén.

## **MATERIAL OCH METOD**

### **Design**

En empirisk studie med kvalitativ design har genomförts. Kvalitativ design används när människors upplevelser och föreställningar inom ett visst område ska undersökas (Kristensson 2014). Studien baserades på intervjuer med nio ungdomar, sex män och tre kvinnor, från en större gymnasieskola i Kristianstad.

### **Urval och genomförande**

Ett bekvämlighetsurval tillämpades, vilket innebär att alla tillgängliga personer i fyra utvalda klasser på gymnasieskolan tillfrågades om att delta i studien (Kristensson 2014). Inklusionskriterierna var att ungdomarna skulle vara i åldern 18-19 år samt att de kunde uttrycka sig på och förstå det svenska språket.

Rektor för vald gymnasieskola i Kristianstad kontaktades via mail där studiens syfte och information (bilaga 1) kring studiens genomförande presenterades. Därefter hölls ett kort möte med rektorn för ytterligare information om studien. Rektorn blev ombedd att välja ut fyra klasser som var tillgängliga under samma dag för rekrytering, där fyra klasser som ingick i två olika teoretiska program blev utvalda. Författarna till studien informerade ungdomarna i de olika klasserna i början av lektionerna om studiens syfte samt att det var frivilligt att delta. Ett informationsblad (bilaga 2) delades ut till samtliga ungdomar som var närvarande under lektionen med information om studien och möjlighet att delge skriftliga kontaktuppgifter (bilaga 3) vid intresse av att delta. Efter att all information förmedlats, meddelade författarna att de skulle återkomma innan lektionens slut för att samla in intresseanmälningar. Av de 21 intresseanmälningar som inkom gjordes ett slumpmässigt urval genom lottning för att ta ut åtta stycken deltagare, vilket antogs vara det antal som behövdes för att uppnå en mättnad. De åtta slumpmässigt utvalda ungdomarna som visade intresse blev kontaktade av författarna via mail för att se om intresset fortfarande kvarstod för att delta i studien. De som inte svarade blev kontaktade via telefon och/eller sms. Några ungdomar (n=4) avböjde att delta, dessa uteslöts då ur studien och ersattes efterhand med en ny slumpmässigt utvald ungdom genom lottning till dess att antalet deltagare var åtta. De ungdomar som avböjde deltagande räknades som externt bortfall (n=8). Efter utförda intervjuer kontaktades ytterligare en informant för att delta i en intervju. Intervjuerna genomfördes och de ungdomar (n=4) som visade intresse men inte blev utvalda kontaktades med information om att de inte skulle inkluderas i studien, men att deras kontaktuppgifter skulle sparas för att eventuellt användas om fler deltagare skulle behövas. Totalt inkluderades nio ungdomar i studien. Härefter kommer ungdomarna benämnas som informanter.

## **Pilotstudie**

En pilotstudie genomfördes med den första informanten som tackade ja till att delta i studien. Pilotstudien gjordes för att testa intervjuguidens frågor (bilaga 4) som var utformade utifrån studiens syfte. Frågorna uppfattades korrekt och gav tillräckligt informativa svar, därför inkluderades pilotstudien i studiens resultat.

## **Datainsamling**

De informanter som tackade ja till att delta i studien kontaktades för att boka tid för intervjun, som hölls i ett avskilt rum på gymnasieskolan. Intervjuerna utgick från en intervjuguide (bilaga 4) som utarbetats utifrån studiens syfte. Före intervjuerna startade fick informanterna ytterligare information om studiens syfte och att de kunde avbryta sin medverkan närsomhelst under intervjun. De fick också skriva under ett samtyckesformulär (bilaga 5). Intervjuerna spelades in på en digital diktafon och varade i 5-13 minuter samt märktes med en personlig kod och datum. Båda författarna medverkade vid intervjuerna som var semistrukturerade. En och samma författare ställde frågorna utifrån intervjuguiden men båda författarna hade möjlighet att ställa följdfrågor. Det insamlade materialet förvarades inlåst.

## **Bearbetning och analysmetod**

Materialet från intervjuerna analyserades genom kvalitativ innehållsanalys, vilket innebär att en analys av texten gjordes för att finna likheter och skillnader i materialet (Figur 2) (Kristensson 2014).

Det inspelade materialet från intervjuerna transkriberades ordagrant. De två första intervjuerna transkriberades av båda författarna tillsammans för att säkerställa att kommande transkriberingar skrevs på samma sätt. De andra intervjuerna delades upp mellan författarna som transkriberade materialet var för sig. Därefter kontrollerade den ena författaren den andre författarens transkriberade material och vice versa, genom att lyssna på inspelningen samtidigt som texten genomlästes. Författarna läste igenom det transkriberade materialet ett flertal gånger var för sig för att bilda sig en uppfattning om materialet, resten av analysprocessen gjordes tillsammans av båda författarna. Meningsbärande enheter som relaterade till studiens syfte urskildes ur materialet (Kristensson 2014). Därefter kodades de meningsbärande enheterna, vilket innebar att de meningsbärande enheterna sammanfattades i ett eller flera ord (Kristensson 2014). Koderna genomlästes för att finna likheter eller skillnader och de som passade ihop fördes samman och bildade en kategori. Kategorin är en sammanfattning över vad koderna betyder (Kristensson 2014). Därefter analyserades kategorier, meningsbärande enheter och koder för att finna underkategorier som är en tolkning av en eller flera

kategoriers betydelse (Kristensson 2014). Ett exempel för att beskriva analysprocessen är den meningsbärande enheten ”... *den påverkar ju mycket om man till exempel har, inte har bra andedräkt och så kan jag tänka mig att det påverkar ganska mycket, man vågar inte, kanske inte prata med folk och så...*” (kod E3) som fick koden ”*sociala livet*”. Denna kod ingick sedan i kategorin ”*oral hälsa*” och underkategorin ”*betydelse*”. Intervjuerna och det analyserade materialet genomlästes igen för att identifiera ett övergripande tema (Kristensson 2014).

