



MALMÖ HÖGSKOLA



MUNHÄLSOBETEENDE OCH KONTROLLUPPFATTNING EN LITTERATURSTUDIE MED FOKUS PÅ LOCUS OF CONTROL

GUN-BRITT ÖSTERGÅRD

Handledare: Docent Björn Axtelius

Examensarbete i Oral hälsa (15 hp)
Påbyggnadsår för tandhygienister
Februari, 2011

Malmö högskola
Odontologiska fakulteten
205 06 Malmö

SAMMANFATTNING

Parodontit är en kronisk sjukdom som kräver en hög grad av egeninsats av patienten vilket gör att tandvården kan behöva kunskaper om beteendeförändringar. Hälsobeteende kan påverkas av individens kontrolluppfattning om sin sjukdom. En teori som beskriver människors uppfattning om var de förlägger kontrollen för sin hälsa är Health Locus of Control (LOC). *Syfte:* att undersöka om LOC har någon betydelse för 1) munhälsobeteende, vilket innefattade patientens egenvård och tandvårdsregelbundenhet samt 2) om någon av dessa studier visade att LOC kunde förändras genom en intervention. *Material och Metod:* Litteratursökning gjordes i databasen PubMed där 21 artiklar valdes ut. *Resultat:* De studier som funnit ett samband mellan LOC och munhälsobeteende är få till antalet och är utförda på deltagare med olika bakgrundsfaktorer och med olika skalor och dimensioner, vilket försvårar en jämförelse. I den mån man funnit samband med LOC och munhälsobeteende har "chance" LOC och "betydelsefulla andra" LOC haft samband med en sämre egenvård och "intern" LOC haft samband med en bättre egenvård och högre frekvens av tandvårdsbesök. Ingen studie har kunnat påvisa att LOC kan förändras genom ett interventionsprogram. *Diskussion:* Att endast mäta en kontrollkomponent, som exempelvis LOC, verkar inte ge tillräcklig information, men kontrollbegreppet som helhet kan vara av betydelse när man vill undersöka munhälsobeteende. Det kan också vara värt att undersöka om individer med olika LOC bör få egenvårdsråd framfört på olika sätt. Förslagsvis bör man undersöka om man ska skilja på "allmän" LOC och "tandhälso" LOC beroende på om man ska mäta biologi (parodontit) respektive beteende (egenvård).

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

BAKGRUND	3
PARODONTIT OCH PLACKKONTROLL.....	3
BEHANDLINGSSITUATIONEN – MED HELHETSPERSPEKTIV PÅ MÄNNISKAN BAKOM SJUKDOMEN ...	3
BEHOV AV HÄLSOTEORETISKA KUNSKAPER.....	4
KONTROLLUPPFATTNING I RELATION TILL HÄLSA OCH HÄLSOBETEENDE	4
LOCUS OF CONTROL	6
<i>Locus of Control i förhållande till hälsa och hälsobeteende</i>	6
<i>Uppfattning om sjukdomsorsak</i>	7
<i>Personlig kontrollkänsla som prediktionsvärde för rehabilitering</i>	7
<i>Förändring av Locus of Control i en behandlingsintervention</i>	7
FRÅGESTÄLLNING.....	7
SYFTE	8
MATERIAL OCH METOD	8
RESULTAT	9
HÄLSOPSYKOLOGISKA TEORIER.....	9
<i>Locus of Control</i>	9
<i>Sense of Coherence</i>	12
<i>Hälsövertygelse</i>	12
<i>Personlighetsfaktorer</i>	15
<i>Psykosocioekonomiska faktorer</i>	16
DISKUSSION	17
KONTROLLUPPFATTNINGENS BETYDELSE FÖR EGENVÅRD, TANDVÅRDSREGELBUNDENHET OCH	
INTERVENTION	17
<i>Locus of Control och egenvård</i>	17
<i>Locus of Control och tandvårdsregelbundenhet</i>	18
<i>Locus of Control och intervention</i>	19
<i>Sense of Coherence och egenvård</i>	20
<i>Sense of Coherence och tandvårdsregelbundenhet</i>	20
<i>Sense of Coherence och intervention</i>	20
<i>Hälsövertygelse och egenvård</i>	20
<i>Reflektioner kring Locus of Control och hälsövertygelse</i>	21
<i>Hälsövertygelse och faktorer som påverkar tandvårdsregelbundenhet</i>	21
<i>Hälsövertygelse och intervention</i>	22
<i>Personlighetsfaktorer och egenvård</i>	22
<i>Personlighetsfaktorer och samband med Locus of Control och munhälsa</i>	23
<i>Personlighetsfaktorer och tandvårdsregelbundenhet</i>	23
<i>Personlighetsfaktorer och intervention</i>	23
<i>Psykosocioekonomiska faktorer och egenvård</i>	23
ANDRA ASPEKTER PÅ MUNHÄLSOBETEENDE.....	24
KONKLUSION	24
REFERENSER	26
BILAGOR	30

BAKGRUND

I sin yrkesutövning som tandhygienist kan man uppleva en glädje över goda behandlingsresultat, men ibland också en lätt frustration över brist på åtgärder att ta till i behandlingen av parodontit. Patientens egenvård i form av munhygien kan vara ganska krävande, och en del lyckas också förhållandevis bra. Men hos andra når man inte fram med sitt budskap. Några verkar trygga och nöjda med att bara få komma på stödbehandlingar. Och ytterligare andra verkar inte vilja lyssna eller ta till sig budskapet. Visserligen kan upprepad information öka följsamheten till givna råd, men många är välinformerade sedan tidigare och vet också precis vad som förväntas av deras egeninsats. Det är inte det som saknas. Människor verkar reagera olika. Bakom detta arbete ligger ett sökande efter något hos patienten som är personligt och som är förändringsbart. Något som gör att man förstår patienten bättre och som kanske kan förändras genom en dialog eller samtal med patienten eller genom annan intervention.

