

---

# Hur upplever ungdomar sin munhälsa?

ANNA-LENA ÖSTBERG

Inom tandvården i Norden har barns och ungdomars tandhälsa sedan flera decennier registrerats epidemiologiskt<sup>1</sup>. De flesta ungdomar i Norden har idag en god tandhälsa sett ur tandvårdens perspektiv, även om tandhälsoförbättringen har visat tendenser till att plana ut bland tonåringar och även bland de små barnen<sup>2,3</sup>. Däremot har vi vetat väldigt lite om hur ungdomar själva upplever sin tand- och munhälsa och vad som påverkar denna upplevelse.

## Varför är självupplevd munhälsa intressant?

Inom medicinen finns mycket forskning om betydelsen av patientens självupplevda hälsa. Denna kan ofta bättre förutsäga mortalitet än vad professionella diagnoser kan<sup>4</sup>. Redan på 1970-talet påpekades behovet av ett bredare perspektiv än det rent professionella även inom tandvården. Det påpekades att man borde beakta patientens perspektiv, det vill säga den självupplevda munhälsan<sup>5</sup>. Användningen kan vara *politisk* – t.ex. för resursfördelning, *teoretisk* – för forskning, men framför allt för *praktiska* ändamål – för att t.ex. utvärdera insatta preventiva åtgärder både på individ- och befolkningsnivå<sup>6</sup>.

## Hälsa som begrepp

För att kunna mäta hälsoutfall måste man definiera vad man me-

nar med hälsa. Den mest kända definitionen är kanske WHO:s från 1948: „ett tillstånd av fullständigt fysiskt, mentalt och socialt välbefinnande, inte bara frånvaron av sjukdom eller skada“<sup>7</sup>. Även om denna definition ofta har kritiserats för att vara alltför vittomfattande, visar den på behovet av ett vidare synsätt på hälsa än den professionella, som bygger på kliniskt registrerade fynd.

### **Vilken kunskap finns om hur människor upplever sin munhälsa?**

Det sammanhang som människor lever i har betydelse för den självupplevda munhälsan. De flesta undersökningar inom området har gjorts på vuxna och äldre människor och mest i engelskspråkiga länder<sup>8</sup>. De nordiska länderna har mycket gemensamt i samhällsorganisation (välfärdsstaten) och med offentlig tandvård för barn och ungdom. I den här genomgången kommer aktuell, framför allt nordisk, forskning om tonåren att redovisas. Tonåren är en tid då många vanor och attityder grundläggs, och därför är det särskilt viktigt att studera denna period i livet.

Man kan ta reda på hur människor upplever sin munhälsa på i princip två olika sätt: det ena är tala direkt med personer, det vill säga intervjua dem, och det andra är att ställa färdigformulerade frågor i en enkät. I en studie i slutet av 1990-talet bland svenska ungdomar i den del av Västra Götalandsregionen som tidigare var Skaraborgs län, nedan kallad Skaraborgsstudien, användes båda dessa metoder<sup>9</sup>. Enkäterna omfattade alla högstadie- och gymnasieskolor i området (13-18 år, 17 280 individer). Dessa kompletterades med 17 djupintervjuer för att få en mer nyanserad bild av ungas syn på munhälsa. Den kvalitativa informationen i intervjuerna kan inte utan vidare generaliseras att gälla hela befolkningen, men är av värde för att få en djupare förståelse runt de undersökta frågorna.

## Aspekter som ungdomar lägger in i begreppet munhälsa

I intervjuerna som ingick i Skaraborgsstudien fick ungdomarna berätta vad de menade med munhälsa<sup>10</sup>. Tand- eller munhälsa visade sig vara något som ungdomarna sällan reflekterade över. Två huvudaspekter av hur ungdomarna upplevde sin munhälsa kunde urskiljas: „*action*“ och „*condition*“. Med „*action*“ menades åtgärder som har effekt på munnen och „*condition*“ är munnens status. „*Action*“ sågs av många som ett medel för att nå „*condition*“.

„*Action*“-aspekter beskrevs ofta som „att ta hand om“ eller „sköta“ sina tänder, alltså beteende, vilket för det mesta innebar tandborstning. En pojke på 18 år sa:

„Det är hur man tar hand om tänderna, hur ofta man borstar och hur man sköter det och så.“

Med „*condition*“-aspekter avsåg ungdomarna *funktion* och *utseende*. Den viktigaste funktionen var att kunna tugga och äta. Frånvaro av sjukdom („inga hål“) var ofta lika med munhälsa. När utseendekriterier användes beskrevs god munhälsa som att tänderna var „vita“, „rena“, „fina“ eller hade „fin form“. Försummade och vanskötta tänder väckte automatiskt negativa reaktioner hos de intervjuade ungdomarna. Om tänderna stod ojämnt, tyckte ungdomarna att personen ifråga inte hade sett till att få tandställning.