Materialet som innehållsanalysen byggde på innehöll både manifesta och latent budskap. Manifesta budskap är de tydliga och uppenbara delarna i texten, medan latent budskap tolkas för att finna den underliggande meningen i texten (Kristensson 2014). Ett exempel på ett latent budskap är när en informant svarar på frågan om hur den egna munhälsan upplevs. Informanten svarar ”... *men alltså det känns liksom... känns lent inuti liksom.*” (Kod E1). Författarna tolkade svaret som att informanten inte upplever sig ha beläggningar på tänderna och därmed har en god munhygien.

Tema	Kategorier, underkategorier och intervjuer analyseras för att finna en övergripande mening.		
Kategorier	De koder som hör ihop bildar en kategori, vilket är en sammanfattning över kodernas betydelse.		
Underkategorier	Meningsbärande enheter, koder och kategorier analyseras för att finna kategorins betydelse.		
Koder	Ett, eller några ord som sammanfattar en meningsbärande enhet.		

**Figur 2.** Olika steg i innehållsanalysen (Kristensson 2014).

## Etiska aspekter

Denna studie har tagit hänsyn till de forskningsetiska principerna; *Informationskravet*, *Samtyckeskravet*, *Konfidentialitetskravet* och *Nyttjandekravet* (Vetenskapsrådet 2002).

Informationskravet innebär muntlig och skriftlig information gavs till informanterna före intervjun startade om studiens syfte och dess frivilliga deltagande, samt att de kunde avbryta sin medverkan när som helst. Samtyckeskravet uppfylldes genom att informanterna fick skriva under ett samtyckesformulär innan intervjun startade för att på så vis ge samtycke till sin medverkan. Konfidentialitetskravet innebär att intervjuerna aidentifierades och märktes med en kod för att ingen utomstående skulle kunna förstå vilka informanterna var. Materialet förvarades inlåst utan obehörigas insyn. Nyttjandekravet innebär att efter att uppsatsen är examinerad och godkänd kommer materialet som användes till denna studie att förstöras.

Alla ungdomar som var närvarande då författarna informerade om studien hade möjlighet att delta, oavsett kön och etnisk bakgrund. Andra etiska aspekter som togs hänsyn till var att informanterna kunde uppfatta samtalsämnet som privat. För att minimera risken för att informanterna skulle känna sig förnärmade var författarna neutrala och la ingen värdering i vad som framkom under intervjuerna. Författarna informerade om att tystnadsplikt skulle råda samt att resultatet inte skulle kunna spåras till enskild ungdom eller skola. Intervjuerna hölls i ett avskilt rum för att informanterna skulle känna sig bekväma och våga svara på frågorna fullt ut. För att informanterna inte skulle känna sig tvingade att vara med i studien var författarna tydliga med att informera om att det var frivilligt att delta.

## RESULTAT

Resultatet baseras på nio intervjuer och redovisas utifrån temat *ungdomar tillfreds med sin orala hälsa trots en påverkad livskvalité* och kategorierna *oral hälsa* samt *livskvalité*. Under kategorin *oral hälsa* presenteras underkategorierna *status*, *utseende*, *munvårdsbeteende* och *betydelse*, vilket visar på hur informanterna ser på sin egen orala hälsa. Under kategorin *livskvalité* redovisas underkategorierna *påverkan* och *vill*

*förändra* som beskriver sambandet mellan informanternas orala hälsa och deras livskvalité (Figur 3).

Tema	Ungdomar tillfreds med sin orala hälsa trots en påverkad livskvalité					
Kategorier	Oral hälsa				Livskvalité	
Under-kategorier	Status	Utseende	Munvårds-beteende	Betydelse	Påverkan	Vill förändra
Koder	Kariesfri Smärtfri Sällan blåsor Lite tandsten Bra andedräkt Smakar gott Hela tänder God munhygien Friskt tandkött	Inga missfärgningar Tänderna stör ej Vita tänder	Daglig rengöring Mån om tänderna Kostmedvetenhet Produkter utöver tandkräm Regelbundna tandvårdsbesök	Tändernas hållbarhet Sociala livet Förebygga sjukdom Känna sig fräsch Kunna äta vad man vill Omgivningens åsikter	Pressar tänderna Tandställning Dålig andedräkt Konsekvens av behandling Tandersättning Isande tänder God oral hälsa Blåsor	Tändernas färg Blåsor Tandersättning

**Figur 3.** Beskrivning av tema, kategorier, underkategorier och koder utifrån den kvalitativa innehållsanalysen.

## Oral hälsa

Kategorin *oral hälsa* innefattar underkategorierna *status*, *utseende*, *munvårdsbeteende* och *betydelse* (Figur 3). Dessa beskriver informanternas syn på den egna orala hälsan och dess betydelse.

### Status

Underkategorin *status* beskriver informanternas upplevelse av den egna orala hälsan och vad de baserar den på. Samtliga nio informanter upplevde att de hade en god oral hälsa.