Parodontit och plackkontroll

Kronisk parodontit förekommer hos upp till 40 procent av den vuxna befolkningen och 7 - 20 procent beräknas ha en allvarlig grad av parodontit (SBU, 2004). Kroniska sjukdomar uppstår som ett resultat av ett komplicerat samspel mellan en eller flera faktorer på olika nivåer, dvs. på biologisk-, individ-, omvärlds- och vårdorganisatorisk nivå (Lalonde, 1981). Ur biologisk synpunkt kan vissa orsakskedjor anses säkerställda. Parodontit föregås t.ex. alltid av gingivit (SBU, 2004). Bakteriellt plack spelar i sin tur en väsentlig roll för uppkomsten av gingivit (Löe, Theilade & Jensen, 1965). Inflammationen är reversibel när infektionsbelastningen minskar och kan upphöra med hjälp av en bra munhygien (Löe et al., 1965). Därför har det preventiva arbetet vid parodontit och gingivit gått ut på att hålla en god plackkontroll och att ge patienten stöd- och behandlingar (SBU, 2004). Ett stöd för denna teori har visats i en serie studier av Axelsson, Nyström och Lindhe (2004) där patienter följdes över en tidsperiod på 30 år mellan 1972 och 2002. Dessa patienter fick ett krävande behandlingsprogram över lång tid med stödbehandlingar anpassade efter ett individuellt intervall bestående av professionell tandrengöring och behovsrelaterad munhygienutbildning med feedback på sina insatser. Antalet parodontalt friska tandtytor i åldersgruppen 51-65 år ökade från 10 procent till 90 procent, och antalet ytor i behov av en förbättrad egeninsats sjönk från 40 till fem procent under perioden. Ett flertal studier har dock, enligt Wilson (2000), visat att patienters följsamhet till att följa givna råd (compliance) om tandborstning är högst 50 procent, och för approximal rengöring är följsamheten ännu lägre. SBU (2004) skriver att visserligen kan upprepad utbildning öka patienters kunskaper, men det är inte bevisat att ökad kunskap leder till reduktion av gingivit. I sin slutsats för prevention av gingivit efterlyser SBU fler studier och kunskaper kring just följsamhet och beteendeförändringar.

Behandlingssituationen – med helhetsperspektiv på människan bakom sjukdomen

I behandlingssituationen uppstår ett möte mellan två världar. Ottosson et al. (1999) skriver att dels har vi patienten med sitt personliga perspektiv på hälsa och sjukdom och som är en unik individ med sin personliga och sociala livssituation,

dels har vi vårdgivaren med sitt medicinska perspektiv som har som mål att fastställa en diagnos på sjukdom, genomföra en behandling samt hitta orsakerna till sjukdomen. Författarna menar att för att tillgodose patientens behov behöver hälso- och sjukvården både det naturvetenskapliga synsättet såväl som läkekonstens. Läkekonsten finns i humanvetenskaperna (Ottosson et al.), och är kvalitativ, subjektiv, kontextbunden och inriktar sig på att förstå individen och är därför svår att mäta till skillnad från naturvetenskapen som är kvantitativ, objektiv, icke-kontextbunden, opersonlig och mätbar (Stolt, 1998). Tillsammans kompletterar dessa begrepp varandra och bildar en helhet (Stolt), och vi får därmed en samverkan mellan natur- och humanvetenskaperna. Axtelius och Fridell (2001) föreslår att den parodontala inflammationen ska ses i perspektivet av ett holistiskt synsätt och behandlas därefter, dvs. insatser bör göras även på psykologisk individnivå, utöver de biologiska insatserna. Detta bör ske i en interaktiv diskussion med patienten där bland annat patientens uppfattningar och beteenden berörs. Vid kroniska sjukdomar kan det vara av speciellt värde att patienten får mer talutrymme för att vårdgivaren inte ska gå miste om patientens synsätt på sina problem (Ottosson et al., 1999). Detta samtal kan ha två utgångspunkter som alterneras. Det kan dels utgå från sjukvårdens kunskap, och det kan dels innehålla en del där patientens upplevelser, tankar och föreställningar och känslor är i centrum (d'Elia, 2004). Det sistnämnda gör att vi bättre kan bemöta patientens tankar och föreställningar vilka kan vara en del av orsaken till att patientens besvär vidmakthålles (d'Elia).

Behov av hälsoteoretiska kunskaper

Inom hälsopsykologin studerar man orsaker till hälsa och ohälsa hos människor. Man har "lånat" kunskapsområden från bland annat psykologi, biologi, medicin och sociologi (Andersson, 2002) och försökt skapa teoretiska modeller som bland annat förklarar varför människor ägnar sig åt beteenden som påverkar vår hälsa (Rydén & Stenström, 2008). Trots kunskaper om hur vi ska leva för att behålla hälsan är det ju inte alltid vi människor följer hälsosamma råd. I en review (Renz, Ide, Newton, Robinson & Smith, 2008) jämfördes studier som använder psykologiska modeller och teorier som bas för interventionsprogram för att förbättra patienters följsamhet vid parodontal behandling. Endast ett fåtal studier hittades, men resultatet av interventionerna visade på förbättringar jämfört med kontrollgrupperna. Författarna anser dock att det behövs fler studier och studier av bättre kvalitet. Framförallt socialkognitiva modeller skulle kunna vara användbara, menar författarna. Dessa har använts för att förklara och förutsäga beteendeförändringar, och kan också användas som bas när man designar interventionsprogram (Renz et al.). En sådan modell bland flera andra är The Health Locus of Control (Renz).

Kontrolluppfattning i relation till hälsa och hälsobeteende

Kontroll är ett begrepp som ingår i flera hälsoteoretiska modeller, även om det används på olika sätt i modellerna (Andersson, 2002). Exempel på modeller med anknytning till kontrollbegreppet är self-efficacy (självförmåga), Sense of Coherence (känsla av sammanhang) och Locus of Control (kontrollokus) (Andersson). Den sistnämnda beskriver var vi förlägger kontrollen för olika händelser och beskrivs mer utförligt nedan. Self-efficacy bygger dels på att individens förlitar sig på kontrollen över situationer, eller sin förmåga att kunna agera på ett förväntat sätt, dels på att agerandet kommer att leda till förväntat resultat (Andersson). Begreppet har visat sig ha betydelse för att förutsäga beteendeförändringar och kan även påverka självkänslan positivt (Andersson).