## Ungdomars bedömning av sin egen munhälsa

När ungdomarna i Skaraborgsstudien ombads att beskriva sin egen munhälsa, blev de ofta osäkra och lite konfunderade. De hänvisade gärna till tandvårdspersonalen: „de sa“. „*Condition*“-

aspekter dominerade. Det allra viktigaste var om man hade eller hade haft manifest karies. Initiala kariesangrepp påverkade däremot sällan bedömningen. Tandvårdspersonal tycks ha problem med att förklara vad detta är. Uttryck som „början till hål“ eller „inte så stort att det behöver lagas“ missuppfattades gärna av ungdomarna. En 18-årig flicka sa till exempel:

„Jag har aldrig haft riktiga hål, bara på vägen till hål, så min tandhälsa ... ja, den är nog god.“

En enkätundersökning bland svenska ungdomar på 1980-talet visade att majoriteten ansåg att de hade ganska god munhälsa<sup>11</sup>. I Skaraborgsstudien bedömde de flesta ungdomar sin tandhälsa som god när de fick ta ställning till påståendet „Min tandhälsa är god“: 46% angav „stämmer precis“ och 43% „stämmer ungefär“. Trots att en femtedel av ungdomarna i enkäten hade noterat tandköttblödning, var tandköttets status inte något som påverkade hur man såg på munhälsa i intervjuerna. En pojke (18 år) kommenterade andra sidor av munhälsa än tandstatus så här:

„Äh – det är väl så'n där tandköttinflammation eller nåt. Jag vet inte vad det är alltihop, jag är dålig på det.“

I en finsk studie fann man låg överensstämmelse mellan självrapporterad och professionellt registrerad tandköttblödning hos ungdomar<sup>12</sup>.

Knappt två tredjedelar av ungdomarna i enkätdelen av Skaraborgsstudien var nöjda med utseendet på sina tänder, vilket är samma andel som i flera andra undersökningar<sup>13</sup>. Utseendet var mycket viktigt för ungdomarna och vita tänder rankades mycket högt av både flickor och pojkar i intervjuerna. Det kunde ses som ett tecken på hälsa. En 18-årig pojke använde vita tänder som underlag för sin bedömning:

„Det ser fräschare ut, egentligen. Det är väl kanske en utseen-degrej också ... men man ser liksom piggare ut. Sen tyder det väl på en friskhet egentligen också.“

## Faktorer som ungdomar upplever påverkar deras munhälsa

I intervjuerna som ingick i Skaraborgsstudien identifierades fyra kategorier av faktorer, som ungdomarna upplevde påverkade deras munhälsa (Fig. 1).

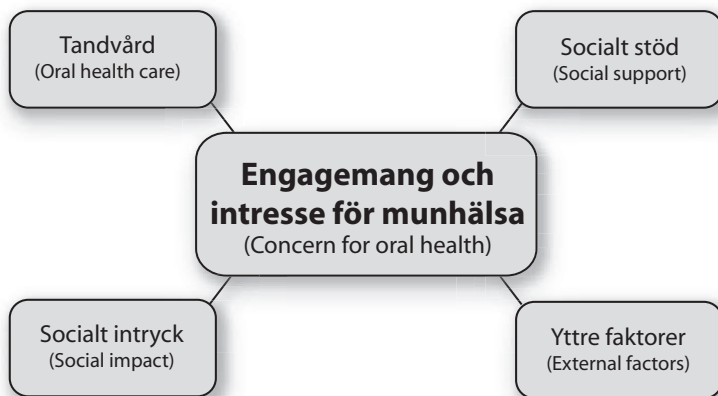
### **Tandvård (oral health care)**

I denna kategori av upplevd påverkan ingick både egna aktiviteter och det som tandvårdspersonalen stod för. Tandborstning ansågs som den viktigaste åtgärden de själva kunde göra, och om man inte hade några hål kunde det ses som ett test på hur bra man borstade tänderna. Några få ungdomar nämnde tandtråd, och en flicka (18 år) kommenterade:

„I början var det ingen vana. Sen gör man det för sin egen skull. För om det var för deras skull, då skulle jag strunta i det, faktiskt.“

Ungdomarna talade mestadels i passiva termer om karies. Hål „får“ man. Tandvårdspersonalen var auktoriteter för ungdomarna, och deras information kunde påverka ungdomarna. Det var dock tydligt att kvaliteten på informationen kunde variera och en pojke (15 år) sa:

„så att de inte bara säger till dej, utan visar hur man ska använda tandtråd“.



