



JÖNKÖPING UNIVERSITY  
*School of Health and Welfare*

# Barns kunskaper kring parodontala sjukdomar och dess sjukdomsförlopp

En enkätstudie

**HUVUDOMRÅDE:** *Oral Hälsa, examensarbete 15 hp*

**FÖRFATTARE:** *Ilona Dinler & Vivian Nguyen*

**JÖNKÖPING** 2019 Juni

## Sammanfattning

**Bakgrund:** Gingivit och parodontit benämns som parodontala sjukdomar som främst initieras av bakterier, oftast i form av dentalt plack. Parodontit kan uppstå som följd av en obehandlad gingivit som har progredierat. Sjukdomen förekommer i olika svårighetsgrader, såsom kroniskt och aggressivt tillstånd, och kan förekomma hos barn. Det existerar i dagsläget få forskningsstudier avseende barns kunskaper kring parodontala sjukdomar respektive förekomsten av parodontit hos denna grupp individer. **Syftet** var att undersöka kunskapen hos en grupp barn 12- till 14-åringar avseende parodontala sjukdomar och dess sjukdomsförlopp. **Metod:** En kvantitativ tvärsnittsstudie tillämpades med hjälp av en enkätundersökning. Studiens urval omfattade barn i åldrarna mellan 12 till 14 år från Norrköping, Sverige. Insamlad data bearbetades och analyserades i statistikprogrammet SPSS. **Resultat:** I studien deltog sammanlagt 73 barn. Majoriteten av barnen uppvisade vetskap kring begreppet tandköttsinflammation (67,1 %) samt hur sjukdomen bildas (57,5 %). Det påvisades statistiskt signifikanta skillnader mellan könen gällande gingivit och dess sjukdomsförlopp. Endast ett fåtal (5,5 %) av samtliga barn hade rätt kunskap kring parodontit. Ingen statistisk signifikant skillnad mellan åldersgrupperna respektive könen vad gäller kunskap om parodontit kunde påvisas. **Slutsats:** Barnen uppvisade kunskaper kring de parodontala sjukdomarna och dess sjukdomsförlopp, dock med en viss variation. Resultatet bör beaktas med försiktighet och vidare forskning kring barns kunskaper om parodontala sjukdomar är nödvändigt i förebyggande syfte.

Nyckelord: Barn, Gingivit, Kunskap, Oral hälsa, Parodontit

## Summary

Children's knowledge about periodontal diseases and its progression.

- A questionnaire study

**Background:** Gingivitis and periodontitis, termed as periodontal diseases, are foremost initiated by bacteria, frequently by the association of dental plaque. The development of periodontitis could most likely be as a result of an untreated gingivitis. Periodontitis appears in different conditions of severity, such as aggressive or chronic, and could occur on young individuals. There are few studies about the occurrence of periodontitis on young individuals and their knowledge of periodontal diseases. **The aim** was to investigate children's knowledge on periodontal diseases and its progression. **Method:** A cross-sectional study and a questionnaire was performed. The sample of this study included children aged between 12 to 14 years old from Norrköping, Sweden. Collected data was analyzed by the statistical programme SPSS. **Results:** A total of 73 children participated in this study. The majority of children had knowledge about the definition of gingivitis (67,1 %) and how it develops (57,5 %). The results about gingivitis and its progression showed a statistically significant difference between gender. However, there were only a few participants (5,5 %) that had proper knowledge about periodontitis. There was no significant difference between the age-groups and sex in terms of knowledge of the disease. **Conclusion:** The children had a certain knowledge about the periodontal diseases and its progression, with a certain variation. The results should be considered with some deliberation, further research is needed for preventive measures.

Keywords: Children, Gingivitis, Knowledge, Oral Health, Periodontitis

# Innehållsförteckning

<b>Introduktion.....</b>	<b>1</b>
<b>Bakgrund .....</b>	<b>1</b>
1.1 Oral hälsa.....	1
1.2 Dentalt plack.....	1
1.3 Gingivit .....	2
1.4 Parodontit .....	2
1.4.1 Tobak.....	3
1.5 Förekomst av parodontala sjukdomar hos barn.....	3
1.6 Barns kunskap om parodontala sjukdomar.....	4
1.7 Problemformulering .....	4
<b>Syfte och frågeställningar .....</b>	<b>5</b>
<b>Material och metod.....</b>	<b>5</b>
3.1 Design.....	5
3.2 Urval.....	5
3.3 Mätinstrument .....	5
3.4 Pilotstudie.....	6
3.5 Datainsamlingsmetod .....	6
3.6 Dataanalys.....	7
3.7 Etiska aspekter.....	7
<b>Resultat .....</b>	<b>8</b>
4.1 Barns prioritering kring munhälsan.....	8
4.2 Kunskap avseende parodontala sjukdomar .....	8
4.2.1 Resultatet för samtliga deltagare.....	8
4.2.2 Resultatet av jämförelser mellan kön respektive åldersgrupper .....	9
4.3 Kunskap avseende tobakens påverkan på parodontala sjukdomar.....	12
4.3.1 Resultat för samtliga deltagare .....	12
4.3.2 Resultatet av jämförelser mellan kön respektive åldersgrupper .....	12
<b>Diskussion.....</b>	<b>14</b>
5.1 Metoddiskussion.....	14
5.2 Resultatdiskussion .....	17
<b>Slutsatser .....</b>	<b>20</b>
<b>Referenser .....</b>	<b>22</b>
Bilaga 1: Enkät .....	26
Bilaga 2: Följebrev .....	29
Bilaga 3: Informationsbrev.....	30
Bilaga 4: Diagram och Figurer .....	31

## Introduktion

Enligt UNICEF:s barnkonvention belyses det att varje enskilt barn har rätt till sjukvård och god hälsa. Konventionen definierar varje människa under 18 år som ett barn (1). I Sverige strävar svensk tandvård efter *“en god tandhälsa och en tandvård på lika villkor för hela befolkningen”*. Målet skall nås genom att särskild vikt läggs vid förebyggande åtgärder för både barn och vuxna. När tandvård utförs till ett barn skall dennes bästa tas i beaktande.

Svenska tandläkare, tandhygienister och tandsköterskor arbetar tillsammans för att hjälpa invånare till bästa möjliga munhälsa genom god tandvård. I tandvårdslagen §7 förklaras det att Folktandvården är i förpliktelse att implementera regelbunden och fullständig tandvård för barn och ungdomar tills de fyller 23 år (2). Följaktligen arbetar Folktandvården hälsofrämjande där barn kan få kunskap och råd för att bibehålla goda egenvårdsrutiner (3). En individs orala hälsotillstånd påverkas av dennes kunskaper kring oral hälsa (4). Därmed kan barnen förebygga orala sjukdomar, såsom parodontala sjukdomar, med hjälp av Folktandvårdens hälsoarbete och vårdinsatser (5).

## Bakgrund

### 1.1 Oral hälsa

För att definiera hälsotillståndet i munhålan används begreppet oral hälsa. Organisationen World Dental Federation (FDI) definierar oral hälsa som ett hälsotillstånd vilket inkluderar individens förmåga att tala, le, lukta, tugga, svälja och smaka. Individen skall vara fri från orala sjukdomar i det kraniofaciala komplexet, tillika fri från smärta i ansiktet och munhålan vid utförande av ansiktsuttryck och uppvisande av känslor. Den orala hälsan kopplas samman med den allmänna hälsan och det fysiska och psykiska tillståndet. Det innebär att det orala hälsotillståndet är en del av den fysiska och psykiska hälsan. Vid försämrad oral funktion kan det påverka den sociala funktionen samt livskvaliteten. Definitionen av oral hälsa förändras över tiden och påverkas av samhället och individens attityder och värderingar (6). Orala sjukdomar och tillstånd, exempelvis parodontala sjukdomar och dess begynnande faktorer såsom bristande munhygien och dentalt plack, kan påverka den orala hälsan negativt (7).

### 1.2 Dentalt plack

I munhålan förekommer en mängd olika mikroorganismer på tänder, tunga, slemhinna och i saliven som utgör munhålan normalflora. Glykoproteiner från saliven leder till att en pellikel bildas på den rena tandytan. Pellikeln framställer en yta där mikroorganismerna kan fästa sig vid och kolonisera, vilket utgör dentalt plack. Bildandet av plack sker i en stegvis process som kan fortskrida i veckor. Placket växer i tjocklek och sprider sig i sidled. När plack får sitta kvar längs gingivala kanten och inte avlägsnas från tandytan leder det till förutsättningar för utveckling av en anaerob miljö i munhålan. Det

innebär att den gram-positiva bakteriefloran omvandlas till en gram-negativ flora. I den gram-negativa floran förekommer olika bakteriearter som kan ge upphov till parodontala sjukdomar, såsom exempelvis gingivit. Den ostörda placktillväxten vid den gingivala kanten resulterar i gradvisa mjukvävnadsreaktioner i form av exempelvis rodnad och svullnad (8). Reaktionen som har orsakats av svullnaden leder till en fördjupning av gingivala sulcus, en så kallad pseudoficka, och är vanligt förekommande hos yngre individer (9, 10).

### 1.3 Gingivit

Gingiva är mjukvävnad som omsluter parodontiet (tandens upphängningsapparat). En inflammerad gingiva benämns som gingivit och är ett sjukdomstillstånd som innebär inflammation i mjukvävnaden runt parodontiet. Gingivit förorsakas vanligen av den bakteriella kolonisationen, plack, och kännetecknas av rodnad, svullnad, ömhet samt ökad blödningsbenägenhet vid kontakt (11). Dessa vävnadsreaktioner som uppkommer i gingiva är den kliniska responsen av inflammationsprocessen och orsakar därför vanligen en fördjupad tandköttsficka. Nedbrytning av kollagena fibrer och en ökad mängd inflammationsceller är en del av de faktorer som ligger till grund för vävnadsreaktionerna (12). Gingivit är reversibel och icke-destruktiv vilket innebär att inflammationen kan upphöra samt att den inte resulterar i någon stödjevävnadsförlust (10).

Gingivit kan förekomma i två olika former, plackindicerad och icke-plackindicerad gingivit. Plackindicerad gingivit kan uppstå av plack med eller utan bidragande faktorer eller förändras av systematiska faktorer såsom medicinering eller undernäring. Icke-plackindicerad gingivit orsakas vanligen av specifika bakterier, svampinfektioner, genetik eller allergiska reaktioner (13). Plackindicerad gingivit är den mest förekommande typen av gingivit och påträffas vanligt hos yngre individer. De flesta friska barn kan undvika tillståndet med hjälp av regelbundna munhygienvanor (9). Genom konventionell tandborstning och avlägsnande av dentalt plack minst en gång per dag kan det resultera i en utläkning av gingivit eller total frånvaro av sjukdom (14), och därmed förhindra uppkomst av parodontit (15).

### 1.4 Parodontit

Parodontit är en oral sjukdom vars kännetecken är förlust av stödjevävnad i parodontiet. Sjukdomen, även kallad för tandlossningssjukdom, kan uppstå som en följd av en obehandlad gingivit som har progredierat (15). Tillståndet innebär en irreversibel process där inflammation i parodontiet förorsakar fästeförlust mellan tand och käkben. Munnens normala mikroflora omvandlas till att utgöras av en komplex biofilm med en ökad mängd av patogena mikroorganismer som kan vara associerade med den parodontala utvecklingen, exempelvis *Actinobacillus actinomycetemcomitans* och *Bacteroides forsythus* (12).

Parodontit kan förekomma i aggressivt eller kroniskt tillstånd som orsakar skada i olika tidsomfattning och omfattning. Aggressiv parodontit har ett snabbt sjukdomsförlopp och börjar ofta i puberteten. Denna typ påträffas oftare hos unga individer och beaktas därför som en sjukdom som förekommer vanligare hos barn och ungdomar än hos vuxna. Lokal aggressiv parodontit förorsakar extensiv benförlust vid incisiverna och första molaren medan generell aggressiv parodontit karaktäriseras av akut bennedbrytning generellt i bettet. Kronisk parodontit är den vanligaste formen av parodontit och drabbar vanligen vuxna men kan även förekomma hos barn och ungdomar. Aggressiv och kronisk parodontit initieras och underhålls av bakteriebeläggningar och en patogen mikroflora (15). Inflammationsreaktionen hos individen har också betydelse för tillståndets förekomst (16). Det finns olika faktorer som ökar risken för uppkomsten av parodontit. Riskfaktorer för parodontit kan bland annat vara olika sjukdomstillstånd samt systemiska sjukdomar, såsom exempelvis diabetes. Forskning har även visat att faktorer som kön, ålder, genetik samt tobak kan ha en påverkan på sjukdomen (17).

#### 1.4.1 Tobak

Det har konstaterats att bruk av tobak i form av cigaretter har en stark koppling till parodontit. Rökning har visat sig öka risken för att utveckla parodontit med tre gånger i jämförelse med att vara rökfri. Studier utförda på den amerikanska befolkningen har resulterat i att upp till hälften av alla fall av parodontit kunde knytas till rökningens negativa effekter (18). Tobak i form av snus har också en viss oral påverkan. Det har påvisats att förekomst av gingivit påträffas oftare hos snus användare i jämförelse med icke-brukare (19). Snusbruk kan likaledes orsaka gingivala retraktioner där snuset placeras (20) samt missfärgningar (21). Inget tydligt samband mellan snusbruk och parodontit har kunnat påvisats (19, 22).

År 2015 konstaterade Folkhälsomyndigheten i Sverige att det var främst unga vuxna 16 till 29 år som röker och snusar utav den totala befolkningen som brukar tobak. Det var 27 % unga vuxna som rökte av samtliga tobaksbrukare och 19 % som snusade (23). En rapport av Surgeon General, som är en del av den amerikanska folkhälsomyndigheten, rapporterade att unga som röker oftast blir vuxna rökare. Nästintill alla vuxna, 9 av 10, som dagligen röker började innan 18-års ålder (24). Svenska centralförbundet för Alkohol- och Narkotikaupplysningen, CAN, konstaterade år 2017 att 4 av 10 niondeklassare som någonsin har rökt en cigarett gjorde detta vid 13-års ålder eller yngre. CAN påvisade även att 6 % av samtliga deltagande niondeklassare var erfarna snusare (25).