Sense of Coherence (SOC) bygger på tre komponenter, nämligen begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet (Andersson) där hanterbarhet är den komponent som har samband med kontrollbegreppet (Rydén & Stenström, 2008). Det som avgör en persons SOC är dels vilka motståndsbrister (stressorer), dels vilka motståndsresurser individen har (Andersson, 2009), varav coping är en av flera andra faktorer som verkar hälsobefrämjande genom att den hjälper individen till en större stresstolerans (Rydén & Stenström, 2008). Bemästrandet av stressorer medverkar till en förflyttning på skalan från ohälsa till hälsa och är därmed salutogena (Antonovsky 1987). Begreppet används inom vårdforskningen för att mäta människors "känsla av sammanhang" då den med sitt salutogena perspektiv kan medverka till att stärka individens resurser till hälsa och välbefinnande (Rydén & Stenström, 2008).

Kontroll, och en känsla av kontroll, kan ha en positiv inverkan på vår hälsa och livskvalitet. En känsla av kontroll har en funktion genom att den inte bara tar bort upplevelsen av stress utan även reducerar de biokemiska stressreaktionerna i kroppen (Taylor, 2009). Känslan av kontroll och en tilltro till sin egen förmåga (self-efficacy) kan, med hänsyn till en sjukdom, innebära en bättre anpassning till sjukdomen (Taylor). Att förlora kontrollen kan däremot påverka vår hälsa och mentala sinnesstämning negativt. En intervjustudie av Persson, Ohlin och Östman (2009) på psykiskt sjuka, vilka bland annat hade problem med muntorrhet, visade att respondenterna upplevde en känsla av modfällighet, brist på självförtroende och osäkerhet på sin egen förmåga när de trots sina ansträngningar med egenvården av tänderna ändå inte lyckades få kontroll över kariessituationen. En del valde att lägga över ansvaret för tandhälsan på tandvårdspersonalen. Att förlora kontrollen kan påverka vår stressmobilisering på så sätt att vi inte längre kämpar för att upprätthålla den, menar Theorell (2003). Theorell resonerar att vi möjligtvis reagerar så för att spara på energi och göra kroppen passiv, vilket kan förklara de högre ohälsotalen hos individer i lägre socialgrupper. Rydén och Stenström (2008) skriver att "inlärld hjälplöshet" är ett begrepp som innebär att om man tappat kontrollen inom ett område i livet som man kämpat för att upprätthålla, så kan man förlora motivationen att utöva kontroll över andra områden. Detta kan leda till depressioner och få negativa konsekvenser för vår förmåga att hantera sjukdomar.

Det finns ett flertal olika copingstrategier som vi använder oss av på olika sätt för att anpassa oss till olika livssituationer och påfrestningar (Rydén & Stenström, 2008). Probleminriktad copingstrategi (exempelvis informationssökning eller att kognitivt ändra uppfattning om situationen) används troligtvis när man upplever att situationen är kontrollerbar och går att påverka (Rydén & Stenström, 2008). Medan emotionell coping (exempelvis förnekelse eller att förminska situationens betydelse) oftare används när situationen ligger utanför individens personliga kontroll. Att använda en undvikande strategi kan förvärra en kronisk sjukdom eftersom det kan innebära att man inte följer behandlingsprogrammet eller anpassar sig till sjukdomen i sitt dagliga liv (Taylor, 2009). Men i en akut situation kan en förnekande strategi fungera stressdämpande, och därmed vara gynnsamt på kort sikt (Rydén & Stenström, 2008). Kroniska sjukdomar har ofta flera olika typer av problem och därför kan en flexibel copingstil vara att föredra framför en enda typ av copingstil som är alltför dominerande (Taylor, 2009). Wimmer och Bratschko (2006) har vid en genomgång av studier funnit att inadekvata copingstrategier, som passiv coping och defensiv coping (bl.a. att lägga skulden på externa faktorer), är mer uttalad vid avancerad parodontit.

Därför föreslår författarna att tandvården noterar och bedömer patientens copingstrategi eftersom den kan ha en påverkan på patientens parodontala riskbeteende. Några faktorer som kan främja en effektiv coping är att känna tillit till andra (Barefoot et al, 1998, i Taylor, 2009, s.179) samt att ha en känsla av sammanhang i sitt liv (Jorgensen, Frankowski & Carey, 1999, i Taylor, 2009, s. 179).

Vår känsla av kontroll kan sammanfattningsvis sägas ha betydelse för vår hälsa, kroppsliga reaktioner och hälsobeteende.

Locus of Control

Locus of Control (LOC) är ett begrepp som skapats av Rotter och som beskriver var man förlägger kontrollen för exempelvis sin hälsa (Rydén & Stenström, 2008). Det är en enkel modell, vilket innebär att den försöker förklara beteendet utifrån en enstaka faktor (Andersson, 2009) till skillnad från sammansatta modeller som har flera faktorer beskrivna. Locus är latin och betyder plats. LOC beskriver *var* vi förlägger kontrollen till olika problem, till skillnad från coping, som beskriver *hur* vi försöker bemästra eller kontrollera olika problem och situationer (Theorell, 2003). Vi har en "intern" LOC (ILOC) om vi menar att det är vi själva och våra egna handlingar som har en inverkan på vår hälsa och vi har en "extern" LOC om vi uppfattar att detta inflytande kommer utifrån (Rydén & Stenström, 2008). Den externa kontrolluppfattningen kan delas in i två kategorier. Den ena externa kontrolluppfattningen innefattar ödet, tur eller otur, det som betecknas som "chance" LOC (CLOC). Den andra innefattar betydelsefulla personer i ens omgivning, exempelvis sjukvårdspersonal eller någon närstående och betecknas som "betydelsefulla andra"/"powerful others" LOC (PLOC).

Var vi placerar vårt kontroll-lokus kan variera från person till person, men också mellan olika tillfällen (Theorell, 2003). Den största skillnaden mellan var vi placerar vår kontrollförväntan anses mestadels bero på vilka livserfarenheter vi har gjort som vuxna, och mindre av biologiskt arv eller barndomserfarenheter (Theorell). Rotter (enligt Rydén & Stenström, 2008) menade att om individen upplever att det var det egna agerandet som orsakade en framgång så kan det gynna en intern kontrolluppfattning. Det avgörande för var man placerar sitt kontroll-lokus är huruvida man uppfattar det som att man själv kunde påverka resultatet med sitt handlande, oavsett om det blev positivt eller negativt.