**Figur 1.** Det centrala för att ungdomar ska uppleva att de kan påverka sin munhälsa är „concern for oral health“. Denna kärnkategori relaterar till de kategorier av påverkansfaktorer, som ungdomarna i Skaraborgsstudien upplevde.

### **Socialt stöd (social support)**

Föräldrar, speciellt mamma, ansågs vara det absolut viktigaste sociala stödet. Deras attityd påverkade ungdomarna (flicka, 15 år):

“Dom tycker nog det är lika viktigt som jag tycker. Eftersom de har hållit på och pratat om det.“

Ungdomarna refererade mycket till sina föräldrar, även de äldre tonåringarna. Föräldrars egna problem med tänderna kunde också vara ett skäl för tonåringen att bry sig om sina tänder.

### **Socialt intryck (social impact)**

Det var viktigt för de intervjuade ungdomarna att göra ett socialt acceptabelt intryck och häri ingick helt klart tänderna som en be-

tydelsefull dimension. Att vara fräsch och fin i munnen var angeläget. Tändernas utseende kunde vara ett motiv för att sköta tänderna (flicka, 15 år):

„Vilka vita tänder du har! När man har fått en så'n komplimang, då tar man ju åt sig. Då blir det en extra kick att sköta tänderna ordentligt.“

### **Yttre faktorer (external factors)**

Yttre omständigheter upplevdes som starkt styrande och var ofta avgörande för hälsobeteende. Till dessa faktorer kunde räknas tid, ekonomi och den överflödande reklamen. Ungdomarna pratade om tid på många sätt: både om tid för att sköta munhygien hemma, men också om att sätta av tid för att gå till tandvården (pojke, 18 år):

„om jag har tid att gå dit.“

En annan pojke (18 år) noterade:

„Jag vill inte ha hål. Det är klart, jag lägger ner rätt så mycket tid på mina tänder, faktiskt“.

I analysen av intervjuerna framkom en gemensam faktor, „en kärnkategori“, för de påverkansfaktorer som ungdomarna upplevde<sup>14</sup>. Denna kärnkategori var „*concern for oral health*“ (Fig. 1). Det vill säga, om ungdomarna ska känna att de kan påverka sin munhälsa behövs engagemang och intresse. Detta gäller både från dem själva och från deras omgivning, framför allt föräldrarna och tandvårdspersonalen.

## Några viktiga faktorer som påverkar ungdomars upplevelse av munhälsa och diskussion runt dessa

### Kön

Kön har betydelse för allmänhälsa, både för sjuklighet och hur man upplever denna<sup>15</sup>. För tandhälsa har inga könsskillnader kunnat påvisas i tandvårdens epidemiologiska registreringar i Sverige<sup>2,16</sup>. I Skarborgsstudien visades däremot att könet hade mycket stor betydelse för upplevelsen av munhälsa<sup>9</sup>. I enkäten ansåg sig flickorna genomgående ha bättre munhälsa än pojkarna. Flickorna uppgav sig använda tandtråd mer regelbundet (flickor 31%, pojkar 21%), och de drabbades inte lika ofta av blödande tandkött (flickor 18%, pojkar 22%). De var dock mer missnöjda med tändernas utseende än pojkarna: 67% av pojkarna i högstadieåldern var nöjda med utseendet på sina tänder, men av de jämnåriga flickorna var bara 59% nöjda. I intervjuerna talade både pojkarna och flickorna om hur viktigt de ansåg att tändernas utseende är för det intryck man gör på sin omgivning.

En rad studier har påvisat bättre munhälsobeteende bland flickor än bland pojkar<sup>17,18</sup>. Motiven för ett hälsosamt beteende kan dock vara olika för pojkar och flickor<sup>19</sup>. Trots att godiskonsumtionen, i enkätsvaren, var lika stor bland flickor och pojkar i Skarborgsstudien, ansåg flickorna oftare att de åt för mycket sötsaker (i hela gruppen 13-18 år: flickor 61%, pojkar 43%)<sup>20</sup>. Skillnaden mellan flickor och pojkar förstärktes med ökande konsumtion och ålder. I intervjuerna framkom att flickorna ansåg att godisätandet i första hand var skadligt för deras vikt, medan pojkarna förde fram ekonomiska skäl att dra ner på godiskonsumtionen. Flera ungdomar tog upp att tandvård kan vara kostsam, och detta såg flickorna som ett skäl att sköta tänderna bättre. En del pojkar talade i stället om att avstå från tandvårdsbesök<sup>10</sup>.