En studie utförd i Sverige undersökte tobaksbruk hos barn och ungdomar 12 till 19 år på en tandvårdsklinik, före och efter att tandvårdspersonal informerades om tobakens påverkan. Efter tre år kunde det påvisas, med statistisk skillnad mellan år 2 och 3, att tobaksinformation från tandvårdspersonal resulterade i en minskning av rökning bland barnen. Första året var det 10 % av klinikens barn som rökte och år 3 var det 7 %. Studien konkluderade att med hjälp av information från tandvårdspersonal avseende tobakens effekt på munhålan kunde ett positivt resultat ses gällande reducering av barns tobaksbruk (26).

## 1.5 Förekomst av parodontala sjukdomar hos barn

Ett fåtal internationella studier har påvisat att parodontit är förekommande hos barn. I en studie utförd i Indien på 15 till 17 åringar framkom det att 75 % av deltagarna uppvisade parodontal sjukdom. Av dessa 75 % var förekomsten 3 % i form av mild parodontit och 72 % av gingivit. Resultatet innebär att plack och gingivit som är förstadium till parodontit är aktuellt för barn (27).

I Sverige saknas det vetenskaplig forskning och studier av ämnet parodontit och dess förekomst hos yngre individer. Ett få antal svenska studier har undersökt munhygien och förekomst av gingivit hos unga vuxna. Dessa har kunnat konstatera att förekomsten av gingivit har ökat hos 20-åringar i Jönköping (28) och 19-åringar i Göteborg (29). Författarna till studierna anser att den ökade förekomsten av gingivit kräver utökade vårdinsatser för att förhindra orala sjukdomar (28, 29), såsom gingivit och parodontit.

## 1.6 Barns kunskap om parodontala sjukdomar

Kunskap benämns som en typ av färdighet av grundläggande vetskap kring en fakta i samband med förståelse (30). Kunskap kring oral hälsa har påvisats ha ett samband med individens orala hälsotillstånd. Bristande kunskap avseende oral hälsa kan resultera i försämrade oral hälsa hos barn (4). Barns kunskaper kring innebörden av gingivit och parodontit har konstaterats vara låg (31, 32). I en studie som utfördes på svenska barn undersöktes kunskapen kring begreppet 'parodontit' där det framkom att kunskapen var väldigt marginell. Det var enbart 15 % av samtliga deltagare i åldrarna 12 och 15 år som hade vetskap kring begreppet varav fler killar hade större kunskap än tjejer kring detta (32). I en annan studie undersöktes kunskap om oral hälsa hos skolbarn i Jordanien där det framkom att studiens population hade större kunskap kring karies än kring parodontit. Studien drog slutsatsen att omfattande pedagogiska program avseende oral hälsa är väsentligt för både barn och deras föräldrar för att kunna bidra till god oral hälsa samt kunskap kring området (33).

## 1.7 Problemformulering

Vid uppsökandet av tidigare studier på ämnesinriktade databaser inom sjukvårdsområdet, DOSS, CINAHL, MEDLINE och PubMed, kring barns kunskaper om parodontit påträffades enbart få vetenskapliga studier kring ämnet då förekomst av parodontit är relativt ovanligt i denna åldersgrupp. Att sökningarna resulterade i ett fåtal artiklar tyder på att det finns begränsad forskning kring barns kunskaper om parodontit i jämförelse med kunskaper om karies. Utifrån de presenterade studierna konstaterades det att barns kunskaper kring parodontala sjukdomar är begränsad (31, 32, 33). Det har även framkommit att fler pojkar har större kunskap kring parodontala sjukdomar än flickor (32). Första stadie till parodontit såsom plack och gingivit har visat sig vara aktuellt för barn (27). Detta innebär att barn kan utveckla parodontit på sikt. Därav är det betydande att studera och få en uppfattning om barns



kunskaper kring parodontit och på så sätt veta var kunskapen brister mellan ett specifikt åldersspann. Detta för att öka den tidiga medvetenheten hos barn kring sjukdomen och dess förlopp i förebyggande syfte.

## Syfte och frågeställningar

Syftet med studien var att undersöka kunskapen hos en grupp 12- till 14 åringar avseende parodontala sjukdomar och dess sjukdomsförlopp.

- Finns det skillnad mellan könen gällande kunskap om parodontala sjukdomar?
- Finns det skillnad mellan åldersgrupperna 12- respektive 14-åringar gällande kunskap om parodontala sjukdomar?

## Material och metod

### 3.1 Design

Studiens design är en kvantitativ tvärsnittsstudie med en empirisk grund. En enkätundersökning genomfördes för att besvara studiens syfte.

### 3.2 Urval

Studiens urval var barn i åldrarna 12 till 14 år studerande på en grundskola i Norrköping. Författarnas personliga kontakter som var yrkesverksamma lärare användes för att rekrytera deltagare genom ett bekvämlighetsurval av skolor. Det var 97 barn i åldrarna 12 till 14 år på skolan som tillfrågades för medverkande. Studiens inklusionskriterier innefattade deltagarnas behärskande av det svenska språket för att kunna tolka enkätfrågorna.

### 3.3 Mätinstrument

En enkät (Bilaga 1) omfattande 14 öppna frågor med fasta svarsalternativ utformades utifrån studiens syfte. Respondenterna fick besvara enkätfrågorna genom att kryssa i ett svarsalternativ per enkätfråga. Mätinstrumentet var till viss del inspirerad av en svensk akademisk avhandling *“The school as an Arena for Oral Health Promotion”* (32). Enkätens inledande frågor var bakgrundsvariabler såsom kön och ålder. Kön var en sluten fråga med fasta svarsalternativ, “flicka” eller “pojke”. Ålder var en öppen fråga med öppet svarsalternativ. Enkätfrågorna omfattade olika frågetyper såsom 10 kunskapsfrågor, 2

attitydfrågor samt 2 faktafrågor. Tidsåtgången för besvarande av enkäten var mellan 10 och 15 minuter. Ingen känslig information begärdes på mätinstrumentet.

### 3.4 Pilotstudie

En pilotstudie utfördes för att säkerställa mätinstrumentets reliabilitet och validitet. Därmed evaluerades enkätutformningen och frågornas tydlighet eller bristfällighet alternativt om de var missledande. Detta genomfördes med 6 barn i åldrarna 12 till 15 år som selekterades ut genom ett bekvämlighetsurval. Deltagarna var bekanta till författarna. Deltagarna uppfyllde samma inklusionskriterier som studiens population.

Det tog cirka tio till 12 minuter för deltagarna att svara på enkätfrågorna vilket varierade beroende på deltagarens ålder. Med hjälp av tiden som togs kunde en uppskattad tid för enkätundersökningen anges i följebrevet (Bilaga 2). Vid genomförandet av pilotstudien noterades deltagarnas oförmåga att uppfatta innebörden av vissa enkätfrågor till följd av tillämpning av ett för avancerat språk. Det påvisades även att vissa frågor hade en för enkel svårighetsgrad för den äldre åldersgruppen i pilotstudien som bestod av 15-åringar. Samtliga brister som noterades efter pilotstudien korrigerades och omformulerades. Datainsamling från pilotstudien har inte inkluderats i studiens resultat.

### 3.5 Datainsamlingsmetod

Författarnas bekanta med anknytning till grundskoleverksamhet i Norrköping kontaktades. Ett följebrev (Bilaga 2) samt informationsblad (Bilaga 3), med tydlig information om studiens syfte och enkätutformning skickades till mentorerna via e-post innan datainsamlingen. Tillfälle för datainsamling bestämdes per telefon. Samtliga klasser med 12- till 14-åringar erbjöds att medverka i undersökningen. Innan datainsamlingstillfället tilldelade mentorerna informationsbladet till eleverna. Utifrån den informationen fick barnen själva bestämma om de ville delta i undersökningen eller inte och därmed fick också målsman välja om de ville signera till ett samtycke för elevens deltagande.

Mentorerna fick två veckor till att insamla formulären med målsmans samtycke. Ansvarig skolpersonal kontaktades totalt 2 gånger för påminnelse till insamling av samtyckesintyg. Författarna var närvarande vid enkätens genomförande och samlade inte in samtyckesintyg som innefattade barnens namn. Mentorerna hjälpte till med att dela ut enkäter till barnen med signerade samtyckesformulär. Studiens deltagare fick cirka 15 minuter för att besvara enkätfrågorna. Signerade samtyckesintyg destruerades efter datainsamlingen. Insamlade data bevarades i ett förslutet kuvert som endast författarna hade behörighet till.

### 3.6 Dataanalys

Insamlat data bearbetades och analyserades med hjälp av statistikprogrammet International Business Machines Corporation Statistical Package for the Social Sciences [IBM SPSS] version 25.0. För att bearbeta insamlade data numrerades samtliga enkäter med en siffra, 1 till och med 73. Även variablerna, kön och ålder, inkodades där kön numrerades med 1 och 2 samt ålder med 1 till 3 för respektive åldersgrupp. Vid bearbetning och analysering av insamlade data har svarsalternativen till vardera enkätfrågor grupperats och generaliserats som "rätt svar", "fel svar" respektive "vet inte".

Deskriptiv statistik av resultatets bakgrundsinformation har redogjorts genom text. Resultatet av insamlade data har delats in i tre undergrupper som följd till olika frågetyper; "Barns prioritering kring munhälsan", "Kunskap avseende parodontala sjukdomar" och "Kunskap avseende tobakens samband med parodontala sjukdomar". I undergrupperna presenteras resultatet därefter för samtliga deltagare respektive jämförelser mellan variabler kön och åldersgrupper. Sammanställningen av resultatet redovisas utifrån en deskriptiv- och analytisk statistik genom tabeller och diagram. Med hjälp av det statistiska testet chi<sup>2</sup>-test jämfördes variablerna kön och åldersgrupper. På grund av studiens omfång tillämpades Fischer's Exact Test 2-sided för att avläsa p-värdet. Ett gränsvärde för signifikans sattes på <0,05.

### 3.7 Etiska aspekter

Hälsöhögskolans etiska egengranskning utfördes tillsammans med författarnas handledare. Vid utformandet och genomförandet av studien har de fyra etiska principerna, informations-, samtyckes-, konfidentialitets- och nyttjandekravet (34) beaktats. Det har varit essentiellt att deltagarna själva känt ett självbestämmande gällande medverkande i studien, därav var studien frivillig. Ett informationsbrev (Bilaga 3) med noggrann beskrivning av undersökningen utdelades till varje deltagare, som utifrån den informationen fick avgöra för medverkande eller inte. Studiens urval omfattade omyndiga individer under 15 år vilket resulterade i att förutsättningen för deltagande var att individens vårdnadshavare signerade ett samtycke för medverkande. Informationsbrevet belyste valfriheten, konfidentialiteten samt nyttan som resultatet förhoppningsvis skulle medföra.

Personuppgifter och känslig information efterfrågades inte i enkäterna som deltagarna besvarade. Mätinstrumentet förvarades i ett slutet kuvert och behandlades endast av författarna. Insamlade data förstördes efter studiens verkställande i beaktande av konfidentialitetskravet. Genomförandet av studien kan förhoppningsvis bidra med ny kunskap för andra studier och ligga till grund för framtida vårdinsatser.

## Resultat

För medverkande i studien tillfrågades 87 barn varav 78 medgav samtycke från sina föräldrar och 9 barn avböjde till deltagande. Vid utförandet av enkätundersökningen var det 2 barn som var sjuka, vilket resulterade i 76 medverkande. Därmed var det ett externt bortfall på 12,6 % (n=11). Ett internt bortfall på 3,9 % (n=3) av 76 respondenter inträffade till följd av inkorrekt svarsmetod genom flera ifyllda svarsalternativ. I studien deltog sammanlagt 73 barn från Norrköping i åldrarna mellan 12 och 14 år. Av samtliga deltagare var 29 (39,7 %) pojkar och 44 (60,3 %) flickor. Av dessa 73 deltagare var 18 (24,7 %) 12 år, 18 (24,7 %) 13 år och 37 (50,7 %) 14 år gamla. Medelåldern hos deltagarna var 13,3 år och medianåldern 13,5.

### 4.1 Barns prioritering kring munhälsan

Svaren på frågan "Hur viktig är munnen för dig?" påvisade att flertalet barn prioriterade sin munhälsa. Utav samtliga deltagare var det 50,7 % som angav "Mycket viktigt", 43,8 % svarade "Ganska viktigt" och 5,5 % "Inte särskilt viktigt". Frågan avseende om de ansåg att de hade tillräckligt med kunskap för att hålla munnen frisk uppgav 12,3 % "Inte särskilt mycket". Ett tämligen jämligt antal (15,1 %) av respondenter ansåg att de hade "Mycket kunskap". Majoriteten (72,6 %) svarade att de hade "Ganska mycket kunskap".

Till frågan "Hur ofta ska man borsta tänderna?" presenterades fem svarsalternativ varav rätt svarsalternativ var 2 gånger om dagen och fel svarsalternativ "1 gång om dagen", "1 gång i veckan", "Mer än 2 gånger om dagen" samt "Vet inte". Majoriteten av barnen (87,7 %) uppvisade kunskap och prioritering till att tänderna skall borstas 2 gånger per dag. Av pojkarna var det 82,8 % som påvisade kunskap kring ämnet och 90,9% av flickorna. Det fanns ingen signifikant skillnad mellan könen samt mellan åldersgrupperna 12 och 14 år gällande frågan. Frågan "Vem har lärt dig hur man sköter munnen på rätt sätt" besvarades med att de flesta barn hade fått kunskapen av sina föräldrar (64 %). Det var 34,2% av samtliga barn som uppgav svarsalternativ "Tandvårdspersonal" och endast en person (1,4 %) uppgav "Lärare".

### 4.2 Kunskap avseende parodontala sjukdomar

#### 4.2.1 Resultat för samtliga deltagare

Resultatet för samtliga deltagare avseende kunskapsfrågorna fråga 4 till 11, 13 och 14 kring parodontala sjukdomar uppvisade en jämn fördelning mellan rätt och fel svar (Bilaga 4, Tabell 1). Till frågan avseende vetskap om sjukdomen parodontit var det 20,5 % av samtliga deltagare som inte hade någon vetskap om sjukdomen och 74 % hade felaktig kunskap. Det var endast 5,5 % av samtliga barn som hade rätt kunskap kring ämnet, däribland majoriteten 14-åringarna.