I intervjuerna framkom det att informanterna bedömde att de tog väl hand om sina tänder och i stort hade friska orala förhållanden. De flesta baserade den upplevda orala hälsan på sin egen bedömning, förutom en av informanterna som delvis grundade den på tandläkarens bedömning vid ett tidigare tandvårdsbesök. Majoriteten av informanterna uppgav att de genom att upprätthålla en god munhygien ansåg sig ha en god oral hälsa. En annan bidragande faktor som många av informanterna berättade om var att de inte hade karies.

*”Alltså det som vi snackade om, fräscht liksom. Kanske inte vita tänder men alltså det känns liksom... känns lent inuti liksom. Det gör inte ont och inga tandkött som så här svider till eller så.”* (Kod E1).

*”Jag skulle vilja säga att jag ligger ungefär på medelmåttet, ja lite över kanske för jag har inga, jag har aldrig haft hål i tänderna, jag har sällan blåsor i munnen och hyfsat bra andedräkt i alla fall skulle jag vilja säga, hehe.”* (Kod E2).

## Utseende

Denna underkategori behandlar hur informanterna upplevde sin orala hälsa ur ett utseendemässigt perspektiv men också vad de ansåg vara betydande för utseendet. Några informanter ansåg att deras goda orala hälsa var förknippad med att de inte hade missfärgade eller estetiskt störande tänder. En informant menade att känslan av att skämmas skulle kunna uppstå till följd av missfärgade tänder.

*”... jag har inga fläckuppbyggnader på tänderna och sådant från kaffe, rökning och snus. Det är väl det.”* (Kod E5)

*”... eller att jag skäms över att de är missfärgade eller alltså att det inte stör, på något vis utan att det känns bra.”* (Kod E4)



Några informanter ansåg att vita tänder var viktigt utseendemässigt. I intervjuerna framkom det att dagens rådande skönhetsideal i samhället hade en inverkan på informanterna, där vita tänder är en social norm och att media är en stor bidragande faktor till denna utveckling.

*”Jaa, det blir ju lite mer så att man ska, folk tittar ju på modeller och eh sociala medier liksom, man ska se ut på ett visst sätt och sådär, och det påverkar ju nästan konstant med teknologin och sådär att man ska, det finns en viss standard eller något sådant där och det är lätt att man följer med på detta, att man eh luras lite, skulle jag vilja säga.”* (Kod E2).

### Munvårdsbeteende

Underkategorin redogör för olika beteenden som informanterna ansåg vara förknippade med deras goda orala hälsa. Det framkom att informanterna tog hand om sina tänder och att de hade en förståelse för vad som bidrog till friska förhållanden. Majoriteten av informanterna uppgav att upprätthålla en god munhygien genom att borsta tänderna gynnade den orala hälsan och en del av dessa angav också att approximala hjälpmedel främjade den. Utöver mekanisk rengöring, framkom också en medvetenhet kring kosten där begränsning av sötsaker och mindre intag av mat och dryck som sliter på tänderna ansågs hänga samman med god oral hälsa.

*”Ehm bra antar, alltså det är, ganska normal, jag borstar tänderna två gånger om dagen, använder sådana här små eh tandpetare, jag har haft tandställning så jag måste komma in emellan för jag har en ståltråd där bak, så ja.”* (Kod E3)

*”Ja, dels så såhär borsta tänderna och använda tandtråd, eh gör jag ibland också såhär, sen har jag väl en kost som inte sliter och förstör på munnen och tänder, så mycket.”* (Kod E9)

Några berättade att de använde produkter utöver tandkräm som en del i den dagliga rengöringen och då framförallt produkter innehållandes fluor, som till exempel fluorsköljningsmedel. En informant hade bytt sina fluorinnehållande produkter till fluorfria alternativ.

*”Eh men eh... ja, jag tar ju, tar ju hand om tänderna liksom såhär regelbundet, eh med fluorskölj och sådant också.”* (Kod E6)

*”... jag bytte bort min fluortandkräm till fluorfri-tandkräm, började gurgla med Kollodiant silver, ja lite så alternativt. Som ni så säkert kanske inte gillar, att höra (skrattar).”* (Kod E5)

## Betydelse

Underkategorin beskriver informanternas syn på betydelsen av att inneha en god oral hälsa. Samtliga informanter tyckte att det var viktigt att ha en god oral hälsa och i intervjuerna beskrevs dess betydelse på olika plan, både den psykiska och den fysiska betydelsen. Många menade att det sociala livet skulle kunna påverkas genom en dålig oral hälsa, till exempel genom en känsla av att vilja ”dra sig undan”. Några informanter menade att en god oral hälsa var betydande på grund av omgivningens uppfattning och tankar om en.

*”... det är väl pinsamt att prata med folk om man har dålig andedräkt, man kan inte kyssa tjejer om man har dålig andedräkt, det, det kanske inte ja, det är ju inte fräscht att ha dålig andedräkt...”* (Kod E8)

*”Jo, men det är det, alltså framförallt vad andra ska tycka om vad jag, hur jag ser ut i munnen liksom såhär.”* (Kod E1)

Några informanter uppgav att en god oral hälsa var viktig för att känna sig fräsch samt vara frisk nu och i framtiden. Att känna sig fräsch var förknippat med att ha en god hygien och att vara ren i munnen.

*”Eh, viktigt skulle jag vilja säga, för har man inte det så kan man ju få problem och det vill man inte ha, dels vill man att det ska vara fräscht och fungera liksom, och sen blir det ju... alltså får man problem med så är det ju ett irritationsmoment som man helst vill undvika liksom.”* (Kod E9)

## **Livskvalité**

Kategorin *livskvalité* innehåller underkategorierna *påverkan* och *vill förändra*. Dessa redogör för om informanternas upplevda orala hälsa påverkar deras livskvalité och hur den i så fall påverkar samt om de skulle vilja ändra på något avseende sin orala hälsa för att förbättra livskvalitén.