Locus of Control i förhållande till hälsa och hälsobeteende

Vissa studier har använt sig av ett mer specifikt instrument för att återge uppfattningen om hälsa, Health Locus of Control, till skillnad mot LOC som mer speglar allmänna kontrolluppfattningar (Rydén & Stenström, 2008). De individer som anser att deras hälsa ligger under deras egen personliga kontroll har sannolikt ett bättre hälsobeteende jämfört med dem som anser att deras hälsa beror på tillfälligheter eller slumpen (Taylor, 2009). Andersson (2002) menar att studier har visat att patienter med "intern" LOC försöker lösa problemen, till skillnad från de med "extern" LOC som kan reagera undvikande eller emotionellt. Det finns dock en risk att den positiva kontrollkänslan leder till att man inte uppfattar eller vidtar åtgärder när det uppstår en risk för ens hälsa (Andersson). Personer med inlärd hjälplöshet, som är analogt med "extern" LOC, är inte så benägna att engagera sig i nya effektiva beteenden till skillnad från de med "intern" LOC (Wallston, 2001).

Uppfattning om sjukdomsorsak

Taylor (2009) skriver att det är utbredd med självanklagelser för orsaken till kroniska sjukdomar, men att det inte finns några entydiga forskningsresultat som tyder på om det är bra eller dåligt med självanklagelse vid kronisk sjukdom. Det finns resultat som både tyder på att det kan leda till skuld känslor och depression, medan andra resultat har visat att det kan leda till en ökad anpassning till sjukdomen. Det tycks vara så att känslan av det egna ansvaret ger individen möjlighet att själv kunna utöva kontroll över sin sjukdom (Taylor). Däremot tycks forskningen, enligt samma författare, entydigt visa att när människor skuldbelägger *andra personer* för sin sjukdom så kan det försvåra anpassningen till sjukdom.

Personlig kontrollkänsla som prediktionsvärde för rehabilitering

Upplevelsen av att ha kontrollkänsla över en sjukdom, grad av tilltro till sin egen förmåga, samt om vi tillskriver sjukdomsorsaken yttre eller inre faktorer, kan alltså påverka hur vi anpassar oss till sjukdom, samt i vilken grad återhämtning sker. Taylor (2009, s. 281) menar, med stöd av Bar-On (1986,1987), att det är möjligt att individens uppfattningar om denna typ av faktorer kan ha större prediktivt värde för att kunna förutsäga en lyckad rehabilitering jämfört med den traditionella vårdens fysiska mätinstrument.

Förändring av Locus of Control i en behandlingsintervention

Theorell (2003) menar att en passivisering kan ske vid en kronisk sjukdom där man inledningsvis kan vara beroende av vårdgivare och därför upplever att kontrollen för sjukdomen ligger utanför en själv (extern LOC). En bra rehabilitering går alltså ut på att få patienten att uppleva att kontrollen ligger hos denne själv (intern LOC). Lockner (1994) fann i en arbetsterapeutisk intervention för långtidssjukskrivna att resultatet för interventionen var motstridigt angående förändring av LOC. Underlaget var litet, men författarens tankar är att det kan vara betydelsefullt att välja typ av intervention utifrån LOC. Externt orienterade personer upplevdes i undersökningen som mer mottagliga för yttre påverkan och kan därför förslagsvis vara de som passar bäst i en grupp. Personer med intern orientering upplevdes som svårare att påverka. De initierade själva oftare olika behandlingar, även om resultatet inte alltid blev det önskvärda. Författaren föreslår att internt orienterade personer bör få individuell behandling.

Frågeställning

Mot bakgrund av att parodontit är en kronisk sjukdom som kräver en långvarig behandlingsinsats och en hög grad av egeninsats av patienten för att ett gott behandlingsresultat ska uppnås och bibehållas, och att kunskapsförmedling inte alltid är tillräckligt för att denna förändring ska ske, behöver tandvården bättre kunskaper om bland annat patienters föreställningar och tankar kring sin sjukdom, och hur dessa påverkar hälsobeteendet. Människors kontrolluppfattning kring sin sjukdom verkar kunna påverka både hälsa och hälsobeteende. Locus of Control är en teori som beskriver människors uppfattning om var de förlägger kontrollen för händelser. Detta leder till frågeställningen om det finns studier som funnit något samband mellan patienters egenvård av tänderna, och därmed indirekt det parodontala sjukdomsförloppet, och Health Locus of Control. Och till följdfrågan om Health Locus of Control kan förändras genom en intervention eller på annat sätt genom vårt möte med patienten.

SYFTE

Syftet var i första hand att 1) undersöka om Health Locus of Control har någon betydelse för munhälsobeteende (dental health behavior), och 2) undersöka om någon av de utvalda studierna visade om Health Locus of control kunde förändras med något interventionsprogram. Med munhälsobeteende avses i detta fall a) patientens egenvård av sin munhälsa samt b) regelbundenhet av besök inom tandvården (dental attendance). Syftet var också att undersöka kontrolluppfattningens betydelse för munhälsobeteende och intervention genom att diskutera resultatet i relation till andra teorier och modeller som påträffades i samma sökning.

MATERIAL OCH METOD

Litteratursökning gjordes i databasen PubMed med sökorden: "health locus of control" AND "dental health behavior" med sökdatum den 3 mars 2010. Detta gav 108 träffar. Av dessa valdes 22 artiklar ut som efter bedömd relevans i titel och undertexter verkade ha samband med munhälsobeteende. Avgränsningen gjordes dels språkligt då artiklarna skulle vara skrivna på engelska, svenska eller danska. Ålderskriteriet för deltagare i studier bestämdes från ungdomar till obegränsad ålder på vuxna. Vidare exkluderades studier speciellt utförda på endast rökare eller på personer med tandvårdsrädsla därför att det kan finnas fler faktorer inblandade som komplicerar en jämförelse och syftet var inte att jämföra kontrolluppfattning i dessa grupper med andra grupper. Artiklar publicerade före 1997 exkluderades också för att uppskattningsvis slutligen hamna på högst ca 20 artiklar, vilket bedömdes vara en lagom storleksordning för studien. Artiklar accepterades som använde munhälsa som ett mått på egenvård samt artiklar som använde andra hälsoteoretiska begrepp eller faktorer som kan ha samband med kontrolluppfattningar. Efter genomläsning av abstracts valdes en artikel bort som visade sig handla om små barns behov av tandhälsofrämjande insatser och det återstod då 21 artiklar.