De sociala och individuella förväntningarna på flickor och pojkar är olika<sup>21</sup>. Flickor kan uppleva större press på sig att följa vux-



nas normer, vilket leder till högre grad av anpassning och uppfyllelse av rollförväntningar.

### **Attityder**

Flera studier visar att attityder till tänder och tandvård är mycket viktiga för hur man upplever sin munhälsa<sup>22,23</sup>. I enkätdelen av Skaraborgsstudien hade pojkar som tyckte att det var viktigt med hela tänder nio gånger större sannolikhet att uppleva en god munhälsa än de som inte tyckte så<sup>24</sup>. Flickor hade motsvarande sexfaldig sannolikhet för detta. I intervjuerna var också attityden och intresset centralt för att ungdomarna skulle uppleva att de kunde påverka sin munhälsa<sup>10</sup>.

Individer med negativ attityd till tandläkarbesök ansåg sig mera sällan ha en god munhälsa i Skaraborgsstudien<sup>24</sup>. Oavsett orsakerna till den negativa attityden, kan följderna bli förödande med ett sämre hälsobeteende och att man undviker tandvårdsbesök<sup>25</sup>.

### **Föräldrar och familjestruktur**

Föräldrarnas viktigaste roll är att vara förebilder som för sina attityder vidare till barnen. De är modeller när det gäller hälsobeteende och hälsomedvetenhet, men också för tandvårdsbesök. Många studier har visat på föräldrarnas centrala roll för yngre barns munhälsa<sup>26</sup> och både Skaraborgsstudien och annan forskning under senare år bekräftar att inflytandet finns kvar också i tonåren<sup>17</sup>.

Familjestrukturen hade betydelse för hur ungdomarna i enkätdelen av Skaraborgsstudien upplevde sin munhälsa<sup>27</sup>. Ungdomar som bodde utan sina föräldrar eller med en ensamstående mamma ansåg sig inte ha god munhälsa i samma utsträckning som de ungdomar som bodde med båda föräldrarna eller med bara pappan. Mamman har ofta en mer stödjande roll i hälsofrågor<sup>10</sup>. Livet som ensamförälder är tufft på många sätt för både män och

kvinnor, och den stödjande rollen kan vara svår att upprätthålla<sup>28</sup>. Kraven på män för att få vårdnaden om barnen kanske är hårdare och ensamstående pappor kan därför vara en speciell grupp. Det är viktigt för tandvården att uppmärksamma att barn och ungdomar som bor med en ensamstående förälder kan behöva mer stöd i form av profylaktiska åtgärder.

### **Andra faktorer**

Andra faktorer som kan ha betydelse för hur man uppfattar sin egen hälsa är bland annat ålder, etnicitet, socialt nätverk och allmänt hälsobeteende, till exempel fysisk träning<sup>4</sup>. Dessa faktorerers inflytande på hur munhälsa uppfattas av ungdomar i Norden behöver utforskas mera. Det finns också ett samspel mellan olika faktorerers påverkan<sup>4,29</sup>.

## **Konklusion**

Efter denna genomgång av nyare forskning om ungdomars upplevelse av munhälsa, kan vi konstatera att om ungdomar ska känna att de aktivt kan påverka sin munhälsa, måste tandvården ta hänsyn till deras uppfattningar och syn på munhälsa.

Det är viktigt att planera hälsofrämjande arbete utifrån de behov och drivkrafter som ungdomar själva upplever och budskapet måste anpassas till ungdomarnas kognitiva utvecklingsnivå. Man bör också ta hänsyn till ungdomarnas familjesituation. Tandvården bör uppmärksamma att flickor och pojkar kan ha olika motiv för ett hälsosamt beteende. Det behövs mer forskning om könets betydelse för munhälsan. För framtiden är det också viktigt att utveckla nya mätinstrument för ungdomars munhälsa, innefattande både tandvårdens och patientens perspektiv.