### **Påverkan**

Underkategorin beskriver hur informanterna upplevde att deras orala hälsa påverkar livskvalitén, både positiv och negativ påverkan. Informanterna upplevde att både inre och yttre faktorer påverkade livskvalitén på ett socialt, fysiskt och/eller psykiskt sätt. Majoriteten av alla informanterna ansåg att deras orala hälsa påverkade livskvalitén på något sätt, antingen för tillfället eller vid ett tidigare tillfälle. En informant berättade att talets funktion hade påverkats till följd av tungbandsplastik.

*”... alltså tungan, eh... det var så under en hel vecka ja, alltså folk fattade ju inte vad jag sa, eh och just då när man vet att man inte kan kommunicera vad man vill, det är då det väl blir som jobbigast, alltså att, aah jag liksom, jag uppskattar verkligen att man kan prata normalt annars såhär, eh ja, ja... mm.”* (Kod E6)

En informant berättade om blåsor i och runt munnen som återkommer då och då. Vid ett tillfälle hade blåsorna påverkat mer än vanligt och upplevdes besvära samt begränsa informanten på olika sätt.

*”Det var smärtan bland annat för det gjorde jätteont med både öppna sår och så... ja man hade jätte så, jag hade både på överläppen och underläppen, så jag hade ju väldigt svårt för att äta och sånt också. Och så ville jag inte komma i kontakta med människorna, jag ville inte prata med dem, och så jag ville ju inte visa mig heller så jag täckte liksom för munnen hela tiden (visar med att hålla upp handen framför munnen) och det tyckte jag var jättejobbigt, för jag är ändå en person som tycker om att prata och komma i kommunikation med varandra, så det var någonting som drog tillbaka mig riktigt mycket, och jag tyckte att det kändes jättejobbigt och det var framförallt äckligt också, för man fick ju var och sådana vätskor som då och då rann ut ur blåsorna...”*  
(Kod E7)

En av informanterna upplevde att livskvalitén påverkades negativt på grund av tandpressning. Samma informant menade att bettskenan som användes mot tandpressningen påverkade positivt genom att lindra smärtan, men också att den påverkade negativt då den smakade illa och störde utseendemässigt.

*”Eh, ja det tycker jag eftersom jag har det problemet med att jag biter ihop för hårt, eh så har jag inte min skena så har jag extrem huvudvärk och jag får migrän och massa sådant. Så jag tycker att de påverkar litegrann, men så länge jag har den så känns det ju bra och då, då känns det inte som att den försämrar det i alla fall (fniss)//...//Eh, i början var det ju ganska ovant och det var ju pinsamt när man fick kille att man skulle ha den i munnen, men eh det gick över så man vande sig.”* (Kod E4)

## Vill förändra

Underkategorin beskriver vad informanterna skulle vilja förändra avseende sin orala hälsa för att förbättra livskvalitén. De var ett fåtal av informanterna som ville förändra något och de faktorer som uppgavs ansågs kunna förbättra deras livskvalité på ett socialt, fysiskt och/eller psykiskt sätt.

*”Ja... hade det gått att liksom göra hela ny tänder på något sätt så att man inte ser strecken till exempel och att det håller bättre skulle jag ju göra det, men det vet jag inte om det går, men det, alltså det är inget jag bryr mig om jättemycket. Det är klart man gör det, men det är inget jag går och tänker på varje dag direkt.” (Kod E8)*

*”Jo, men alltså det händer ju att man får blåsor i munnen och då mår man ju inte bra. Och om man skulle kunna typ... vad ska jag säga nu, typ eh, få bort det helt och hållet, men det funkar ju inte det vet vi ju alla om, det är ju virus och bakterier. Men det är ju det som... gör det sämre, i så fall, mm...” (Kod E7)*

## **DISKUSSION**

### **Metoddiskussion**

En kvalitativ studie utfördes med en intervjuguide som underlag för att få en djupare bild av informanternas syn på den egna orala hälsan och dess påverkan på livskvalitén. För att stärka studiens trovärdighet har begreppen tillförlitlighet, överförbarhet, verifierbarhet och giltighet tillämpats för att kritiskt granska dess innehåll (Kristensson 2014).

### **Datainsamling och analysprocess**

För att säkerställa studiens tillförlitlighet analyserades det insamlade materialet av båda författarna tillsammans för att minska risken för feltolkningar. Dessutom har författarna gett exempel i form av citat från intervjuerna för att visa analysprocessens gång men också för att stärka studiens resultat. Genom att visa citaten påvisar författarna att resultatet överensstämmer med vad som sagts under intervjuerna och därmed stärks studiens verifierbarhet.

Intervjuerna hölls i ett avskilt rum på skolan för att informanterna som ingick i studien skulle känna sig bekväma med att svara på frågorna, men också för att underlätta

informanternas medverkan. Informanternas skolgång påverkades inte eftersom intervjuerna hölls utanför skoltid. En negativ aspekt med att intervjuerna hölls på informanternas skola var att andra elever på skolan som blivit tillfrågade att delta i studien kunde känna igen författarna och på så vis kunna förstå att de informanter som gick in i det avskilda rummet var deltagare i studien, vilket skulle kunna göra att informanterna inte var så skyddade som det var tänkt. Detta hade kunnat undvikas om intervjuerna hade genomförts på en annan plats än skolan.