Frågorna avseende gingivit påvisade att större delen av respondenterna uppvisade rätt kunskaper. Det var 67,1 % som hade vetskap kring begreppet tandköttsinflammation och 20,5 % som uppvisade inkorrekt vetskap. Frågan avseende "Hur bildas en tandköttsinflammation" resulterade i att 57,5 % uppgav korrekt svarsalternativ och 35,6 % av samtliga deltagare uppgav inkorrekt svar. Däremot var det närapå hälften av samtliga barn (43,8 %) som svarade felaktigt och 5,5 % "Vet inte" på frågan gällande "Hur man håller tandköttet friskt". Enkätfrågan "Om tandköttet blöder, vad är det för fel" resulterade i att 64,4 % angav rätt svar, 27,4 % svarade fel och 8,2 % svarade "Vet inte". Det var 65,8 % som svarade rätt avseende vad som kännetecknar en tandköttsinflammation. Lite mindre än en tredjedel och ett få antal av samtliga svarade fel (28,8 %) respektive "Vet inte" (5,5 %). Fler än hälften av deltagarna (60,3 %) uppvisade kännedom kring att plack var mjuka bakteriebeläggningar som var rätt svar till frågan "Vad är plack?". Av samtliga barn var det 20,5 % (n=15) som inte hade någon vetskap om plack. Däremot var det en mindre andel (30,1 %) som uppvisade kännedom kring hur bakteriebeläggningar bildas, vilket betyder att majoriteten av samtliga (57,5 %) hade felaktig kunskap eller ingen vetskap alls (12,3 %) (Bilaga 4, Tabell 1).

#### 4.2.2 Resultat av jämförelser mellan kön respektive åldersgrupper

Vid jämförelse mellan könen och åldersgrupperna uppvisades ett varierande resultat vilket framgår i Tabell 1. Frågan avseende tandlossningssjukdomen resulterade i att majoriteten i respektive åldersgrupper hade fel kunskap eller ingen kunskap alls. I jämförelse med 12-åringarna hade 14-åringarna större vetskap kring ämnet tandlossningssjukdom (Tabell 1). En större andel av 12- och 14-åringarna definierade parodontit inkorrekt som "Inflammation i tänderna" (55,6% respektive 51,4%) (bilaga 4, figur 1). Det var 2 flickor och 2 pojkar som uppvisade korrekt vetskap om parodontit och svarade att en tandlossningssjukdom är en "Inflammation i käkbenet" (bilaga 4, figur 2). En mindre andel av respektive åldersgrupper, 16,7 % 12-åringar och 18,9 % 14-åringar, svarade inkorrekt att parodontit var "Syra på tänderna". Resterande respondenter svarade "Missfärgning på tänderna" (n=3) alternativt "Vet inte" (n=17) (Bilaga 4, figur 1). Pojkar och flickor samt respektive åldersgrupper hade ett jämlikt resultat i fördelning av rätt svar, fel svar och vet inte (Tabell 1).

Det fanns en statistisk signifikant skillnad mellan könen avseende frågan om vad gingivit är. Endast ett fåtal (n=2) av flickorna svarade "Vet inte" vilket var en relativt låg andel i jämförelse med pojkarna (n=7). En statistiskt signifikant skillnad (p-värde 0,036) mellan åldersgrupperna avseende frågan framkom. Det visade sig att fler 14-åringar hade vetskap i jämförelse med 12-åringarna, skillnaderna var dock inte stora. Däremot var det mindre än hälften (27,8 %) av 12-åringarna som visste hur gingivit bildas, i jämförelse med 14-åringarna där fler än hälften (73 %) uppvisade rätt kunskaper. Avseende samma fråga i jämförelse mellan könen var det majoriteten av flickorna (70,5 %) och mindre än hälften av pojkarna (37,9 %) som uppvisade rätt kunskaper. Därmed var det drygt hälften (51,7 %) av pojkarna som uppgav inkorrekt svarsalternativ. Frågan resulterade också i en statistisk signifikant skillnad (p-värde 0,020 respektive 0,005) för både jämförelse mellan kön och åldersgrupper. En statistisk signifikant skillnad påvisades på frågan "Om tandköttet blöder, vad är det för fel?" mellan

pojkar och flickor (Tabell 1). Det var ett flertal flickor (n=34) och mindre än hälften (n= 13) av pojkarna som uppgav rätt svar; "Man har slarvat med tandborstningen och fått en inflammation". Det var mer än en tredjedel (41,4 %) av pojkarna som uppgav fel svar och endast ett fåtal (n=8) flickor avseende frågan. Dessa inkorrekta svar resulterade i att 13,6% flickorna och 27,6 % pojkarna som uppgav svarsalternativ; "Man har ätit för mycket sötsaker och fått en inflammation", 2,3 % av flickorna och 13,8 % av pojkarna svarade; "Man har fått hål i tänderna" och endast en flicka uppgav svarsalternativet; Man har sovit för lite och fått en inflammation. Två flickor och fyra pojkar visste inte vad det kunde bero på (Bilaga 4, Figur 3). Vid jämförelse mellan 12 och 14-åringar uppvisades ingen statistiskt signifikant skillnad. Resultatet var likvärdigt mellan åldersgrupperna, där 61,1 % av 12-åringarna och 67,6 % av 14-åringarna uppgav rätt svarsalternativ (Tabell 1).

Frågan "Vad tror du kan vara tecken på en tandköttinflammation" resulterade inte i någon statistiskt signifikant skillnad vad gäller jämförelser mellan könen respektive åldersgrupperna. Det var fler än hälften av pojkarna (n=16) respektive flickorna (n=32) som uppvisade korrekta kunskaper kring ämnet (Tabell 1). Resultatet avseende 12- och 14-åringarna visade att det var en större andel 14-åringar som visste att "Tandköttet är rödfärgad, svullet och blöder" vid en tandköttinflammation. Felaktiga svarsalternativ var "Tänderna är gula och tandköttet blöder", "Tänderna är gula och tandköttet är prickigt och svullet" samt "Tandköttet är ljusfärgad, prickigt och blöder" (Bilaga 4, Figur 4). Avseende frågan "Hur håller man tandköttet friskt" uppvisades inget signifikant skillnader (Tabell 1). En andel på under 50 % av pojkar (48,3 %) och flickor (40,9 %) uppgav ett felaktigt svarsalternativ gällande hur man håller tandköttet friskt; "Skölja munnen med fluorskölj efter att man har borstat tänderna" (Bilaga 4, figur 5). Det var mindre än hälften av pojkarna (44,8 %) och mer än hälften av flickorna (54,5 %) som uppgav rätt svar. Fördelningen av det korrekta svarsalternativet "Man använder tandborste med tandkräm och tandtråd" mellan åldersgrupperna var likgiltiga med 50 % 12-åringar respektive 54,1 % 14-åringar (Bilaga 4, Figur 6).

Frågan "Vad är plack" vid jämförelse mellan pojkar och flickor uppvisade en statistiskt signifikant skillnad (p- värde 0,013). Det var fler flickor (68,2 %) än pojkar (48,3 %) som uppvisade korrekt vetskap kring att plack är mjuka bakteriebeläggningar. Mer än en tredjedel (37,9 %) av pojkarna uppgav svarsalternativ "Vet inte", och endast ett fåtal flickor (9,1 %). Frågan uppvisade ingen statistiskt signifikant skillnad mellan åldersgrupperna. Det var mer än hälften av 14-åringarna (n=23) som uppgav rätt vetskap avseende plack i jämförelse med 12-åringarna där det var mindre än hälften (33,3 %). Däremot var det likvärdiga resultat för 12- och 14-åringarna avseende frågan "Hur bildas bakteriebeläggningar", där mindre än en tredjedel av båda åldersgrupperna uppgav rätt svar; "Om man inte borstar sina tänder 2 gånger per dag". Det fanns en statistiskt signifikant skillnad vid jämförelse mellan könen avseende frågan. Endast 4 pojkar uppgav rätt svarsalternativ (13,8 %) och ett flertal flickor (40,9 %) uppvisade rätt vetskap kring ämnet (Tabell 1). Det var en andel på en tredjedel av pojkarna som hade en uppfattning om att bakteriebeläggningar bildas "Om man dricker och äter mycket sötsaker" och 20,5 % svarade "Om man småäter". Det var lika många, 20,5 %, som svarade "Vet inte" (Bilaga 4, figur 7).

Tabell 1. Fördelning av deltagarnas svar vid jämförelser mellan respektive urvalsgrupper kön (n=73) och åldersgrupper 12- respektive 14-åringar (n=55), avseende frågor gällande kunskap kring parodontala sjukdomar. Presenterat i antal individer (n) och andel (%).

P (>0,05) visar signifikant skillnad mellan respektive urvalsgrupper.

	Pojkar n = 29			Flickor n = 44			p- värde	12 åringar n=18			14 åringar n = 37			p- värde
	Rätt svar n (%)	Fel svar n (%)	Vet inte n (%)	Rätt svar n (%)	Fel svar n (%)	Vet inte n (%)		Rätt svar n (%)	Fel svar n (%)	Vet inte n (%)	Rätt svar n (%)	Fel svar n (%)	Vet inte n (%)	
Vad är en tandlossningssjukdom?	2 (6,9)	20 (69,0)	7 (24,1)	2 (4,5)	34 (77,3)	8 (18,2)	0,623	0 (0,0)	13 (72,2)	5 (27,8)	3 (8,1)	28 (75,7)	6 (16,2)	0,395
Vad är en tandköttsinflammation?	14 (48,3)	8 (27,6)	7 (24,1)	35 (79,5)	7 (15,9)	2 (4,5)	<b>0,010*</b>	12 (66,7)	1 (5,6)	5 (27,8)	27 (73,0)	8 (21,6)	2 (5,4)	<b>0,036*</b>
Hur bildas en tandköttsinflammation?	11 (37,9)	15 (51,7)	3 (10,3)	31 (70,5)	11 (25,0)	2 (4,5)	<b>0,020*</b>	5 (27,8)	10 (55,6)	3 (16,7)	27 (73,0)	8 (21,6)	2 (5,4)	<b>0,005*</b>
Om tandköttet blöder, vad är det för fel?	13 (44,8)	12 (41,4)	4 (13,8)	34 (77,3)	8 (18,2)	2 (4,5)	<b>0,014*</b>	11 (61,1)	5 (27,8)	2 (11,1)	25 (67,6)	10 (27,0)	2 (5,4)	0,725
Vad tror du kan vara tecken på en tandköttsinflammation?	16 (55,2)	10 (34,5)	3 (10,3)	32 (72,7)	11 (25,0)	1 (2,3)	0,161	9 (50,0)	7 (38,9)	2 (11,1)	27 (73,0)	10 (27,0)	0 (0,0)	0,073
Hur håller man tandköttet friskt?	13 (44,8)	14 (48,3)	2 (6,9)	24 (54,5)	18 (40,9)	2 (4,5)	0,676	9 (50,0)	9 (50,0)	0 (0,0)	20 (54,1)	16 (43,2)	1 (2,7)	0,850
Vad är plack?	14 (48,3)	4 (13,8)	11 (37,9)	30 (68,2)	10 (22,7)	4 (9,1)	<b>0,013*</b>	6 (33,3)	5 (27,8)	7 (38,9)	23 (62,2)	7 (18,9)	7 (18,9)	0,132
Hur bildas bakteriebeläggningar?	4 (13,8)	19 (65,5)	6 (20,7)	18 (40,9)	23 (52,3)	3 (6,8)	<b>0,023*</b>	5 (27,8)	10 (55,6)	3 (16,7)	8 (21,6)	25 (67,6)	4 (10,8)	0,643

\* Fisher's Exact Test, p >0,05

## 4.3 Kunskap avseende tobakens påverkan på parodontala sjukdomar

### 4.3.1 Resultat för samtliga deltagare

Svaren på frågorna gällande tobakens påverkan visade att fler barn har kunskap kring rökningens påverkan i jämförelse med snusets (Bilaga 4, Tabell 1). Svaret på frågan "Hur påverkar rökning munnen?" påvisade att närapå hälften av samtliga barn (47,9 %, n=35) visade rätt kunskap kring ämnet. Det var 16,4 % (n=12) barn som inte hade någon vetskap alls och 35,6 % (n=26) som hade felaktiga kunskaper. Frågan som berörde snusets påverkan på munnen resulterade i att drygt hälften av barnen, 56,2 %, hade inkorrekt kunskap och endast 37 % (n=27) hade korrekt kunskap. Det var 5 barn (6,8 %) som inte hade någon kunskap alls (Bilaga 4, Tabell 1).

### 4.3.2 Resultat av jämförelser mellan kön respektive åldersgrupper

Svaren på frågorna som berörde tobak visade att kunskaper mellan könen var varierande. Det var en större andel pojkar som uppvisade rätt kunskap kring rökningens påverkan på munnen i jämförelse med flickorna, däremot var det fler flickor som uppvisade rätt kunskap kring snusets påverkan. Resultatet påvisade en statistiskt signifikant skillnad mellan pojkar och flickor gällande rökningens influens på munnen men ingen statistiskt signifikant skillnad kunde ses gällande snusets inverkan (Tabell 2). Det var 55,2 % av pojkarna och 43,2 % av flickorna som visste hur rökning påverkar munnen; att "Man får en tandlossningssjukdom" (Bilaga 4, Figur 8). Ungefär hälften av flickorna (47,7 %) och 5 pojkar (17,2 %) hade felaktig kunskap om ämnet (Tabell 2). Inkorrekt svarsalternativ var "Man får hål i tänderna", "Man får tandvärk" och "Man tuggar sämre med tänderna" (Bilaga 4, Figur 8).

Gällande snusets effekt på munnen var det 41 % flickor och 31 % pojkar som uppvisade korrekt kunskap genom att svara rätt beskrivning och kombination som var "Missfärgningar, nerdraget tandkött och risk för tandköttinflammation" som var rätt svarsalternativ. Inkorrekt svarsalternativ omfattade fel beskrivning och kombinationer. Det var en hög frekvens av respondenter som svarade inkorrekt "Hål i tänderna, missfärgningar, dålig andedräkt". Andra felaktiga beskrivningar och kombinationer av svarsalternativ var "Hål i tänderna, tandvärk och risk för tandköttinflammation" och "Tuggar sämre med tänderna, missfärgningar och tandvärk" (Bilaga 4, Figur 9). Vid jämförelse mellan 12- och 14-åringars kunskaper avseende rökningens (Bilaga 4, Figur 10) samt snusningens (Bilaga 4, Figur 11) effekt på munnen kunde ingen statistiskt signifikant skillnad påträffas då en snarlik andel av åldersgrupperna svarade likadant. Däremot var det en större andel 14-åringar som hade rätt kunskaper om tobakens påverkan i jämförelse med 12-åringarna (Tabell 2).