RESULTAT

Resultatet av artikelsökningen har delats in i hälsopsykologiska teorier som direkt eller indirekt kan ha betydelse för munhälsobeteende, med antingen en positiv eller negativ inverkan. Fokus ligger på de psykologiska faktorerna vid genomsökningen av artiklarna. En kort textsammanställning av de olika artiklarna finns under respektive prognostiskt tecken nedan. Uppdelningen av artiklarna finns också sammanställda i Tabell 1 "Hälsopsykologiska teorier" som finns som bilaga. En del begrepp som förekommer har fått behålla sina engelska namn.

Hälsopsykologiska teorier

De hälsopsykologiska teorier som de olika studierna berört har i detta arbete delats in i följande kategorier: Locus of Control, Sense of Coherence, hälsoövertygelse (health belief), personlighetsfaktorer och psykosocioekonomi. De olika kategorierna innehåller följande:

1. Locus of Control – innehåller olika mätinstrument av begreppet Locus of Control.
2. Sense of Coherence – innehåller begreppet Sense of Coherence.
3. Hälsoövertygelse – innehåller begrepp som beskriver patientens hälsoövertygelse eller syn på sin egen insats.
4. Personlighetsfaktorer – innehåller begrepp som är mer stabila till sin karaktär, som exempelvis personliga karaktärsdrag och självkänsla.
5. Psykosocioekonomiska faktorer – innehåller faktorer som påverkar hälsan via samspelet mellan psykiska, sociala och ekonomiska förhållanden.

Locus of Control

Acharya och Sangam (2008) undersökte förhållandet mellan Oral Health Related Quality of Life och Health Locus of Control. Man fann en statistiskt signifikant positiv korrelation mellan "chance" LOC (CLOC) och munhälsorelaterad livskvalitet (d.v.s. ökade problem med munhälsa). Författarna konkluderar att det är möjligt att de med "extern" LOC är mindre benägna att ta hand om sin munhälsa eftersom de känner att problemen antingen är oundvikliga, eller orsakade av otur, och inte en orsakade av deras egen försummelse. Detta kan leda till en sämre munhälsorelaterad livskvalitet.

Bajwa (2007) undersökte förändringar i "health control beliefs" och påverkan på munhälsa hos patienter som genomgick parodontalbehandling på en tandvårdsskola. Man gjorde en uppföljning 6 månader efter instruktion och behandling. Medelvärde för LOC förändrades mycket litet och man såg ingen statistiskt signifikant skillnad när man jämförde data vid båda tillfällena. "Intern" LOC (ILOC) och CLOC hade samma värde som befolkningsmedelvärdet. "Betydelsefulla andra" LOC (PLOC) låg lägre än befolkningsmedelvärdet. Författarna diskuterar om det möjligen kan reflektera den allmänna synen att parodontala sjukdomar till stor del är kontrollerbara med en god munhygien.

Borkowska et al (1998) undersökte förhållandet mellan "tandhälsoövertygelser" (tre aspekter av LOC, hälsa som värde, och "adherence intention"), "psykologisk sinnesstämning" och munhygienbeteende hos individer med obehandlad

parodontal sjukdom vid två olika tillfällen. Man använde kliniska variabler som ett mått på följsamhet (plackförekomst, blödning och fickdjup). Efter instruktion i tandborst- och tandtrådsteknik gjordes en ny mätning av kliniska och psykologiska värden 4-6 veckor senare. Vid andra undersökningen fann man ett samband mellan fickdjup och CLOC. De flesta deltagarna hade huvudsakligen en hög ILOC, vilket kan vara ett resultat av att internt orienterade personer troligtvis tar mer eget ansvar för sin munhälsa och deltar i frivilliga undersökningar. Ingen psykologisk variabel vid den initiala undersökningen var signifikant relaterad till den slutliga *reduktionen* av de kliniska variablerna.

Hollister och Anema (2004) har gjort en genomgång (review) över olika hälsobeteendemodeller och ger förslag på hur man kan applicera dem i undervisningen av munhälsobeteende. Författarna skriver om LOC att det är svårt att jämföra olika studier med varandra eftersom de har använt olika skalor. Men att teorin har fortsatt att förfinas och att det skapats nya skalor för att kunna användas i olika populationer och för olika tillstånd och specifika sjukdomar. Utvecklingen av Multidimensional Locus of Control har varit en hjälp för detta. Författarna fann i sin genomgång att "extern" LOC hos mödrar har visats ge en högre risk för barn att utveckla karies, medan andra studier funnit en liten association mellan mödrars LOC och barns hälsostatus och användning av preventiv hälsovård.

Knecht et al (1999) utvärderade a) kopplingen mellan "tandhälso" LOC (DHLC) och "diabeteshälso" LOC, b) kopplingen mellan LOC och självrapporterat munhälsobeteende, självrapporterad "diabetes adherence" och faktiskt tand- och diabetes- status, och c) vikten av de olika dimensionernas "hälsovärde" (HV, d.v.s. värdet av tandhälsa/diabeteshälsa, egenvård, besöka tandvården) i relation till LOC, hälsobeteende, och hälsostatus. Resultatet visade att de med mer "intern" LOC hade en bättre munhälsa och en högre frekvens tandvårdsbesök. Författarna kommer fram till att LOC kan vara en prediktor för munhälsobeteende och karies, men det prediktiva värdet kan ifrågasättas. Tandborstning visade ingen association med "tandhälso" LOC, vilket kan bero på att tandborstning är en vana som utvecklats under barndomen, menar författarna. Man fann även att gruppen med lågt "tandhälso" HV och som årligen besökte tandvården hade en mer "intern" LOC jämfört med de som besökte tandvården mer sällan i samma grupp. Relation HV-LOC: Det fanns en klar association mellan mer "intern" diabetes och dental LOC och självrapporterat högt HV. Författarna drar slutsatsen att det kan vara användbart att ta med "dental" HV när man ska analysera munhälsa i relation till "tandhälso" LOC.