Intervjuerna utgick från en intervjuguide som författarna själva tagit fram. Genom att använda en intervjuguide ställdes samma frågor på samma sätt till alla informanterna och på så vis stärktes giltigheten. Anledningen till att författarna inte valde att ta med frågor till intervjuguiden från något mätinstrument som behandlar oral hälsorelaterad livskvalité beror på att det inte finns något sådant som är avsett för ungdomar samt att de ofta är sjukdomsrelaterade (Johansson 2010). Intervjuguiden innehöll ”bakgrundsfrågor” (fråga 1, 4 och 5) som ställdes för att få informanterna att reflektera över ämnet oral hälsorelaterad livskvalité. Svaren på dessa frågor redovisas inte i resultatet eftersom de inte svarar mot studiens syfte, vilket inte heller var avsikten med frågorna. Författarnas övriga att intervjua kan ha påverkat resultatet eftersom vissa följdfrågor kan ha missats att ställas under intervjuerna. En mer erfaren intervjuare hade kanske fått djupare och mer utvecklade svar. Tiden för intervjuerna tog mellan 5-13 minuter, vilket kan anses vara en mycket kort tid för en intervju. En möjlig förklaring till att intervjuerna inte blev längre kan antas vara att det var ungdomar som intervjuades och denna åldersgrupp kanske inte är särskilt reflekterande samt att de inte har mycket erfarenhet av ämnet. Studiens ämne kan uppfattas som känsligt och det finns en möjlighet att informanternas svar begränsades. Om en enkätstudie istället utförts hade kanske mer varierande svar framkommit i materialet. Dels hade kanske informanter som deltog i studien svarat annorlunda, dels kanske ungdomar som eventuellt uppfattar sig ha en sämre oral hälsa vågat delta. Däremot hade det inte varit möjligt att ställa öppna frågor och eventuellt hade information gått förlorad.

## Urval

Informanterna valdes ut genom ett bekvämlighetsurval vilket innebär att alla tillgängliga ungdomar tillfrågades. Rektorn på vald skola valde ut fyra klasser som var tillgängliga för information om studien under samma dag, klasserna som valdes var från två olika teoretiska gymnasieprogram. Om ungdomar även från praktiska gymnasieprogram hade inkluderats hade eventuellt en större bredd av resultatet uppnåtts. Informanterna som inkluderades i studien var 18-19 år gamla, denna åldersgrupp valdes för att de snart kommer lämna den avgiftsfria tandvården samt för att få studier har gjorts inom detta ämne och grupp. Till en början valdes åtta informanter ut för att delta i studien men då författarna ansåg att en mättnad inte hade uppstått efter genomförda intervjuer kontaktades ytterligare en informant som inkluderades i studien. Då inget nytt tillkom i intervjun ansåg författarna att en mättnad hade uppstått. Genom att tydligt beskriva material och metod stärktes överförbarheten av studien vilket bidrar till att likadana studier kan göras igen.

## Resultatdiskussion

Resultatet i studien visar att informanterna upplever sig ha en god oral hälsa, vilket också stämmer överens med resultatet i studien av Ahlvin et al. (2016) där majoriteten av de 19-åriga deltagarna uppgav att de kände sig tillfreds med sin orala hälsa. Informanterna i vår studie upplevde att den orala hälsan påverkar livskvalitén vilket överensstämmer med en svensk studie som undersökte hur den orala hälsan påverkade livskvalitén i en vuxen population. Studien visade att 20-åringar upplevde att livskvalitén påverkades mest av alla åldersgrupper som undersöktes (Einarson et al. 2009).

## Oral hälsa

Informanterna upplevde sig vara sjukdomsfria och att vara fri från karies framkom ofta och associerades med en god oral hälsa. Johansson & Östberg (2015) beskrev i en studie som behandlade unga vuxna att kariesfrihet var viktigt för att uppnå en god oral hälsa. En möjlig förklaring till detta kan vara att kariesfrihet i ”folkmun” anses vara förknippat med friska orala förhållanden. Endast få av informanterna i denna studie nämnde friska

parodontala förhållanden som en bidragande faktor till en god oral hälsa och författarna upplevde att många av informanterna förknippade munhälsa med tänder och inte vävnaderna runtomkring, så som slemhinnor och parodontal vävnad. Detta stämmer väl överens med en svensk kvalitativ studie där ungdomarna fokuserade mer på tänderna än på de parodontala vävnaderna när de beskrev sin orala hälsa (Östberg et al. 2002). Författarna anser att denna omedvetenhet är bekymmersam eftersom parodontala vävnader också tillhör den orala hälsan och kan liksom tänderna drabbas av sjukdom. Om en större medvetenhet kring parodontal sjukdom hade funnits kanske informanterna svarat annorlunda och resultatet hade därmed sett ut på ett annat sätt.

Informanterna i denna studie ansåg att de hade en god munhygien. Däremot visar en studie gjord i Sverige på 19-åringar att denna grupp har höga gingivit- och plackvärden med ett medelvärde på 56% respektive 47% (Ericsson et al. 2009). Denna studie har endast fokuserat på informanternas egna upplevelse av den orala hälsan och inte hur den kliniskt faktiskt ser ut. Det kan dock antas att uppfattningen om vad en god munhygien är skiljer sig mellan ungdomar och tandvårdspersonal. Möjligtvis kanske informanternas uppfattning om en god munhygien baseras på tandborstning två gånger om dagen och inte hur väl utförd den är, vilket kanske leder till att den blir bristfällig.