Tabell 2. Fördelning av deltagarnas svar vid jämförelser mellan respektive urvalsgrupper kön (n=73) och åldersgrupper 12- respektive 14-åringar (n=55), avseende frågor gällande kunskap kring tobakens påverkan på parodontala sjukdomar. Presenterat i antal individer (n) och andel (%). P-värde (>0,05) visar signifikant skillnad mellan respektive urvalsgrupper.

	Pojkar n = 29			Flickor n = 44			p- värde	12 år n=18			14 år n = 37			p- värde
	Rätt svar n (%)	Fel svar n (%)	Vet inte n (%)	Rätt svar n (%)	Fel svar n (%)	Vet inte n (%)		Rätt svar n (%)	Fel svar n (%)	Vet inte n (%)	Rätt svar n (%)	Fel svar n (%)	Vet inte n (%)	
<b>Hur påverkar rökning munnen?</b>	16 (55,2)	5 (17,2)	8 (27,6)	19 (43,2)	21 (47,7)	4 (9,1)	<b>0,011*</b>	9 (50,0)	6 (33,3)	3 (16,7)	20 (54,1)	11 (29,7)	6 (16,2)	1,000
<b>Hur påverkar snusning munnen?</b>	9 (31,0)	18 (62,1)	2 (6,9)	18 (40,9)	23 (52,3)	3 (6,8)	0,752	6 (33,3)	12 (66,7)	0 (0,0)	17 (45,9)	15 (40,5)	5 (13,5)	0,119

\* Fisher's Exact Test,  $p > 0.05$

## Diskussion

Huvudresultatet för studien visade att det fanns en varierande kunskap avseende parodontala sjukdomar hos barn i åldrarna 12 till 14 år i Norrköping. Avseende sjukdomen parodontit uppvisade samtliga deltagare bristande kunskaper. Det fanns en större vetskap bland samtliga barn gällande sjukdomen gingivit.

Det visade sig att flickorna hade större vetskap avseende parodontit, gingivit samt plack i jämförelse med pojkarna. Avseende jämförelserna mellan åldersgrupperna 12- och 14-åringar framkom ett varierat resultat vad gäller kunskap. Det är väsentligt att barn har korrekt kunskap avseende hur tandköttsinflammation bildas för att kunna förebygga sjukdomen, som har påvisats vara vanligt förekommande hos unga individer (27, 28, 29). Gingivit är en prevalensfaktor till förekomsten av parodontit (15) och därmed kan kunskaper om gingivit även förebygga utveckling av en parodontit.

### 5.1 Metoddiskussion

Under författarnas utbildningsgång initierades ett betydande intresse för barns kunskaper kring parodontala sjukdomar som lade grunden för denna studie. En tvärsnittsstudie med kvantitativ ansats valdes som en lämplig studiedesign för att studera studiens syfte som var att undersöka kunskapen hos en grupp 12- till 14-åringar avseende parodontala sjukdomar. En kvantitativ ansats gav möjlighet till att insamla en större kvantitet av material och därav kunna generalisera resultatet över en större population (35) vilket var passande för studiens urval. En enkät valdes som mätinstrument vilket gav möjlighet till datainsamling under en kortare tidsintervall (35). Nackdelen med en kvantitativ ansats är att resultatet i denna studien inte redogör för grunden till barnens kunskaper kring parodontala sjukdomar, utan endast redovisar vilka kunskaper gruppen har. En kvalitativ ansats hade gett möjligheter till att utföra en grundlig kausalanalys av barnens kunskaper kring sjukdomarna. Därmed skulle resultatet kunna ge upphov till möjliga framtida insatser från tandvården, främst tandhygienister, för att öka barnens kunskaper. På så sätt skulle även validiteten och reliabiliteten för resultatet öka.

Studiens valda datainsamlingsmetod medförde en del svårigheter. Ett av dem var att fånga upp intresset hos de tillfrågade grundskolorna för att nå ut till den utvalda åldersgruppen inom studiens tidsram. I studiens tidigare skede var syftet att undersöka barn mellan 12 till 15 år i Jönköping. Svårigheter påträffades på grund av att tillfrågade skolor i Jönköping tackade nej till medverkande. Bekvämlighetsurvalet tillämpades på grund av tidsbrist. Om studien utfördes under en längre tidsram hade det funnits större möjlighet till att inkludera fler deltagare och därmed tillämpa en annan urvalsmetod, exempelvis slumpmässigt urval. Med ett slumpmässigt urval hade resultatet möjligen kunnat generaliserat och representerat en större population.

Vid utförande av olika studier föreligger det alltid en risk för systematiska fel som kan påverka resultatet i studien, därav planerades undersökningen omsorgsfullt för att minimera sådana risker. Studiens mätinstrument prövades och evaluerades genom en pilotstudie innan datainsamlingen påbörjades. Detta för att få möjlighet till att kontrollera om mätinstrumentet mätte studiens syfte och på så sätt öka validiteten. Efter en utförd pilotstudie exkluderades åldersgruppen 15-åringar från studiens urval på grund av att svårighetsgraden på språket och frågorna var för enkel för åldersgruppen. Därav blev ett av urvalsgruppens kriterier inom åldersgruppen 12 till 14 år. I pilotstudien deltog bekanta till författarna vilket endast upplevdes som positivt då de vågade vara uppriktiga angående bristerna gällande mätinstrumentet. Pilotstudien resulterade även i att deltagarna uppvisade oförmåga i förståelse av vissa begrepp. Efter noggrann analys av pilotstudiens resultat genomfördes korrigeringar av mätinstrumentet. Andra inklusionskriterier var att deltagarna skulle behärska det svenska språket för att kunna tolka studiens enkätfrågor samt målsmans samtycke för deltagande på grund av att urvalet var omyndiga. Vid medgivande till deltagande bekräftades barnens behärskande av det svenska språket och mötte därmed inklusionskriterierna.

I studiens mätinstrument upplystes det om att respondenterna endast fick välja ett svarsalternativ för respektive fråga. Detta i syfte till att minska risken för interna bortfall. Avsikten beaktades uppnådd då det interna bortfallet endast var 3. I mätinstrumentet tillfrågades respondenternas juridiska könstillhörighet, "Flicka" eller "Pojke". Detta på grund av relevans till studiens ändamål samt för att kunna anknyta till tidigare studier som tillämpat en liknande definition av könstillhörighet. Den andra definitionen av könstillhörighet, könsidentitet, utfrågades inte på grund av irrelevans till studiens syfte. Det kan också anses som en känslig personuppgift enligt personuppgiftslagen (36, 37). Vid konstruering av enkätfrågorna och dess svarsalternativ var målet att barnen skulle förstå innebörden av frågorna samt känna en relativt låg enformighet för att kunna behålla motivationen under medverkandet. Därav eftersträvades en varierad ordning på frågornas ämnesområden (dentalt plack, gingivit, parodontit med mera) samt svarsalternativen. Detta främst för att respondenterna inte skulle fastna i ett monotont svarsmönster (38). Trots den varierande ordningen användes en tydlig struktur vid enkätutformningen genom att allmänna frågor kom först och därefter kunskapsfrågor. Författarna upplevde svårigheter vid utformandet av enkätfrågorna och dess svarsalternativ då ett anpassat språk och svårighetsgrad behövde tas i beaktande.

Det upptäcktes även att vissa svarsalternativ var vilseledande vilket författarna anser vara en svaghet. Svarsalternativet "En inflammation i tänderna" till frågan "Vad är en tandlossningssjukdom?" uppvisade en hög svarsfrekvens, vilket kan tänkas vara på grund av vilseledning. Möjligtvis kan det korrekta svarsalternativ "En inflammation i käkbenet" inte varit tillräckligt konkret som ett rätt svarsalternativ till frågan. Därmed kan svarsalternativet "En inflammation i tänderna" upplevt vara mer tilltalade i jämförelse med rätt alternativ. För att öka reliabilitet och validitet till frågan bör det korrekta svarsalternativet vara mer konkret, exempelvis 'en inflammation i parodontiet'. Därav kan möjliga missvisningar uteslutas på grund av markant korrekt svarsalternativ. Till frågan "Hur påverkar rökning munnen?" innefattade svarsalternativet "Man får en tandlossningssjukdom" som är

ett syftningsfel. För ett korrekt svarsalternativ bör den lyda som följande att 'man kan få en tandlossningssjukdom'. Detta på grund av att det inte finns grunder för att samtliga cigarettbrukare utvecklar parodontit.

Datainsamling utfördes under ett lektionstillfälle i respektive klasser. Detta underlättande insamlingen då urvalsgruppen befann sig på platsen och på så sätt kunde en större mängd deltagare delta vid samma tillfälle. Då författarna var närvarande i respektive klasser vid datainsamlingstillfället ledde det till att samtliga klasser delgavs likvärdig information. Detta tros varit bidragande till svarsfrekvensen då missuppfattningar av frågor kunde besvaras och förklaras direkt på plats. Författarna uppmanade deltagarna till att ta god tid på sig vid besvarande av enkätformuläret. Deltagarna fick vända sitt enkätformulär upp- och ned på skolbänken när de kände sig färdiga. Först när samtliga deltagare hade vänt på sitt enkätformulär samlades dessa in. Detta gav deltagarna möjlighet till genomtänkta samt noggranna svar därmed anses dessa faktorer stärka studien.

Fördelen med att författarna varit närvarande vid tillfället är att det kan ha ökat möjligheten till högre svarsfrekvens, då all behövlig information presenterats. Ytterligare en fördel var att deltagarna kunde ställa frågor direkt vid eventuella oklarheter eller funderingar angående studien och/eller enkäten vilket stärker studiens reabilitet. Däremot kan deltagarna möjligen ha upplevt att de var tvungna att medverka på grund av att författarna var närvarande, så kallad bias, alternativt att samtliga klasskamrater deltog eller på grund av att det skedde under undervisningstid (35). Faktorerna kan ha orsakat att deltagarna upplevt en strävan och ett måste till att prestera vilket kan ha resulterat i att många chansningar gjordes vid besvarande av frågorna. Detta kan ha upplevts som negativt av deltagarna samt kan ha påverkat studiens resultat.

Enligt Henricson (2012) resulterar en svarsfrekvens större än 70 % i en hög tillförlitlighet av resultatet. Då studiens svarsfrekvens var >70% tyder det på möjlighet att kunna generalisera påvisad resultat (35) för 12- till 14-åringars kunskaper avseende parodontala sjukdomar. Däremot bör studiens resultat beaktas med försiktighet då det finns ett antal brister i studiens genomförande som tidigare nämnts och som kan ha påverkat resultatet. Det förekom en ojämn fördelning av antal deltagare mellan åldersgrupperna samt könen. Det är därav viktigt att ta hänsyn till att antalet 12- respektive 13-åringar är betydligt lägre än barn 14 år. Vad gäller kön förekom det även där ett ojämnt antal deltagare. Av den anledningarna bör jämförelserna mellan dessa variabler göras med viss försiktighet.

Under hela genomförandet av studien har de etiska kraven beaktats vilket stärker deltagarnas rättigheter. Under utförandet av studien beaktade författarna konfidentialitetskravet. Till exempel att enkätfrågorna inte kunde medföra personidentifiering samt att inga obehöriga personer fick ta del av insamlat datamaterial. Vid genomförandet av undersökningen satt barnen bredvid varandra och hade insyn till varandras enkäter. Enkäten och dess svarsalternativ kan ha diskuterats mellan barnen i

efterhand, därav kan inte författarna garantera att konfidentialitetskravet uppfylldes fullständigt. Ålder och kön var det enda som tillkom avseende deltagarnas bakgrund.

## 5.2 Resultatdiskussion

Resultatet av denna studie visar varierande kunskaper hos deltagarna avseende de parodontala sjukdomarna. Det var ett flertal deltagare som uppgav korrekt innebörd av sjukdomen gingivit. Däremot var det nästintill samtliga deltagare som uppgav inkorrekt alternativt inte visste vad parodontit innebar. Ett liknande resultat påvisades i studien av Hedman (2012) som undersökte barns kunskaper kring parodontit där det endast var 15 % som hade vetskap kring sjukdomen. I studien var det fler pojkar än flickor som påvisade korrekt kunskap kring parodontit (32), vilket skiljer sig från denna studie som visade ett jämlikt resultat mellan könen i denna studie.

Studier har påvisat att kunskap ger individen förmåga att förstå fakta (30). Brist på kunskap kring oral hälsa har visats resultera i försämrad oral hälsa hos barn (4). Därav är kunskap om parodontala sjukdomar en essentiell faktor för att förhindra förekomsten av sjukdomen. Deltagarnas inställning till munnens betydande roll, hur viktig munnen är, i denna studie visade sig vara hög. Merparten av barnen uppgav att munnen är mycket viktig eller ganska viktig. Majoriteten ansåg också att de hade tillräckligt med kunskap för att hålla munnen frisk, det var endast ett få antal respondenter som ansåg att de inte hade tillräckligt med kunskap. Studien resulterade däremot inte i lika hög andel korrekt svarsalternativ för frågor gällande sjukdomars innebörd. Detta tyder på att vissa barn tror att de har korrekt vetskap vilket kan leda till att de sköter om munnen på fel sätt och på så sätt låter en sjukdom progrediera. Utifrån resultatet har de yngre barnen i studien påvisat lägre kunskaper gällande parodontala sjukdomar och dess sjukdomsförlopp i jämförelse med studiens äldre barn. Bristande kunskap avseende oral hälsa har visat sig bidra till försämrad oralt hälsotillstånd. Därav är det viktigt att tandvårdspersonalen informerar och instruerar om orsaker och följder av sjukdomar, exempelvis relevansen av en obehandlad gingivit och dess konsekvenser. Även fast dessa sjukdomar inte är lika aktuellt för barn såsom exempelvis karies, är det viktigt att informationen nås ut till de. Detta för att i tidig ålder skapa kunskap om egenvårdsvanor och dess konsekvenser. Det är lika viktigt med uppföljning av information och instruktion som har utgivits för att säkerställa att det har mottagits av patienten.