Macgregor et al (1997) undersökte förhållandet mellan munhälsobeteende och två typer av självuppfattning (self-concept) nämligen självkänsla respektive Health LOC (HLOC). "Tandvårdsregelbundenhet" visade ett något oklart samband med HLOC. Elever med bättre självuppfattning (hög självkänsla och mer intern kontrollorientering) verkade ha besökt tandvården mer nyligen än de med sämre självuppfattning. Att "minnas råd om tandborstning" (givna av tandvården) visade ett starkt samband med "extern" HLOC, vilket kan ha samband med lägre frekvens av tandborstning, enligt författarna. Tandborstningsfrekvens visade ett positivt samband med HLOC, men det fanns inget samband med tandtrådsfrekvens och HLOC. Tandtrådsfrekvens var associerad med tandborstningsfrekvens; ju oftare man borstade ju oftare användes tandtråd. Författarna förslår att det behövs mer forskning på tandtrådsbeteende. De

diskuterar också sambandet mellan följsamhet och HLOC; det kan vara så att internt orienterade är mer benägna att tro på nyttan av sina egeninsatser, medan externt orienterade är mer följsamma med att följa råd från människor med hög status.

Martinelli et al (2008) undersökte munhälsorelaterade övertygelser (beliefs) och attityder, rökarens hälsobeteende i relation till "the Transtheoretical Model of behavior change" (TTM), samt om rökarna önskade eller inte önskade stöd för rökavvänjning i samband med parodontalbehandling. Man undersökte både "extern", "betydelsefulla andra" och "intern" LOC. Man fann ingen signifikant skillnad mellan (rök/icke-rök/f.d.rök-) grupperna. Författarna diskuterar att det möjligtvis kan det bero på deltagarnas oklarhet i sin uppfattning, såväl som sin LOC. Det stämmer överens med andra studier som visat att HLOC på det hela taget är en relativt svag prediktor för hälsobeteende, enligt författarna.

Stenström et al (2009) undersökte förhållandet mellan "allmän hälso" LOC (MHLC), "tandhälso" LOC (DHLC), "dental health values" (DHVs), benägenhet för "social önskvärdhet" (MCSD) och munhälsa vid två tillfällen. En informationsvideo visades vid första tillfället. Vid andra tillfället mättes endast munhälsan. Man fann att ingen av de psykologiska variablerna kunde förutsäga *förändringar* i munhälsa mellan första och andra undersökningen. Författarna fann inte heller något samband mellan MHLC och munhälsa. Men två av de tre subskalorna på DHLC visade på ett visst förhållande till munhälsa: en större tilltro till "betydelsefulla andra" (PHLC) var relaterad till mer gingivit vid den första undersökningen. Plackindex vid andra undersökningen visade en statistisk signifikant relation med "intern" DHLC hos de manliga studenterna - de med starkare intern kontrollorientering hade *mer* plack vid andra undersökningen. Författarna skriver att andra studier visat att internt orienterade individer är mindre benägna att följa medicinska råd/behandlingar, även om de troligtvis är mer engagerade i hälsofrämjande beteenden. De diskuterar också förhållandet egenvård och munhälsa i förhållande till PLOC, d.v.s. inställningen att munhälsan är vårdgivarens ansvar, då det visats att en lägre grad av PLOC har varit relaterat till bättre munhälsa och munhygien. Men också att det visat sig att personer med större tilltro till "betydelsefulla andra" (PLOC) svarar bättre på munhygieninstruktioner.

Syrjälä et al (2004) undersökte vilka psykologiska karaktäristika som bäst förklarar munhälsobeteende, munhälsa, "diabetes adherence", och metabolisk kontroll med hjälp av följande psykologiska modeller: "self-efficacy", LOC, självkänsla, och "intention". Det visade sig att de olika psykologiska karaktärsdragen kunde bättre förklara hälsobeteende än kliniskt hälsostatus. Både DHLC och "diabeteshälso" LOC kunde i viss mån förklara munhälsovanor, (men inte "diabetes adherence").

Vick och Harfst (2000) beskriver metoden "Oral riskbedömning och tidiga interventioner", som är ett informations-undersökande verktyg för klinikern där man riskbedömer och inventerar bio/psyko/sociala faktorer som har betydelse för munhälsan. Kunskaper om patientens egna värderingar och övertygelser (beliefs) kan användas för att designa åtgärdsprogrammet åt den enskilda patienten. Resultatet ger underlag för vilken prevention eller intervention patienten bör erhålla. Man har dragit den slutsatsen att människor med extern LOC har sämre

munhygien. Därför, menar författarna, att det kan vara viktigt att bedöma patientens LOC när man som vårdgivare utformar sin rekommendation.

Sense of Coherence

Ayo-Yusuf et al (2008) undersökte inflytandet av Sense of Coherence (SOC) och rökning på självrapporterad gingival hälsa. Man fann att faktorer med negativ association till gingival blödning var att vara kvinna och att ha högre SOC. Rökning och lägre SOC var oberoende riskfaktorer för gingival ohälsa. Rökarna rapporterade genomgående en högre grad av gingivit än icke-rökarna, men SOC hade en lätt dämpande effekt på rökningens inflytande på gingival blödning. Man menar att individer med en otillräcklig förmåga att hantera stress (låg SOC), vilket kan resultera i lägre tandborstningsfrekvens och sämre plackkontroll, kan förklara stressens negativa påverkan på den parodontala hälsan. Plackansamling vid stress kan också ha en större negativ effekt på gingivan eftersom individens immunsystem är utsatt för en större belastning av stressen, vilket i sin tur kan bero på en låg SOC. Skillnader i stresshantering kan göra att man blandar samman rökningens effekt på den parodontala hälsan.