Det framkom i studien att tändernas utseende var betydande, där framförallt tändernas färg omnämndes. Johansson et al. (2014) visade i en studie att det estetiska vara en av de viktigaste aspekterna relaterat till oral hälsorelaterad livskvalité, där tändernas färg ansågs vara viktig för det sociala livet. Det kan antas att ungdomars uppfattning om vad som är viktigt skiljer sig från tandvårdspersonalens uppfattning, som kanske i första hand fokuserar på friska orala förhållanden och inte det estetiska. En trolig förklaring till varför det estetiska anses vara viktigt för ungdomar kan vara medias påverkan som ofta förmedlar en förskönad bild av utseendet. Tillgängligheten till olika medier kan antas ha ökat på grund av teknikens utveckling, vilket kan bidra till att människor ständigt exponeras för den del av samhället som bygger på ett förskönat ideal där utseendet står i fokus. Den förskönade bilden kan leda till att människor, och då framför allt ungdomar, upplever den som sann. Eftersom ungdomar eventuellt bygger sin upplevda orala hälsa på dessa förskönade ideal kan det innebära att de upplever en



större påverkan på livskvalitén än vad de egentligen behöver, då dessa ideal inte alltid stämmer överens med verkligheten.

### Livskvalité

Informanterna upplevde att deras orala hälsa påverkade livskvalitén. En svensk studie undersökte den orala hälsans påverkan på livskvalitén i olika åldersgrupper mellan 20-80 år, där 20 åringar var den grupp som upplevde att livskvalitén påverkades mest av den orala hälsan. Tjugoåringarna uppgav att livskvalitén påverkades av bland annat problem med att uttala ord, svårigheter att slappna av till följd av orala problem, osäkerhet och en opassande kost (Einarson et al. 2009). De faktorer som framkom överensstämmer i viss mån med resultatet i vår studie, där framförallt osäkerhet till följd av orala problem framfördes. En möjlig förklaring till varför ungdomar upplever en påverkan kan antas vara att de oftast är friska överlag och då blir de orala problemen som ungdomarna upplever mer framträdande. Författarna till denna studie tolkade att informanterna upplevde att livskvalitén påverkades av den orala hälsan i varierad utsträckning. Vissa informanter verkade uppleva en stor påverkan medan andra tycktes uppleva en mindre påverkan, då de verkligen fick tänka efter innan de svarade på frågan om den egna orala hälsan påverkade livskvalitén.

Det framkom i denna studie att det som påverkade informanterna ofta relaterade till utseendet. Eventuellt är utseendet så pass viktigt att det kan bidra till att ungdomar känner sig pressade att leva upp till ett visst ideal. Det framkom också i denna studie att tandgnissling påverkade livskvalitén. Johansson & Östberg (2015) beskrev att bruxism påverkade livskvalitén hos ungdomar i form av huvudvärk. Det kan antas att ungdomar upplever en stor press och har höga krav på sig. Denna grupp förväntas eventuellt ta ett större ansvar och prestera i olika sammanhang, inte minst i skolan där höga betyg eftersträvas för fortsatta studier eller arbetsliv. Det kan förmodas att denna press leder till tandgnissling och är ett vanligt tillstånd bland ungdomar som bör uppmärksammas i tid av tandvårdspersonal för att förhindra att tänderna blir skadade.

Ungdomar är en patientgrupp som tandhygienisten ofta möter i sitt arbete och det är därför viktigt att ha en förståelse för denna grupp och på så vis kunna bemöta dem på ett professionellt sätt. Informanterna i denna studie har bidragit till en kunskap om deras perspektiv på sin orala hälsa och dess påverkan på livskvalitén. Kunskapen kan leda till att tandvårdspersonal får ett bättre samspel med ungdomarna och lättare når ut till denna patientgrupp. Det kan möjligtvis bidra till att fler ungdomar väljer att fortsätta gå regelbundet till tandvården efter att den fria tandvården upphört, vilket kan gynna både individen och samhället på lång sikt. Vidare forskning på ett större och mer varierat urval, där fler gymnasieprogram inkluderas, kan ge en bättre bild av ungdomars orala hälsorelaterad livskvalité.

## **Slutsats**

Slutsatsen av studien är att ungdomar tycks uppleva sig ha en god oral hälsa och att upplevda orala problem påverkar livskvalitén. Ungdomar anser att det är viktigt att ha en god oral hälsa och att tändernas utseende är betydelsefullt.

## REFERENSLISTA

Ahlvin A, Gerdin E W, Bågesund M & Ordell S (2016). Self-perceived oral health among 19-year-olds in Swedish County – A comparative study between 2004 and 2011. *Swedish Dental Journal* 40, s. 53-65

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

Corson MA, Boyd T, Kind P, Allen PF & Steele JG (1999). Measuring oral health: does your treatment really make a difference. *British dental journal* 187, s. 481-484

Einarson S, Wärnberg Gerdin E & Hugoson A (2009). Oral health impact on quality of life in an adult Swedish population. *Acta Odontologica Scandinavica* 67, s. 85-93

Ericsson J S, Abrahamsson K H, Östberg A-L, Hellström M-K, Jönsson K & Wennström J L (2009). Periodontal health status in Swedish adolescents: an epidemiological, cross-sectional study. *Swedish Dental Journal* 33, s. 131-139

Featherstone JDB (2004). The Continuum of Dental Caries – Evidence for a Dynamic Disease Process. *Journal of Dental Research* 83, s. 39-42

Folktandvården Sverige (2014). Frisktandvård (Elektronisk). Tillgänglig: [www.folktandvarden.se/](http://www.folktandvarden.se/). (Läst 2016-10-17)

Hugoson A, Koch G & Johansson S (2003). Oral hälsa: Sammanställning av konsensuskonferens i Mullsjö 12-14 november 2002. Stockholm: Gothia, s. 140