Av samtliga deltagare var det mer än hälften som uppgav att det var föräldrar som har lärt hur munnen sköts på rätt sätt, vilket kan vara en av orsakerna till inkorrekta kunskaper. Barns attityder och uppfattning om tandvård, som i sin tur kan påverka munrelaterade beteenden, har i en svensk studie påvisats vara av stort inflytande av föräldrarnas influens (29). Detta betyder att föräldrar som har felaktiga munhälsorelaterade kunskaper och beteenden kan överföras till barnen. Det var drygt en tredjedel som uppgav att de fått lära sig av tandvårdspersonal. Gällande "Hur håller man tandköttet friskt?" var det nästintill hälften av barnen som svarade ett felaktigt svarsalternativ. Övergripande

resultat av denna studie avseende barns kunskap kring oral hälsa är till viss del bristande. Studien av Al-Omiri, et al. (2006) uppvisade ett liknande resultat, som även presenterade att väsentliga pedagogiska program för föräldrarna och barn behövs (33). Det är essentiellt att föräldrar har rätt kunskaper kring parodontala sjukdomar för att lära ut och skapa korrekta egenvårdsvanor till barnen. Detta är för att majoriteten av barnen uppgav att föräldrar var källa till deras kunskapsinhämtning kring hur "Hur man sköter munnen på rätt sätt".

Frågan "Hur ofta ska man borsta tänderna?" resulterade i att majoriteten av samtliga barn visade prioritering och kunskaper då dem uppgav rätt svarsalternativ, "2 gånger om dagen". Folk tandvårdens rekommendationer är att man genom tandborstning morgon och kväll är tillräckligt för att bibehålla en god tandhälsa (39). Däremot kan studiens felaktiga svarsalternativ, "Mer än 2 gånger om dagen", inte nödvändigtvis behöva betraktas felaktigt då det kan handla om borstning en extra gång. Tandborstning som utförs för många gånger per dag kan däremot leda till mer onyttan än nytta, där exempelvis abrasionsskador kan uppkomma (40).

Som tidigare nämnts är gingivit vanligt förekommande hos barn men trots detta har flertalet deltagare inga kunskaper kring den parodontala sjukdomen. Utifrån resultatet av denna studie uppvisar näst intill en tredjedel av barnen fel eller ingen kunskap alls gällande gingivit. Det har även påvisats i tidigare studier att barns kunskaper kring gingivit och parodontit är låga (31, 32). Även fast en större andel av barnen visste vad en tandköttsinflammation innebär så var kunskaperna kring hur tandköttsinflammationen uppstår inte lika stora. Det var fler än hälften av samtliga barn som visste att inflammationen bildas "Om man inte borstar tänderna och låter bakteriebeläggningar ligga kvar" vid gingivala sulcus. Frågan påvisade att flickor hade större vetskap i jämförelse med pojkar där kunskaperna var låga. Det var mindre än hälften av pojkarna som visste att inflammationen uppstår på grund av kvarliggande bakterier medan fler än hälften av flickorna uppgav rätt svarsalternativ. Vetskapen hos de äldre barnen i studien var också betydligt större än hos de yngre avseende samma fråga, samt majoriteten av resterande kunskapsfrågor.

Det var däremot fler barn som visste att tandköttet blöder för att "Man har slarvat med tandborstningen och fått en inflammation". Vetskapen var större hos flickorna och lika stor hos 12- och 14-åringarna avseende frågan. Något som var intressant avseende frågan var att den kopplades till för högt intag av sötsaker eller karies. Näst intill hälften av pojkarna svarade att "Man har ätit för mycket sötsaker och fått en inflammation" eller "Man har fått hål i tänderna" till frågan "Om tandköttet blöder, vad är det för fel?". Detta kan tyda på att deltagande barn inte kopplar ihop mekanisk rengöring och avlägsnande av bakteriebeläggningar med ett blödande tandkött. Ett antal barn associerade istället blödande tandkött med faktorer för karies, såsom intag av sötsaker och hål i tänderna. Därför är det viktigt att tandvårdspersonal informerar om att det finns flera typiska orala sjukdomar (4) exempelvis karies och gingivit, och på ett konkret sätt särskilja dessa från varandra. På detta sätt kan tandvårdspersonal öka barnens kunskaper kring ämnet väsentligt (30).

En annan betydelsefull detalj som framkom i denna studie var att respondenterna felaktigt trodde att fluorsköljning efter tandborstning var det som gjorde att tandköttet håller sig friskt. Det var nästintill hälften av respektive kön som svarade "Skölja munnen med fluorskölj efter att man har borstat tänderna" avseende frågan "Hur håller man tandköttet friskt?". Detta påvisar barnens okunskap kring de parodontala sjukdomarna gingivit och parodontit. Tidigare studier har också påvisat att optimala munhygienrutiner och beteenden i form av tandborstning och tandtråd, kan leda till att majoriteten av de barnen med friska hälsotillstånd kan få gingivit att återgå till friskt tillstånd (9). Därav är det oerhört viktigt att barn får rätt information och kunskap i tidig ålder för att de ska kunna skapa förståelse för sjukdomsförloppet och vikten av goda munrelaterade beteendemönster.

Frågan "Hur bildas bakteriebeläggningar?" resulterade i att mindre än hälften av samtliga deltagare uppgav rätt svarsalternativ, "Om man inte borstar sina tänder 2 gånger per dag". Däremot bör frågan beaktas med viss försiktighet då kostintag och intagsfrekvens är bidragande faktorer till uppkomst av bakteriebeläggningar. Därav är det ett flertal barn som uppvisar viss kunskap kring frågan då de uppgav svarsalternativet "Om man dricker och äter mycket sötsaker" och "Om man småäter". Däremot är det mekanisk rengöring som är en av de grundliga anledningarna för tillväxten av bakteriebeläggningar (14), vilket var ett betydande område att undersökas i denna studie.

Det var mindre än en tredjedel som visste hur bakteriebeläggningar bildas trots att det var över hälften av samtliga barn som visade kunskaper avseende plack. Det betyder att majoriteten av barnen svarade att plack bildas "Om man dricker och äter mycket sötsaker", "Om man inte använder fluorskölj", "Om man småäter" eller "Vet inte". Resultatet tyder på att barnen uppvisar förståelse till att kostintag har en koppling till bakterietillväxt på tandytan. Däremot uppvisar barnen ingen förståelse till att plackbildning utvecklas av bakterietillväxten som får kvarstå på emaljen till följd av att ingen mekanisk tandborstning utförs 2 gånger dagligen. Barnen trodde istället att kostintag och användning av fluorskölj är bakomliggande orsaker. Vad som kan vara anledningen till att barnen kan ha denna uppfattning kan vara till följd av att de har fått höra detta tidigare, av föräldrar alternativt hos tandvården. Det påvisar att barnen har rätt kunskaper avseende orsaken till kariesuppkomst men felaktigt vad gäller plackbildning på tandytan som är en initierande orsak till gingivit som i sin tur kan orsaka parodontit.

En betydande riskfaktor avseende parodontit är tobak i form av cigarettbruk då studier påvisat att risken är tre gånger större i jämförelse med icke rökare. En amerikansk studie uppvisade att hälften av alla fall av parodontit är relaterade till cigarettbruk. Tobak i form av cigarett och snus har visat sig förbrukas av unga vuxna mellan 16 och 29 år, och en stor andel dagliga rökare uppgav att de började röka innan 18-års åldern (23). Trots detta är kunskaperna gällande tobak och den parodontala sjukdomen parodontit låg hos svenska barn. Vilket även stärks i denna studie då frågorna avseende cigarettbruk resulterade i att fler än hälften av samtliga deltagare inte kopplade rökning med den orala sjukdomen parodontit. Därav är kunskaperna avseende tobakens effekt på den orala hälsan en viktig del för att förhindra framtida orala sjukdomar, såsom parodontit. Likaledes har snusbruk visat sig ha en betydande påverkan på gingivan i form av gingivit, gingivala retraktioner och

missfärgningar. Det var drygt en tredjedel av barnen som såg en koppling mellan snusbruk och parodontit, vilket innebär att det var fler än hälften av samtliga barn som inte såg ett samband. Ett flertal barn trodde istället att snusbruk och karies hade ett samband. Det visade sig däremot vara fler flickor som hade kunskap kring ämnet i jämförelse med pojkar. Även 14-åringarna uppvisade större vetskap. Ett flertal barn trodde att snusbruk orsakade "Hål i tänderna, missfärgningar, dålig andedräkt".

Återigen kan en påtaglig koppling ses där barnen associerar parodontala sjukdomar till karies och dess sjukdomsorsaker. Detta tyder på att tandvårdspersonal nödvändigtvis bör särskilja på hur informering avseende kariessjukdomen och parodontala sjukdomar görs, speciellt i samband med tobaksbruk. Det har påvisats i en studie att med hjälp av utgiven information avseende tobakens effekt på parodontal sjukdom via broschyrer har tobaksbruk i form av rökning kunnat reduceras (26). Med ett sådant positivt resultatet bör tandvården ha som grund för en möjlig framgångsrik åtgärd avseende minskning av tobaksbruk bland unga brukare. Mer resurser på förebyggande åtgärder gällande reduktion av tobaksbruk bland barn kan då på lång sikt påverka förekomsten samt utvecklingen av parodontala sjukdomar hos unga individer i Sverige.

Resultatet i denna studie bör beaktas med en viss försiktighet och bör inte generaliseras. Detta på grund av att brister i form av missvisningar under genomförandet kan ha påverkat studiens resultat, exempelvis missvisande svarsalternativ. Studiens urval kan inte anses som representant för resterande 12- till 14-åringar i Sverige på grund av att endast en skola inkluderades. Studiens omfattning av deltagare bör också tas i beaktande samt att det var en snedfördelning mellan könen och åldersgrupperna. Tidigare studier har påvisat att parodontala sjukdomar såsom sjukdomens första stadium gingivit är förekommande hos barn. Dock är tidigare forskning kring barns kunskaper om parodontala sjukdomar minimal. Av den anledningen är vidare forskning kring ämnet föreslagen för att kartlägga barnens kunskap kring dessa sjukdomar. Därmed kan optimala sjukdomsförebyggande åtgärder framställas och på så sätt uppnå "en god tandhälsa för hela befolkningen" (2).

## Slutsatser

Studiens huvudresultat visade att barnen i åldrarna 12 till 14 år hade en kunskap med en viss variation. Majoriteten av barnen som deltog i studien uppvisade goda kunskaper gällande gingivit, däremot hade färre barns kunskaper kring parodontit. Fler flickor uppvisade kunskaper avseende gingivit och dess sjukdomsförlopp i jämförelse med pojkar. Åldersgruppen 14-åringar påvisade signifikanta skillnader i jämförelse med de yngre barnen på 12 år avseende kunskap kring gingivit och hur det bildas. Fler pojkar uppvisade korrekta kunskaper i jämförelse med flickor kring rökningens



påverkan på munnen. Resultatet i denna studie bör däremot beaktas med försiktighet och inte generaliseras. Eftersom att parodontala sjukdomar förekommer hos barn och kan förebyggas är vidare forskning kring tillvägagångssätt för att höja barns kunskaper om parodontala sjukdomar värdefullt.

## Referenser

- (1) [UNICEF. \*Barnkonventionen: FN:s konvention om barnets rättigheter\*. Stockholm: UNICEF Sverige; 2009](#)
- (2) Tandvårdslagen (SFS 1985:125). Stockholm: Socialdepartementet
- (3) Folk tandvården Västra Götalandsregion. *Hälsoarbete*. Göteborg: Folk tandvården Västra Götalandsregion; 2019 [citerad 2019-04-28] Tillgänglig: <https://folktandvarden.vgregion.se/om-oss/verksamhet-och-organisation/halsoarbete/>
- (4) Oliveira ER, Narendran S & Williamson D. *Oral health knowledge, attitudes and preventive practices of third grade school children*. *Pediatr dent* 2000; 22: 395-400
- (5) Socialstyrelsen. Tandvårdsriktlinjer. *God oral hälsa*. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011 [citerad 2019-04-28] Tillgänglig: <https://www.socialstyrelsen.se/tandvardsriktlinjer/sokiriktlinjerna/godoralhalsa>
- (6) Glick M, Williams DM, Kleinman DV, Vujicic M, Watt RG & Weyant RJ. *A new definition for oral health developed by the FDI World Dental Federation opens the door to a universal definition of oral health*. *JADA*. 2016; 147(12): 915-7
- (7) Socialstyrelsen. Tandvårdsriktlinjer. *Oral sjukdom eller förhöjd sjukdomsrisk där bristande munhygien är en riskfaktor*. Stockholm; Socialstyrelsen: 2011 [citerad 2019-04-29] Tillgänglig: <https://www.socialstyrelsen.se/tandvardsriktlinjer/sokiriktlinjerna/oralsjukdomellerforhojdsjukdom>  
3
- (8) Marsh PD, Moter A & Devine DA. *Dental plaque biofilms: communities, conflict and control*. *Periodontol* 2000. 2011; 55: 16–35
- (9) Matson L & Sjödin B. *Parodontit hos barn och ungdom*. *Tandläkartidningen*. 1998; 90(5): 45-50
- (10) John V, Weddell JA, Shin DE & Jones JE. *McDonald and Avery's Dentistry for the Child and Adolescent*. (uppl. 10). Mosby: Elsevier Inc; 2016. Kapitel 14, Gingivitis and Periodontal Disease; s. 243-73 [citerad 2019-02-25] Tillgänglig: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780323287456000144>
- (11) Langlais RP, Miller CS & Gehrig JS. *Color Atlas of Common Oral Diseases*. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2017 [citerad 2019-02-26] Tillgänglig: <http://banksmillersupply.com/color-atlas-of-common-oral-diseases-us-pdf-allbooks-robert-p-langlais-craig-s-miller.pdf>