Freire et al (2001) undersökte förhållandet mellan SOC och munhälsa. Man fann att de med högre SOC gick i större omfattning till tandläkaren huvudsakligen för regelbundna revisionskontroller, än de med lägre SOC, vilket betyder att de förra i lägre omfattning gick till tandläkaren endast vid bekymmer. Detta kan betyda att en hög SOC ökar individens medvetenhet om munhälsa. SOC var inte relaterat till daglig tandborstning eller frekvent sockerkonsumtion. Karies i fronten kunde endast förklaras av mönster i hur man besökte tandvården.

Hollister och Anema (2004), se ovan under LOC. Författarna skriver om SOC att klinikern kan arbeta med patienten genom att stärka dennes SOC så att det sker en förflyttning på kontinuitetsskalan från "ohälsa" till "hälsa". Det kan exempelvis vara genom att klinikern uppmuntrar patienten att lägga märke till nyttan av den dagliga plackkontrollens betydelse för att uppnå ett fastare och mindre blödande tandkött. En stark SOC hos mödrar har visat sig ha ett samband med ungdomars munhälsa och tandvårdsbesök. Inga longitudinella studier har kunnat visa långtidseffekten på SOC och munhälsa.

Hälsoövertygelse

Bajwa (2007), se även ovan under LOC. Man såg en trend mot signifikant reduktion i medelvärdet av OHIP (mäter munhälsorelaterad livskvalitet) vid uppföljningen 6 månader senare, vilket tyder på en ökad munhälsorelaterad livskvalitet efter behandling och instruktion. Författarna skriver att patienter som upplever ett positivt resultat efter parodontal behandling kan öka sin tilltro (belief) till att sjukdomen kan botas med parodontal behandling. De menar även att kunskaper om dessa faktorer kan göra det möjligt att genomföra behandlingar som patienter uppskattar.

Borkowska et al (1998), se även ovan under LOC. Författarna diskuterar kring "Health Belief" skalan: Skalan som användes gällde generell hälsa. Det behövs en speciell skala för "dental health values". För att vara en prediktor för compliance vid behandling bör den också undersökas på personer som är under behandling, vilket försökspersonerna inte var. Författarna diskuterar också kring sambandet med plack- och blödningsvariablerna som associerades med "adherence intention" (AI). De patienter som hade lägst plackmängd och minst blödning från början var

också de som gjorde de största förbättringarna. Författarna menar att AI kan vara relaterat till patientens tro på sin *aktiva egeninsats*, och bör undersökas närmre i samband med munhälsobeteende.

Hallberg och Klingberg (2007) undersökte hur människor med funktionsnedsättningar upplever mötet med tandvården, samt deras syn på munhälso-relaterade frågor. Man fann att munhälsa och tandvård uppfattades som viktigt. Men att egenvård inte hade någon hög prioritet vilket berodde på begränsad motivation eller medvetenhet, eller bristande kraft över för egenvård eftersom funktionsnedsättningen tar så mycket tid och kraft. Respondenterna visade sig också ha en önskan om att vara som alla andra, tandavvikelser kan göra att man känner sig avvikande. Sociala förväntningar gjorde att man kom till tandklinikerna när man blev kallad.

Hollister och Anema (2004), se även ovan under LOC och SOC. Författarna skriver att "The Health Belief Model" bygger på att man tar beslut i flera steg, där nästa steg är beroende av tron eller övertygelsen (belief) på det föregående steget. Modellens presumtiva värde har inte kunnat visas i longitudinella studier, däremot har tvärsnittsstudier visat samband med munhälsa. "The Theory of Reasoned Action" betonar vikten av attityder och avsikter (intensions). Övertygelse (belief) om vad betydelsefulla andra tycker, samt personlig motivation att följa dessa är medverkande till att utveckla hälsosamma beteenden. För att teorin ska ha ett prediktivt värde så måste individens intentioner stämma nära överens med det önskade beteendet. Intensionerna måste också vara stabila. Ett hinder, som exempelvis trötthet, kan hindra intentionerna. Begreppet "self-efficacy" innebär att individer med en hög "self-efficacy" upplever sig ha kontroll över de handlingar som behöver utföras för att resultatet ska påverkas. Dental "self-efficacy" har visat sig vara förenlig med förbättringar av munhygien, men det är möjligt att det bara är över kortare tid. Begreppet har visat sig vara en determinant för munhälsa och munhygien hos diabetespatienter och ha en skyddande effekt mot karies hos barn.

Knecht et al (1999), se även ovan under LOC. Korrelationen mellan plackindex och karies stärktes ytterligare i gruppen med ett "högt värde" för sin tandhälsa.

Martinelli et al (2008) se även ovan under LOC. När man undersökte "attityd" fann man att alla tre grupperna (rökare, icke-rökare, och f.d. rökare) ansåg att det var viktigt med munhälsa, men icke-rökare värderade munhälsan i större utsträckning. Men medvetenhetsgraden om parodontit var låg,

Milgrom (2001) ger exempel på studier med beteendeorientering som behövs för ett kariesorienterat självreglerande beteende där fokus ligger på 1) den enskilda individen eller på 2) någon annan (t.ex. en förälder) samt 3) vårdgivarens kompetens. Patientens, vårdgivarens och tandvårdens övertygelse om effekten av beteendet verkar ha betydelse för munhälsobeteende. Effektivare interventioner ur beteendesynpunkt behöver designas och undersökas: 1) Enskild individ: Vi behöver studier på om det är kvaliteten, frekvens per dag eller tiden på borstning med fluoriderad tandkräm som har betydelse, eftersom tekniska förbättringar, som exempelvis elektrisk tandborste, kan öka patientens följsamhet. 2) Betydelsefull annan person: en mamma kan överföra sina munhälsovanor till barnet. Tandvården är en källa till information och att själv erhålla vård kan förbättra följsamhet till rekommendationer. Tandvårdsrädsla kan vara ett hinder. Det

behövs studier hur man övervinner barriärer. 3) Tandvårdspersonalens kompetens och vilja att ta till sig nya tekniker och strategier kan också få effekter på patientens munhälsobeteende.