Inglehart MR & Bagramian RA (2002). Oral Health-Related Quality of Life. Chicago: Quintessence Publishing Co, s. 1-6

Isaksson H, Birkhed D, Wendt L-K, Alm A, Nilsson M & Koch G (2013). Prevalence of dental erosion and association with lifestyle factors in Swedish 20-year olds. *Acta Odontologica Scandinavica* 72, s. 448-457

Johansson G (2010). Svårt mäta orala hälsan hos unga vuxna. *Tandläkartidningen* 102, s. 60-62

Johansson G, Söderfeldt B & Östberg A-L (2014). Young adults' views on the relevance of three measures for oral health-related quality of life. *International Journal of Dental Hygiene* 13, s. 184-191

Johansson G & Östberg A-L (2015). Oral health-related quality of life in Swedish young adults. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being* 10, s. 27125

Kim JJ, Kim CJ & Camargo PM (2013). Salivary biomarkers in the diagnosis of periodontal diseases. *Journal of the California Dental Association* 41, s. 119-124

Kristensson J (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso- och vårdvetenskap*. Stockholm: Natur & Kultur, s. 116, 124-126, 129, 140, 142, 144, 145

Lingström P & Birkhed D (2009). Kost och karies på 2000-talet. *Nordisk Nutrition* 3, s. 7-9

Locker D (2004). Oral Health and Quality of Life. *Oral Health & Preventive Dentistry* 2, s. 247-253

Lussi A & Jaeggi T (2008). Erosion – diagnosis and risk factors. *Clinical Oral Investigations* 12, s. 5-13

Lussi A, Schaffner M & Jaeggi T (2007). Dental erosion – diagnosis and prevention in children and adults. *International Dental Journal* 57, s. 385-398

Löe H (2000). Oral hygiene in the prevention of caries and periodontal disease. *International Dental Journal* 50, s. 129-139

Löe H, Theilade E & Jensen SB (1965). Experimental Gingivitis in Man. *The Journal of Periodontology* 36, s. 177-187

Nordenfelt L (2003). Om generell hälsa och sjukdom - ett teoretiskt perspektiv. I: Hugoson A, Koch G & Johansson S (red.), *Oral hälsa: Sammanställning av konsensuskonferens i Mullsjö 12-14 november 2002*. Stockholm: Gothia, s. 12-20

Padilla C, Lobos O, Hubert E, González C, Matus S, Pereira M, Hasbun S & Descouvieres C (2006). Periodontal pathogenes in atheromatous plaques isolated from patients with chronic periodontitis. *Journal of Periodontal Research* 41, s. 350-353

Schätzle M, Löe H, Bürgin W, Ånerud Å, Boysen H & Lang NP (2003). Clinical course of chronic periodontitis. I. Role of gingivitis. *Journal of Clinical Periodontology* 30, s. 887-901

Scott DA & Singer DL (2004). Suppression of overt gingival inflammation in tobacco smokers – clinical and mechanistic considerations. *International Journal of Dental Hygiene* 2, s. 104-110

Selwitz RH, Ismail AI & Pitts NB (2007). Dental caries. *Lancet* 369, s. 51-59

Serra M C, Furtado Messias D C, Pedroso Turssi C. (2009). Control of erosive tooth wear: possibilities and rationale. *Brazilian Oral Research* 23, s. 49-55

Silva-Boghossian CM, Colombo AP, Tanaka M, Rayo C, Xiao Y & Siqueira WL (2013). Quantitative Proteomic Analysis of Gingival Crevicular Fluid in Different Periodontal Conditions. *PloS one* 8, s. e75898

Sischo L & Broder H L (2011). Oral Health-related Quality of Life: What, Why, How, and Future Implications. *Journal of Dental Research* 90, s. 1264-1270

Socialstyrelsen (2009). Folkhälsorapport 2009 (Elektronisk). Tillgänglig: [www.socialstyrelsen.se/](http://www.socialstyrelsen.se/). (Läst 2016-12-20)

Socialstyrelsen (2012). Nationella riktlinjer för vuxentandvård 2012 – vetenskapligt underlag (Elektronisk). Tillgänglig: [www.socialstyrelsen.se/](http://www.socialstyrelsen.se/). (Läst 2016-11-22)

Socialstyrelsen (2013). Sociala skillnader i tandhälsa bland barn och unga (Elektronisk). Tillgänglig: [www.socialstyrelsen.se/](http://www.socialstyrelsen.se/). (Läst 2016-10-10)

Socialstyrelsen (2017a). Karies bland barn och ungdomar (Elektronisk). Tillgänglig: [www.socialstyrelsen.se/](http://www.socialstyrelsen.se/). (Läst 2017-05-29)

Socialstyrelsen (2017b). Statligt tandvårdsstöd (Elektronisk). Tillgänglig: [www.socialstyrelsen.se/](http://www.socialstyrelsen.se/). (Läst 2017-02-16)

Svenska Pedodontiföreningen (2016). Kvalitetskriterier för barn- och ungdomstandvård (Elektronisk). Tillgänglig: [www.spf.nu/](http://www.spf.nu/). (Läst 2016-10-17)

Svensk författningssamling (1985). Tandvårdslagen SFS 1985:125

Touger-Decker R & van Loveren C (2003). Sugars and dental caries. *The American Journal of Clinical Nutrition* 78, s. 881S-892S

Uhlen M-M, Bjørg Tveit A, Refsholt Stenhagen K, Mulic A (2014). Self-induced vomiting and dental erosion – a clinical study. *BMC Oral Health* 14, s. 92