- (12) Gehrig JS & Willmann DE, redaktörer. *Foundations of periodontics for the dental hygienist*. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2016 [citerad 2019-02-25] Tillgänglig:  
[https://books.google.se/books?hl=sv&lr=&id=eRCW2u\\_lvZ8C&oi=fnd&pg=PR5&dq=Gehrig+JS+%26+Willmann+DE+Foundations+of+periodontics+for+the+dental+hygienist&ots=kiXJ9LMk\\_&sig=9jmK01SnruYbsylwUXz97jRIZzg&redir\\_esc=y#v=onepage&q=Gehrig%20JS%20%26%20Willmann%20DE%20Foundations%20of%20periodontics%20for%20the%20dental%20hygienist&f=false](https://books.google.se/books?hl=sv&lr=&id=eRCW2u_lvZ8C&oi=fnd&pg=PR5&dq=Gehrig+JS+%26+Willmann+DE+Foundations+of+periodontics+for+the+dental+hygienist&ots=kiXJ9LMk_&sig=9jmK01SnruYbsylwUXz97jRIZzg&redir_esc=y#v=onepage&q=Gehrig%20JS%20%26%20Willmann%20DE%20Foundations%20of%20periodontics%20for%20the%20dental%20hygienist&f=false)
- (13) Highfield, J. *Diagnosis and classification of periodontal disease*. Australian Dent Jour. 2009; 54(1): 11-26
- (14) Van der Weijden GA & Hioe KP. *A systematic review of the effectiveness of self-performed mechanical plaque removal in adults with gingivitis using a manual toothbrush*. Jour of clinic periodontol. 2005; 32(6): 214-28
- (15) The research, science and therapy Committee of the American Academy of Perodontology. *Periodontal diseases of children and Adolescents*. Pediatr Dent. 2008-2009; 30(7): 240-7
- (16) Höglund Åberg, C. *Parodontit hos unga - Virulens och genetisk variabilitethos A. actinomyetemcomitans studeras*. Tandläkartidningen. 2010; 102(11): 74-77 [citerad 2019-05-10] Tillgänglig:  
[http://www.tandlakartidningen.se/media/3400292/h%C3%B6glund%20%C3%A5berg\\_11.pdf](http://www.tandlakartidningen.se/media/3400292/h%C3%B6glund%20%C3%A5berg_11.pdf)
- (17) Science and Therapy Committee of the American Academy of Periodontology. *Treatment of Plaque-induced Gingivitis, Chronic Periodontitis, and Other Clinical Conditions*. J Periodontol. 2001; 72(11): 179-800
- (18) Johannsen A, Susin C & Gustafsson A. *Smoking and inflammation: evidence for a synergistic role in chronic disease*. Periodontol 2000. 2014; 64(1): 111-26
- (19) Montén U, Wennström JL & Ramberg P. *Periodontal conditions in male adolescents using smokeless tobacco (moist snuff)*. Journal Clinical Periodontology. 2006; 33(12): 863-71.
- (20) Rolandsson M, Hellqvist L, Lindqvist L & Hugoson A. *Effects of snuff on the oral health status of adolescent males: a comparative study*. Oral Health and Preventive Dentistry. 2005; 3(2): 77-85.
- (21) Walsh PM & Epstein JB. *The oral effects of smokeless tobacco*. Journal of Canadian Dentistry Association. 2000; 66(1): 22-7.
- (22) Wickholm S, Söder PO, Galanti MR, Söder B & Klinge B. *Periodontal disease in a group Swedish adult snugg and cigarette users*. Acta Odontol Scand. 2004; 62(6): 333-8

- (23) Folkhälsomyndigheten. *Tobaksbruk bland unga vuxna: Varför det är viktigt att arbeta tobaksförebyggande på högskola och universitet*. Stockholm: Folkhälsomyndigheten; 2015. [citerad 2019-04-14] Tillgänglig: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/dba10e9b56a943b7b8c78395506bac7c/tobaksbruk-bland-unga-vuxna.pdf>
- (24) U.S Department of Health and Human Services. *Preventing Tobacco Use Among Youth and Young Adults: A Report of the Surgeon General*. Atlanta, GA: U.S Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 2012.
- (25) Thor S, redaktör. *Skolelevers drogvapor 2017: CAN rapport 170*. Stockholm: CAN, Centralförbundet för Alkohol- och Narkotikaupplysning; 2017 [citerad 2019-04-14] Tillgänglig: <https://www.can.se/contentassets/ecfd5e3001d842ada7bdcfcc941bb15b/skolelevers-drogvapor-2017.pdf>
- (26) Skjöldebrand J & Gahnberg L. *Tobacco preventive measures by dental care staff. An attempt to reduce the use of tobacco among adolescents*. Swed Dent J. 1997; 21 (1-2): 49-54
- (27) Das UM, Vadakkekuttical RJ, Kanakkath H & Shankunni SP. *Dental health awareness, attitude, and dental health-care seeking practices as risk indicators for the prevalence of periodontal disease among 15-17-year-old school children in Kozhikode district, Kerala, India*. Jour of Indian Society of Periodontol. 2017; 21(2): 144-51
- (28) Norderyd O. *Risk for periodontal disease in a Swedish adult population. Cross sectional and longitudinal studies over two decades*. Swed Dent J Suppl. 1998; 132: 1-67
- (29) Wennström JL & Rylander H. *Parodontal hälsa hos 19-åringar i Göteborgs kommun*. Delrapport 1 till Folktandvården Göteborg: Avd. för parodontologi, Odontologiska fakulteten Göteborgs Universitet, Sverige; 2001
- (30) Gustavsson B. *Vad är kunskap? En diskussion om praktisk och teoretisk kunskap*. Sverige; Skolverket: 2002
- (31) Hugoson A, Koch G, Bergendal T, Hallonsten AL, Slotte C, Thorstensson B & Thorstensson H. *Oral health of individuals aged 3-80 years in Jönköping, Sweden in 1973, 1983 and 1993. I. Review of findings on dental care habits and knowledge of oral health*. Swed Dent J. 1995; 19: 225-41
- (32) Hedman E. *The School as an Arena for Oral Health Promotion*. (Diss.). Göteborg: University of Gothenburg; 2012

- (33) Al-Omiri MK, Al-Wahadni AM & Saeed KN. *Oral health attitudes, knowledge and behaviour among school children in North Jordan*. J Dent Educ. 2006; 70(2): 179-87
- (34) Codex. Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning. Stockholm: Vetenskapliga rådet; 2019 [citerad 2019-02-15] Tillgänglig: <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>
- (35) Henricson M, redaktör. *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur; 2012
- (36) Pålsson Lundberg C. *Att fråga om könstillhörighet i formulär och enkäter*. Norrköping: Norrköpings kommun, Ekonomi- och styrningskontoret; 2017
- (37) Regeringen. Kulturdepartementet. *Transpersoner i Sverige - Förslag för stärkt ställning och bättre levnadsvillkor (SOU 2017:92)*. Stockholm: 2018.
- (38) Patel R & Davidson B. *Forskningsmetodikens grunder. Att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. (uppl. 4). Lund: Studentlitteratur; 2011.
- (39) Folktandvården Sörmland. *Borsta tänderna*. Sörmland: Folktandvården Sörmland; 2018 [citerad 2019-05-10] Tillgänglig: <https://www.folktandvardensormland.se/rad--tips/borsta-tanderna/>
- (40) Sud N. Prevalence of dental abrasion and its association with toothbrush frequency among patients attending O.P.D. in Government Dental College and Hospital - A cross sectional study. Indian J Dental Adv. 2015; 7(2): 112-5

# Bilagor

## Bilaga 1: Enkät

**Ålder:** \_\_\_\_\_ år

**Kön:**  Flicka  
 Pojke

*Fyll endast i **ett** alternativ **per** fråga.*

1. Hur viktig är munnen för dig?

- Mycket viktigt
- Ganska viktigt
- Inte särskilt viktigt
- Inte alls viktigt

2. Anser du att du har tillräckligt med kunskap för att hålla munnen frisk?

- Mycket kunskap
- Ganska mycket
- Inte särskilt mycket
- Inte alls mycket

3. Hur ofta ska man borsta tänderna?

- 1 gång om dagen
- 1 gång i veckan
- 2 gånger om dagen
- Mer än 2 gånger om dagen
- Vet inte

4. Om tandköttet blöder, vad är det för fel?

- Man har sovit för lite och fått en inflammation
- Man har ätit för mycket sötsaker och fått en inflammation
- Man har fått hål i tänderna
- Man har slarvat med tandborstningen och fått en inflammation
- Vet inte

5. Vad är plack?

- Hål i tänderna
- Mjuka bakteriebeläggningar
- Inflammation i tänderna
- Missfärgning på tänderna
- Vet inte

6. Vad är en tandköttinflammation?

- Tänder som lossnar från tandköttet
- Missfärgning på tänderna
- Inflammation i tänderna

- Tandköttets reaktion på bakteriebeläggningar
- Inflammation i käkbenet
- Vet inte

7. Vad tror du kan vara tecken på en tandköttinflammation?

- Tänderna är gula och tandköttet blöder
- Tandköttet är rödfärgad, svullet och blöder
- Tänderna är gula och tandköttet är prickigt och svullet
- Tandköttet är ljusfärgad, prickigt och blöder
- Vet inte

8. Vad är en tandlossningssjukdom?

- Inflammation i käkbenet
- Syra på tänderna
- Inflammation i tänderna
- Missfärgning på tänderna
- Vet inte

9. Hur bildas bakteriebeläggningar?

- Om man dricker och äter mycket sötsaker
- Om man inte använder fluorskölj
- Om man småäter
- Om man inte borstar sina tänder 2 gånger per dag
- Vet inte

10. Hur bildas en tandköttinflammation?

- Om man borstar tänderna för hårt och skadar tandköttet
- Om man borstar tänderna fler än 2 gånger per dag
- Om man äter mycket sötsaker varje dag
- Om man inte borstar tänderna och låter bakteriebeläggningar ligga kvar
- Vet inte

11. Hur håller man tandköttet friskt?

- Man sköljer munnen med fluorskölj efter att man har borstat tänderna
- Man tittar på tandköttet minst en gång om dagen
- Man använder tandborste med tandkräm och tandtråd
- Man dricker mycket mjölk för att göra tänderna starka
- Vet inte

12. Vem har lärt dig hur man sköter munnen på rätt sätt?

- Kompisar
- Lärare
- Tandvårdspersonal
- Föräldrar
- Vet inte

13. Hur påverkar rökning munnen?

- Man får hål i tänderna
- Man får vitare tänder

- Man får en tandlossningssjukdom
- Man får tandvärk
- Man tuggar sämre med tänderna
- Vet inte

14. Hur påverkar snusning munnen?

- Hål i tänderna, missfärgningar, dålig andedräkt
- Hål i tänderna, tandvärk och risk för tandköttsinflammation
- Missfärgningar, nerdraget tandkött och risk för tandköttsinflammation
- Tuggar sämre med tänderna, missfärgningar och tandvärk
- Vet inte

**Tack!**



## Bilaga 2: Följebrev

### Följebrev

Hej!

Vi är två tandhygieniststudenter, Vivian och Ilona, som studerar sista terminen på tandhygienistprogrammet på Jönköpings universitet. I samband med den sista terminen av vår utbildning skriver vi nu vår kandidatuppsats, som vi hoppas skulle kunna bidra till en förändring i framtiden!

*Syftet med vår studie är att undersöka kunskapen kring parodontit och dess sjukdomsförlopp hos 12 till 14-åringar i Norrköping.*

Munhälsa är ett begrepp som definierar hälsotillståndet i munhålan. Ett hälsotillstånd kan förekomma i hälsa och ohälsa, friskt och sjukt. De två vanligaste sjukdomarna i munhålan är karies och parodontit. Karies är en av sjukdomarna som det har talats mycket om och som man får lära sig mycket utav i tidig ålder, till skillnad från parodontit. Vi tycker därför att det är mycket viktigt att barn och ungdomar har kunskap kring parodontala sjukdomar samt dess förlopp för att förhindra framtida parodontala sjukdomar.

Undersökning kommer att utföras genom en enkät som innefattar 14 frågor med fasta svarsalternativ. Enkäten uppskattas att ta cirka 15 minuter att besvara. Att delta i vår enkätundersökning är helt frivilligt och kommer att besvaras anonymt. För att delta i vår undersökning krävs att **vårdnadshavare godkänner** elevens deltagande då individer under 15 år är omyndiga. Besvarade enkäter kommer att behandlas konfidentiellt. Elevens deltagande kommer inte erfordra någon känslig information vilket gör att enskilda individer inte kommer att kunna identifieras.

Till detta följebrev skickar vi med ett informationsbrev som är tillskriven till elevernas föräldrar där det finns plats för vårdnadshavares signering. Vid signering godkänner vårdnadshavare elevens medverkande. Samtyckesformuläret skall lämnas in till mentorn inom 1 vecka, senast 1/3. Mentorerna får gärna påminna eleverna om samtyckesformuläret under veckans gång. Vi kommer att vara närvarande vid enkätens genomförande för att besvara eventuella frågor.

Om ni har frågor eller funderingar kring undersökningen så tveka inte på att höra av er till oss!

Agneta Stenebrand  
Handledare  
[agneta.stenebrand@ju.se](mailto:agneta.stenebrand@ju.se)

Ilona Dinler  
Tandhygieniststudent  
[diil1695@student.ju.se](mailto:diil1695@student.ju.se)

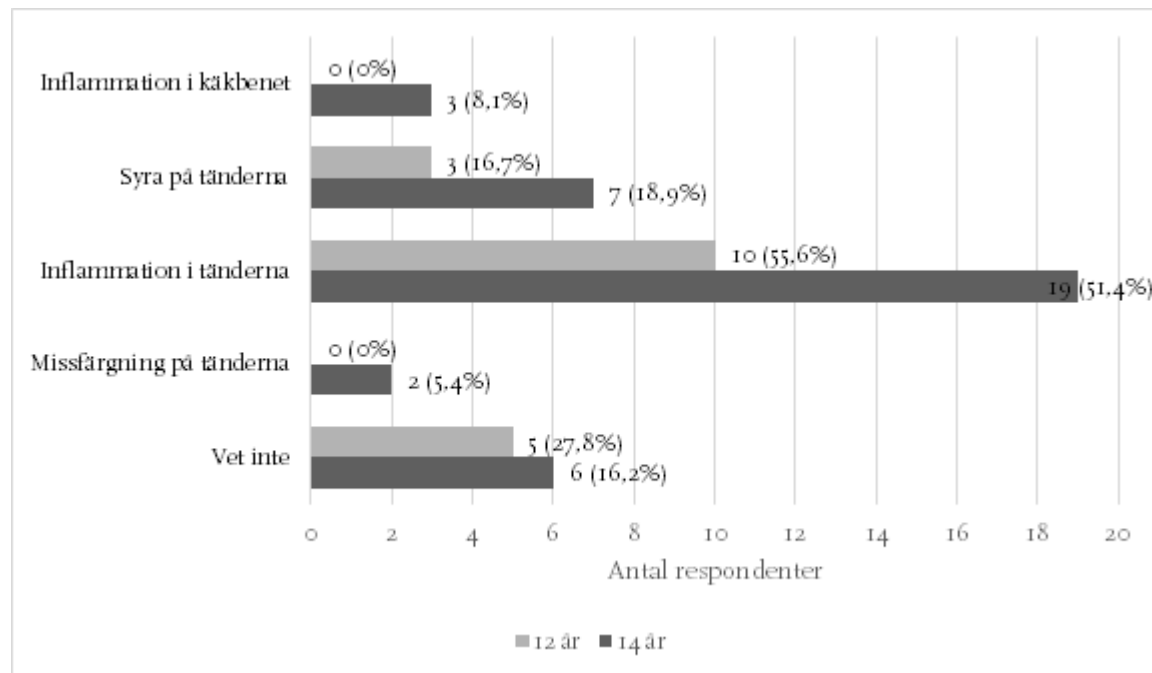
Vivian Nguyen  
Tandhygieniststudent  
[ngvi1596@student.ju.se](mailto:ngvi1596@student.ju.se)