**LITTERATUR**

- 1 Holst D. Delivery of oral health care and implications for future planning in the Nordic countries. I: Pine CM, ed. *Community Oral Health*. Edinburgh: Elsevier Science Limited, 1997:283-91.
- 2 Socialstyrelsen. *Tandhälsan hos barn och ungdomar 1985-2001*. Stockholm: 2002.
- 3 Haugejorden O. Changing time trend in caries prevalence in Norwegian children and adolescents. *Community Dent Oral Epidemiol* 1994;22:220-5.
- 4 Björner J, Kristensen T, Orth-Gomér K, Tibblin G, Sullivan M, Westerholm P. *Self-rated health*. Stockholm: Swedish Council for Planning and Coordination of Research (FRN), 1996.
- 5 Cohen LK, Jago JD. Toward the formulation of sociodental indicators. *Int J Health Serv* 1976;6:681-98.
- 6 Locker D. Applications of self-reported assessments of oral health outcomes. *J Dent Educ* 1996;60:494-500.
- 7 WHO. *Health Promotion Glossary*. Geneva: World Health Organization, 1998.
- 8 Gift HC, Atchison KA. Oral health, health, and health-related quality of life. *Med Care* 1995;33(11 Suppl):NS57-77.
- 9 Östberg AL. On self-perceived oral health in Swedish adolescents. (Thesis) *Swed Dent J* 2002; Suppl 155, Faculty of Odontology, Malmö.
- 10 Östberg AL, Jarkman K, Lindblad U, Halling A. Adolescents' perceptions of oral health and influencing factors: a qualitative study. *Acta Odontol Scand* 2002;60:167-73.
- 11 Bergendal B, Erasmie T, Hamp SE. Dental prophylaxis for youths in their late teens. III. Attitudes to teeth and dental health and their relation to dental health behavior. *J Clin Periodontol* 1982;9:46-56.
- 12 Kallio P, Nordblad A, Croucher R, Ainamo J. Self-reported gingivitis and bleeding gums among adolescents in Helsinki. *Community Dent Oral Epidemiol* 1994;22:277-82.

- 13 Pietilä T, Pietilä I. Dental appearance and orthodontic services assessed by 15-16-year-old adolescents in eastern Finland. *Community Dent Health* 1996;13:139-44.
- 14 Glaser B, Strauss A. *The discovery of Grounded Theory*. Chicago: Aldine, 1967.
- 15 Östlin P, Danielsson M, Diderichsen F, Härenstam A, Lindberg G. *Kön och ohälsa – en antologi om könsskillnader ur ett folkhälsoperspektiv*. Lund: Studentlitteratur, 1996.
- 16 Östberg AL, Eriksson B, Lindblad U, Halling A. Epidemiological dental indices and self-perceived oral health in adolescents: ecological aspects. *Acta Odontol Scand* 2003;61:19-24.
- 17 Åström AN, Jakobsen R. The effect of parental dental health behavior on that of their adolescent offspring. *Acta Odontol Scand* 1996;54:235-41.
- 18 Kuusela S, Honkala E, Kannas L, Tynjala J, Wold B. Oral hygiene habits of 11-year-old schoolchildren in 22 European countries and Canada in 1993/1994. *J Dent Res* 1997;76:1602-9.
- 19 Macgregor ID, Balding JW, Regis D. Motivation for dental hygiene in adolescents. *Int J Paediatr Dent* 1997;7:235-41.
- 20 Östberg AL, Halling A, Lindblad U. Gender differences in knowledge, attitude, behavior and perceived oral health among adolescents. *Acta Odontol Scand* 1999;57:231-6.
- 21 Bjerrum Nielsen H, Rudberg M. *Historien om flickor och pojkar. Könssocialisation i ett utvecklingspsykologiskt perspektiv*. Lund: Studentlitteratur, 1991.
- 22 Matthias RE, Atchison KA, Lubben JE, De Jong F, Schweitzer SO. Factors affecting self-ratings of oral health. *J Public Health Dent* 1995;55:197-204.
- 23 Atchison KA, Gift HC. Perceived oral health in a diverse sample. *Adv Dent Res* 1997;11:272-80.
- 24 Östberg AL, Halling A, Lindblad U. A gender perspective of self-perceived oral health in adolescents: associations with attitudes and behaviours. *Community Dent Health* 2001;18:110-6.
- 25 Berggren U. *Dental fear and avoidance*. (Thesis) University of Göteborg, 1984.

- 26 Wendt LK, Svedin CG, Hallonsten AL, Larsson IB. Infants and toddlers with caries. Mental health, family interaction, and life events in infants and toddlers with caries. *Swed Dent J* 1995;19:17-27.
- 27 Östberg AL, Lindblad U, Halling A. Self-perceived oral health in adolescents associated with family characteristics and parental employment status. *Community Dent Health* 2003;20:159-64.
- 28 Hagquist CE. Economic stress and perceived health among adolescents in Sweden. *J Adolesc Health* 1998;22:250-7.
- 29 Maizels J, Maizels A, Sheiham A. Dental disease and health behaviour: the development of an interactional model. *Community Dent Health* 1991;8:311-21.