Ungdomsstyrelsen (2013). Ungdom och ungdomspolitik - ett svenskt perspektiv. (Elektronisk). Tillgänglig: [www.mucf.se/](http://www.mucf.se/). (Läst 2016-10-26)

Vetenskapsrådet (2002). Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning (Elektronisk). Tillgänglig: [www.gu.se/](http://www.gu.se/). (Läst 2016-11-21)

Wang P, Lin H C, Chen J H, Liang H Y (2010). The prevalence of dental erosion and associated risk factors in 12- 13- year-old school children in Southern China. *BMC Public Health* 10, s. 478

WHO (2012). Oral health (Elektronisk). Tillgänglig: [www.who.int/](http://www.who.int/). (Läst 2016-10-10)

Wärnberg Gerdin E (2006). Vad är oral hälsa – och går den att mäta? *Tandläkartidningen* 98, s. 50-53

Östberg A-L, Ericsson J S, Wennström J, Abrahamsson K H (2010). Socio-economic and lifestyle factors in relation to priority of dental care in a Swedish adolescent population. *Swedish Dental Journal* 34, s. 87

Östberg A-L, Jarkman K, Lindblad U, Halling A (2002). Adolescents' perceptions of oral health and influencing factors: a qualitative study. *Acta Odontologica Scandinavica* 60, s. 167–73

## **BILAGA 1 - Till rektor på gymnasieskola i Kristianstad**

Vi är två studenter från Högskolan Kristianstad som går sista året på Tandhygienistprogrammet. Under våren 2017 ska vi skriva en kandidatuppsats i ämnet Oral Hälsa. Ämnet för uppsatsen är “ungdomars upplevda orala hälsa och om de upplever att den påverkar livskvalitén”. Studien kommer att baseras på intervjuer med elever 18-19 år.

Vi önskar att personligen gå ut i klasser och informera om medverkan och uppsatsens syfte. Det är fullständigt frivilligt att delta och det går att avbryta sin medverkan när som helst. Alla elever kommer få ett informationsblad om uppsatsen och de som är intresserade av att medverka kan lämna kontaktuppgifter till oss. Därefter kommer vi kontakta de elever som visat intresse, för att boka tid för intervju. Insamlat material kommer att behandlas konfidentiellt, vilket innebär att materialet kommer att avidentifieras och kan inte spåras till varken skola eller enskild elev samt förvaras inlåst. Då uppsatsen är examinerad och godkänd kommer insamlat material att förstöras.

Vi undrar om det finns möjlighet att genomföra intervjustudien på er skola. Vi kommer gärna och presenterar oss själva och studien.

Med vänliga hälsningar

Matilda Johansson

[matilda.johansson0461@stud.hkr.se](mailto:matilda.johansson0461@stud.hkr.se)

Evelina Tullgren

[evelina.tullgren0002@stud.hkr.se](mailto:evelina.tullgren0002@stud.hkr.se)

Handledare:

Sara Henricsson

[sara.henricsson@hkr.se](mailto:sara.henricsson@hkr.se)

044-2503973



## **BILAGA 2 - Informationsblad till elever**

Vi är två studenter från Högskolan Kristianstad som går sista året på Tandhygienistprogrammet. Under våren 2017 ska vi skriva en kandidatuppsats i ämnet Oral Hälsa. Ämnet för uppsatsen är “ungdomars upplevda orala hälsa och om de upplever att den påverkar livskvalitén”. Uppsatsen kommer att baseras på intervjuer.

Det är frivilligt att delta och det går att avbryta sin medverkan när som helst. Insamlat material kommer att behandlas konfidentiellt vilket betyder att materialet kommer att aidentifieras och kan inte spåras till varken dig eller din skola samt att det kommer förvaras inlåst. Då uppsatsen är examinerad och godkänd kommer insamlat material att förstöras.

Vid intresse av att delta lämna dina kontaktuppgifter på nästa sida.

Med vänlig hälsning

Matilda Johansson

[matilda.johansson0461@stud.hkr.se](mailto:matilda.johansson0461@stud.hkr.se)

Evelina Tullgren

[evelina.tullgren0002@stud.hkr.se](mailto:evelina.tullgren0002@stud.hkr.se)

Handledare:

Sara Henricsson

[sara.henricsson@hkr.se](mailto:sara.henricsson@hkr.se)

044-2503973

### **BILAGA 3 - Informationsblad till elever**

Namn: \_\_\_\_\_

Födelseår: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Mailadress: \_\_\_\_\_

## **BILAGA 4 - Intervjuguide**

1. Vad innebär en god munhälsa för dig?
2. Hur upplever du din egna munhälsa? Vad menar du med att den är bra/dålig?
3. Hur viktigt är det för dig att ha en god munhälsa?
4. Vad innebär livskvalité för dig?
5. Tror du det är möjligt att munhälsan skulle kunna påverka livskvalitén?
6. Påverkar din munhälsa din livskvalité? I så fall på vilket sätt?
7. Om din munhälsa påverkar din livskvalité, skulle du då vilja ändra på någonting avseende din munhälsa för att öka livskvalitén? Vad skulle du vilja ändra på i så fall?
8. Något annat kring detta ämne som du skulle vilja tillägga?

### **Exempel på följdfrågor**

Kan du utveckla det mer?

Hur känns det?

Vad tror du det beror på?

Hur menar du då?

## **BILAGA 5 - Samtyckesformulär**

Genom att skriva under nedan ger du ditt samtycke till att delta i studien som har till syfte att belysa ungdomars upplevda orala hälsa och om de upplever att den påverkar livskvalitén.

Namnteckning: \_\_\_\_\_

Namnförtydligande och datum: \_\_\_\_\_