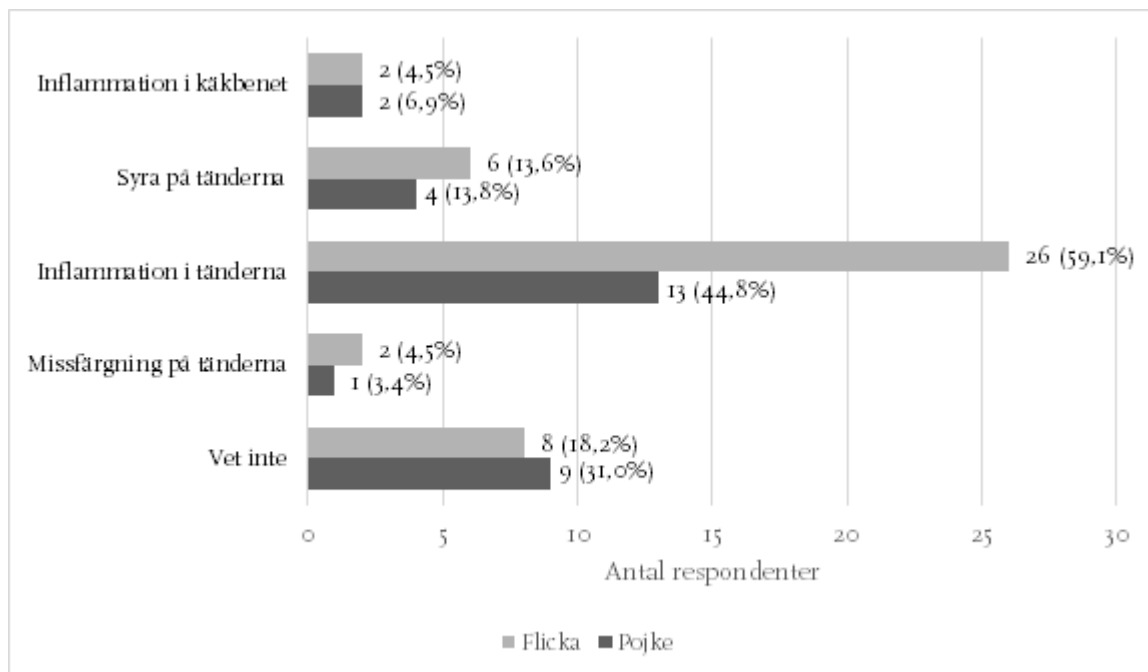
## Bilaga 4: Tabell och Figurer

Tabell 1. Sammanställning av samtliga deltagares svar avseende kunskapsfrågor kring parodontala sjukdomar. Presenterat i antal individer (n) och andel (%). (n= 73)

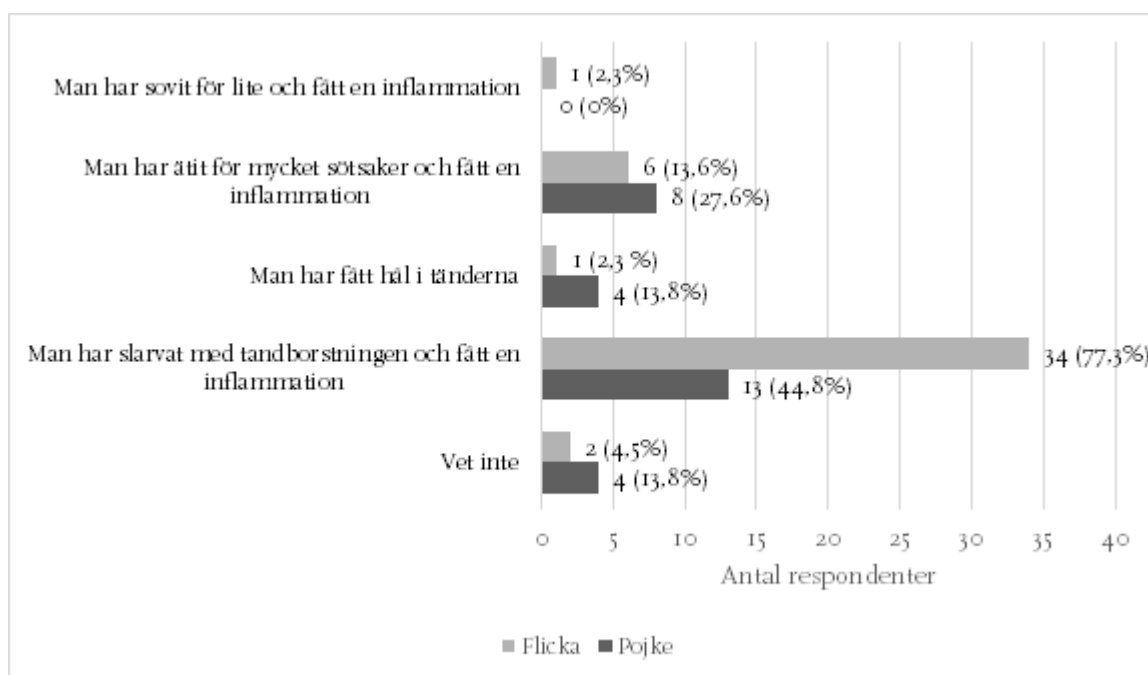
	Rätt svar n (%)	Fel svar n (%)	Vet inte n (%)
Vad är en tandlossningssjukdom?	4 (5,5)	54 (74,0)	15 (20,5)
Vad är en tandköttsinflammation?	49 (67,1)	15 (20,6)	9 (12,3)
Hur bildas en tandköttsinflammation?	42 (57,5)	26 (35,6)	5 (6,9)
Hur håller man tandköttet friskt?	37 (50,7)	32 (43,8)	4 (5,5)
Om tandköttet blöder, vad är det för fel?	47 (64,4)	20 (27,4)	6 (8,2)
Vad tror du kan vara tecken på en tandköttsinflammation?	48 (65,8)	21 (28,8)	4 (5,5)
Vad är plack?	44 (60,3)	14 (19,2)	15 (20,5)
Hur bildas bakteriebeläggningar?	22 (30,1)	42 (57,5)	9 (12,3)
Hur påverkar rökning munnen?	35 (47,9)	26 (35,6)	12 (16,4)
Hur påverkar snusning munnen?	27 (37,0)	41 (56,2)	5 (6,8)



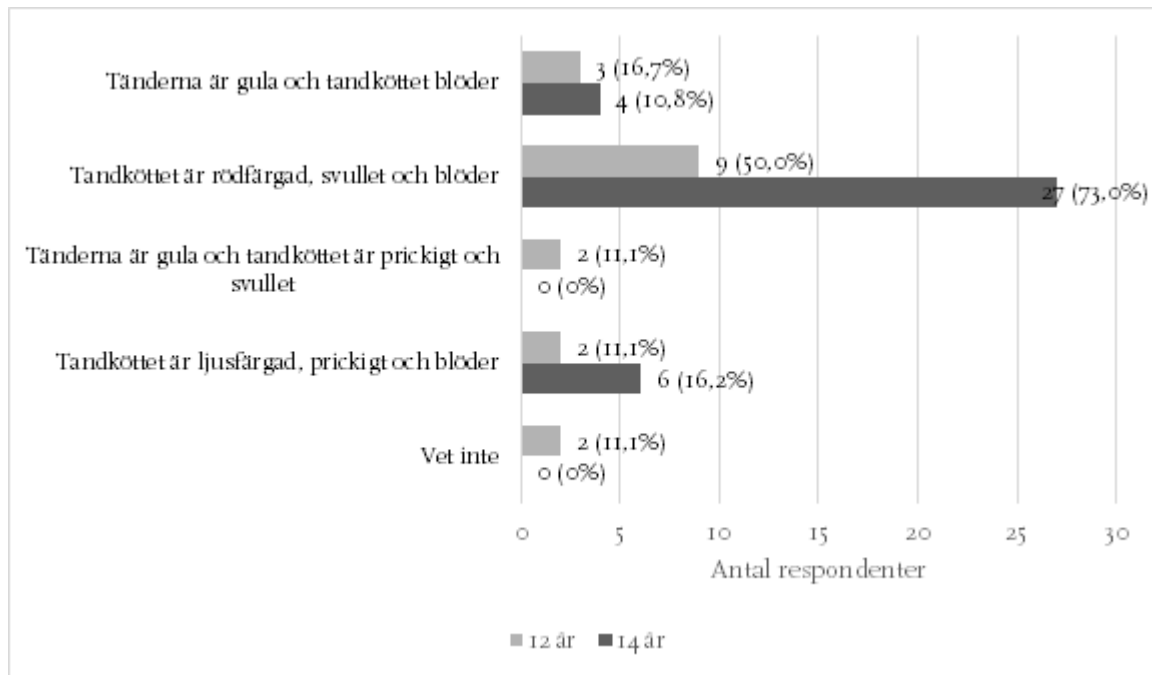
Figur 1. Sammanställning av respektive åldersgrupper presenterat i antal individer (n) och andel (%), på frågan "Vad är en tandlossningssjukdom?" (n=18 12 år) (n=37 14 år)



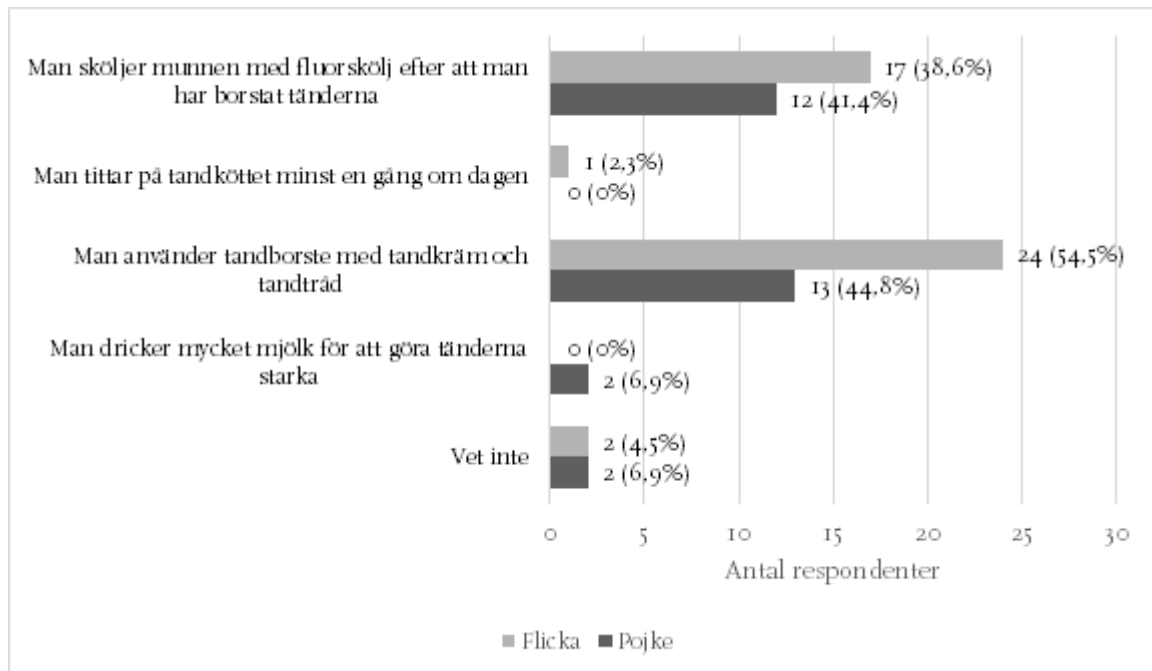
Figur 2. Sammanställning av kön presenterat i antal individer (n) och andel (%), på frågan "Vad är en tandlossningssjukdom?" (n=44 flickor) (n=29 pojkar)



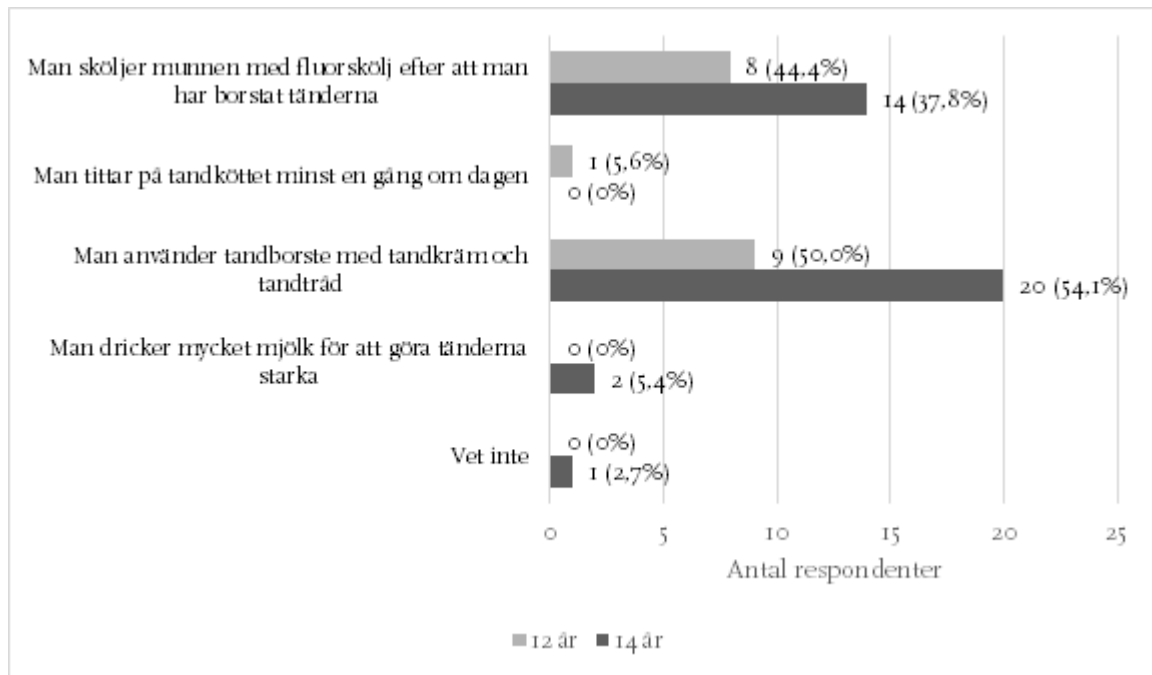
Figur 3. Sammanställning av respektive kön presenterat i antal individer (n) och andel (%), på frågan "Om tandköttet blöder, vad är det för fel?" (n=44 flickor) (n=29 pojkar)



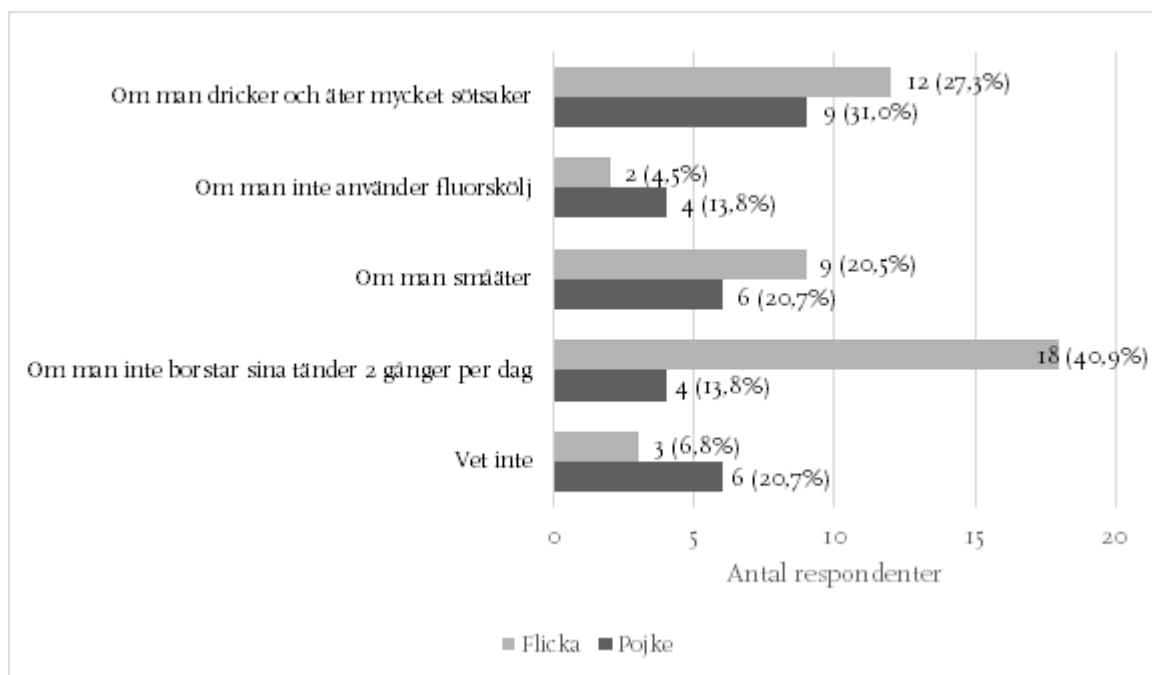
Figur 4. Sammanställning av respektive åldersgrupper presenterat i antal individer (n) och andel (%), på frågan "Vad tror du kan vara tecken på en tandköttinflammation?" (n=18 12 år) (n=37 14 år)



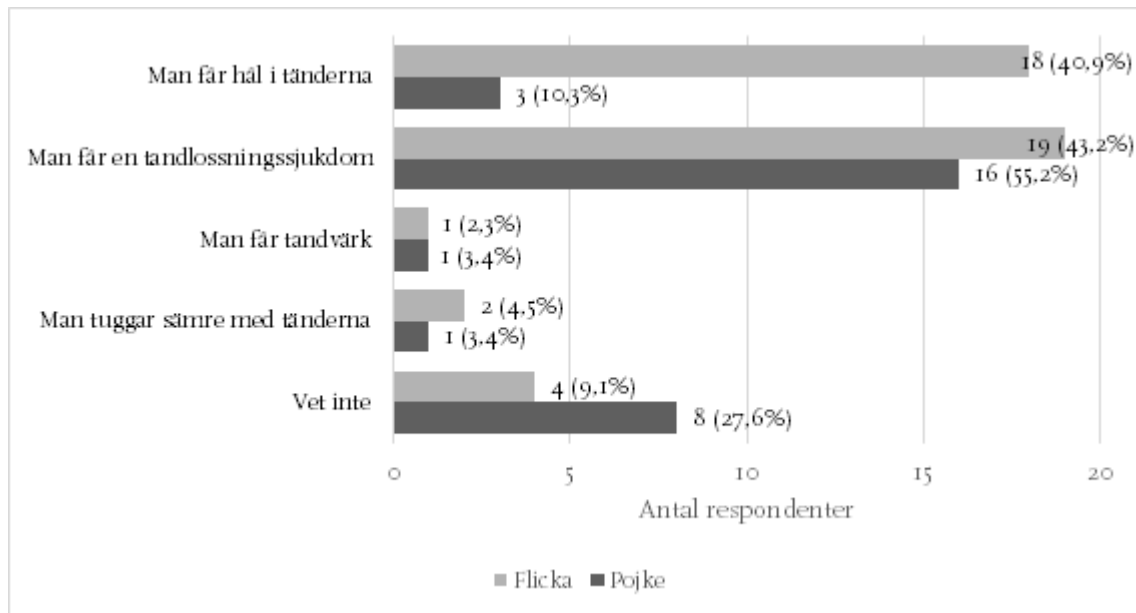
Figur 5. Sammanställning av respektive kön presenterat i antal individer (n) och andel (%), på frågan "Hur håller man tandkötet friskt?" (n=44 flickor) (n=29 pojkar)



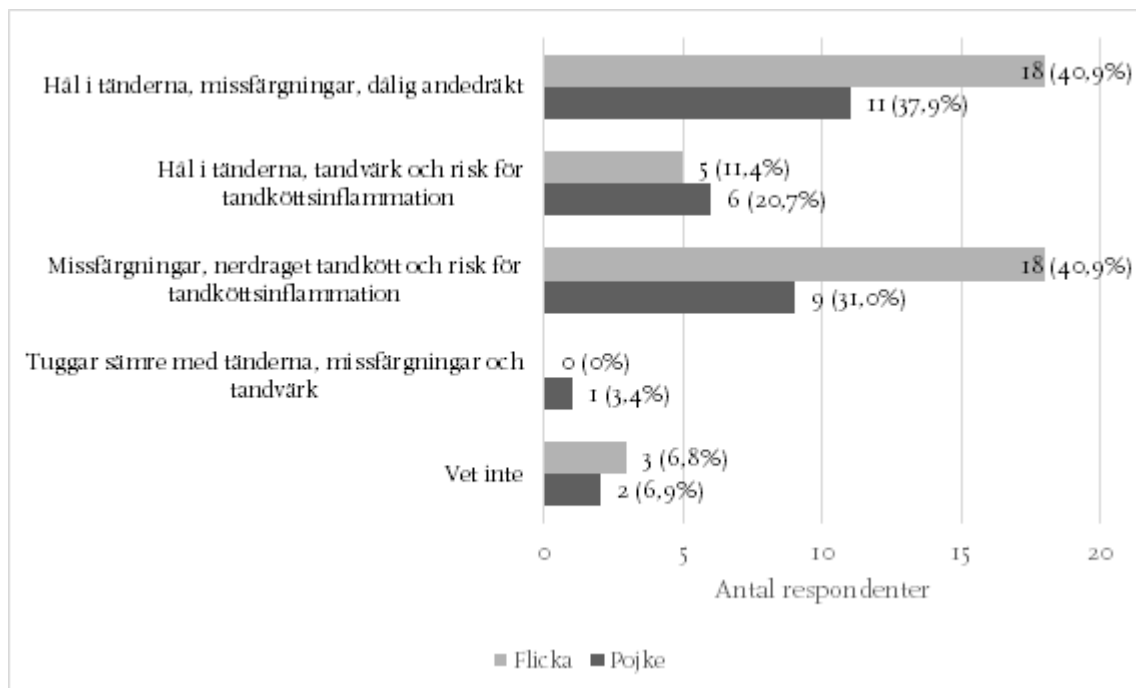
Figur 6. Sammanställning av respektive åldersgrupper presenterat i antal individer (n) och andel (%), på frågan "Hur håller man tandkötet friskt?" (n=18 12 år) (n=37 14 år)



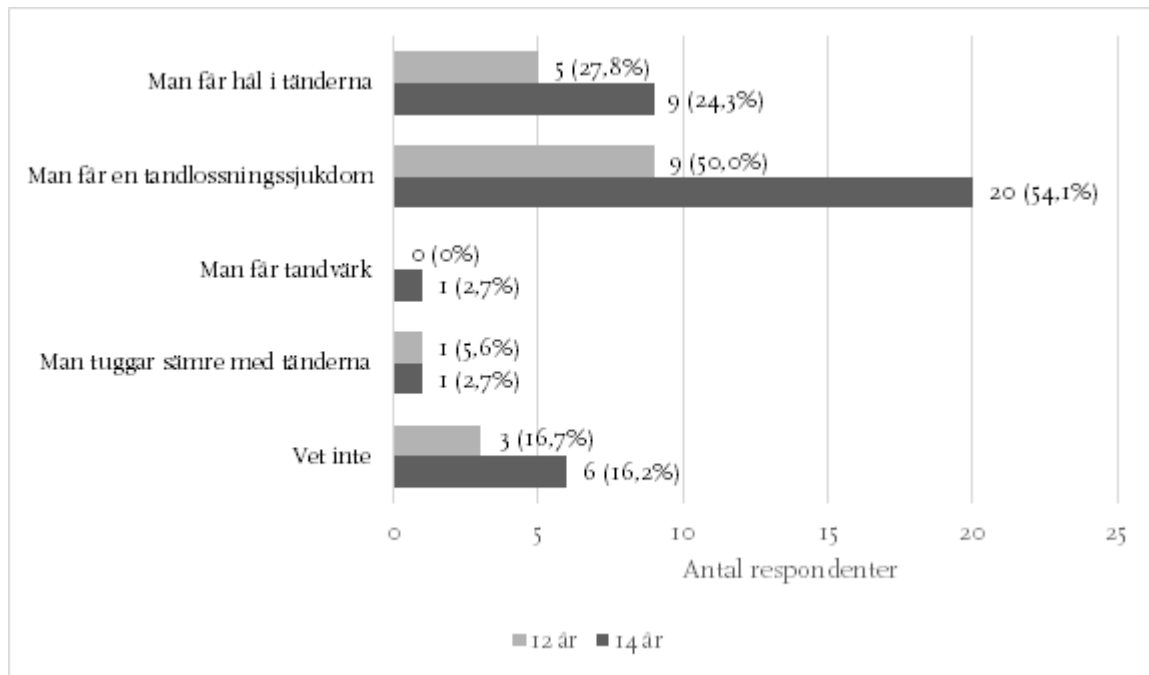
Figur 7. Sammanställning av kön presenterat i antal individer (n) och andel (%), på frågan "Hur bildas bakteriebeläggningar?" (n=44 flickor) (n=29 pojkar)



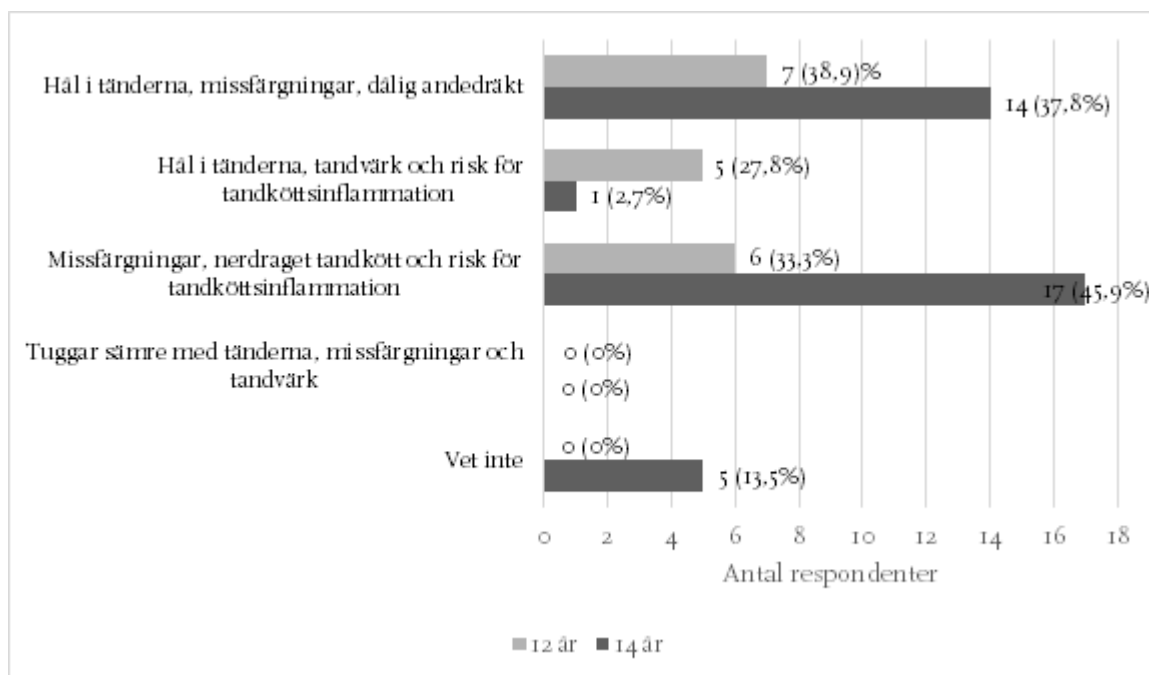
Figur 8. Sammanställning av respektive kön presenterat i antal individer (n) och andel (%), på frågan "Hur påverkar rökning munnen?" (n=44 flickor) (n=29 pojkar)



Figur 9. Sammanställning av respektive kön presenterat i antal individer (n) och andel (%), på frågan "Hur påverkar snusning munnen?" (n=44 flickor) (n=29 pojkar)



Figur 10. Sammanställning av respektive åldersgrupper, presenterat i antal individer (n) och andel (%), på frågan "Hur påverkar rökning munnen?" (n=18 12 år) (n=37 14 år)



Figur 11. Sammanställning av respektive åldersgrupper presenterat i antal individer (n) och andel (%), på frågan "Hur påverkar snusning munnen?" (n=18 12 år) (n=37 14 år)