Ramsay (2000) skriver om självreglerande metoder som kan underlätta för patienten att upprätthålla en långvarigt förbättrad egenvård av sin munhygien. Trots betydande forskning har man inte hittat någon kliniskt användbar prediktor för följsamhet, som exempelvis hälsoövertygelse (health belief) eller personliga karaktärsdrag. Betoningen kan istället läggas på metoder som förbättrar följsamheten. Områden som kan påverka patientens beteende och motivation att följa givna råd kan bland annat vara att bli belönad och att få feedback. Det kan vara från exempelvis vårdgivaren, men även tekniska hjälpmedel kan ge denna återkoppling genom att patienten själv kan reglera sina insatser (frekvens, duration, mönster). Motivationen och beteendet påverkas av patientens brist på tro eller övertygelse om att egenvårdsinsatserna har betydelse, eller att patienten inte bekymrar sig om långsiktiga konsekvenser. Med ett kognitivt tillvägagångssätt kan vårdpersonalen lyfta fram betydelsen av de personliga insatserna.

Stenström et al (2009) se även ovan under LOC. En lägre grad av gingivit vid den första undersökningen visade sig vara relaterad till en högre DHVs för de kvinnliga studenterna. Författarna diskuterade att en positiv attityd till munhälsa och estetiska aspekter kan ha haft betydelse för ett bättre munhälsobeteende.

Syrjälä et al (2004) se även ovan under LOC. Författarna fann att "intention" till munhälsobeteende kunde förklara munhälsovanor. Men den bästa prediktorn för munhälsovanor var "self-efficacy". De menar att resultatet indikerar att "self-efficacy" kan vara ett allmänt karaktärsdrag för hälsobeteende eftersom det kunde förklara både munhälsobeteende och diabeteskontroll. Det är möjligt att "self-efficacy" inom ett område kan överföras till ett annat. Och författarna påpekar att det är viktigt att tandvårdspersonalen stödjer patientens self-efficacy genom bl. a. feedback.

Vick och Harfst (2000), se även ovan under LOC. Författarna skriver att "self-efficacy" är snarlikt LOC, men syftar på människors tillit till sin egen förmåga att utföra en uppgift så man uppnår en viss grad av skicklighet. "Self-efficacy" kan vara en kraftfull prediktor för följsamhet i beteendeförändringar inom hälsoområden och det kan därför vara värdefullt att ta reda på patientens tro på sin egen förmåga. De menar att det är viktigt att uppmuntra patienten att ta sitt eget ansvar och få dem att känna att de kan ta kontrollen själva.

Åström (2008) undersökte om "the Theory of Planned Behavior" (TPB) och mätning av "action planning" och "coping planning" kan förutsäga användning av tandtråd, samt det prediktiva värdet som finns i "behavior intention" och "föregående tandtrådsanvändning". Vid tidpunkt 1 fick deltagarna fylla i ett frågeformulär och vid tidpunkt 2, fyra veckor senare, blev deltagarna intervjuade per telefon. Resultatet visade att "intention", "action planning" och "coping planning" inte hade något stort inflytande på daglig tandtrådsanvändning vid den första mätningen. Men andra mätningen visade samband med "intention", "action planning", och föregående tandtrådsanvändning (från tidpunkt 1). Föregående erfarenhet av tandtrådsanvändning är den starkaste prediktorn för att förutsäga detta beteende. De deltagare som planerade *var* och *hur* de skulle flossa (action

planning) var mer benägna att använda tandtråd vid fyraveckorsuppföljningen (tidpunkt 2) än de som inte engagerade sig i att planera sitt agerande.

Östberg et al (2002) undersökte för det första ungdomars uppfattning om munhälsa i allmänhet och om deras egen i synnerhet, för det andra deras uppfattning om vilka faktorer som påverkar deras egen munhälsa och vilken av dessa faktorer de kan kontrollera. Författarna fann att ungdomarnas medvetenhet om munhälsa var låg och deras möjligheter att påverka munhälsan upplevdes som begränsad. Uppfattningen om vad som påverkar munhälsa relaterades till personlig och professionell vård, socialt stöd och inflytande, och externa faktorer (tid, ekonomi, media, tekniska framsteg). Attityden till faktorer som påverkar munhälsobeteendet var avgörande för informanternas upplevda inflytande på munhälsa.

Personlighetsfaktorer

Borkowska et al (1998) se även ovan under LOC och Hälsoövertygelse. Man fann ett samband mellan blödningsindex och depression vid första undersökningen. Vid båda undersökningarna fann man en association mellan ångest och depression och mellan CLOC och PLOC. Forskarna skriver att resultaten i den här studien tyder på beteenden som passivitet, beroende och depressiv sinnesstämning har ett positivt samband med parodontal inflammation (blödningens samband med CLOC, respektive fickdjupets samband med HAD). Man diskuterar samband mellan pessimism och fysisk sjukdom, att pessimism är en omformulering av ”inlärld hjälplöshet”, och vidare att pessimism är ett av flera karaktäristika för depression.

Coolidge et al (2005) undersökte den inre reliabiliteten, test-retest reliabiliteten, och konstruktionsvaliditet på ”the Revised Dental Beliefs Survey” som mäter patientens syn på tandläkaren och tandvårdsbehandling inom tre områden: yrkes-skicklighet, kommunikation, brist på kontroll, samt tillit. Högre värde indikerar högre negativ övertygelse. Resultatet visade att individer som önskar ha en högre grad av kontroll, men som upplever sig ha en lägre grad av verklig kontroll, har visat sig uppleva en högre grad av påfrestningar hos tandläkaren (tandvårdsrädsla). Upplevda problem i kommunikationen mellan tandläkare - patient var vanligare hos individer med tandvårdsrädsla. Detta framstod som tydligast när man mätte ”tillitsfaktorn”, vilket var relaterad till patientens upplevelse att tandläkaren inte skulle komma att ta patientens smärta på allvar.

Hallberg och Klingberg (2007) se även ovan under Hälsoövertygelse. Man fann att många hade en rädsla att förlora kontrollen under behandlingen, antingen över kroppen, instrumenten, eller att det skulle göra ont. Detta kan hänga ihop med tandvårdsrädsla. Informanterna upplevde också att de hade svårigheter i att följa instruktioner om egenvården. Det kunde vara svårt att komma ihåg både hur, och att, de skulle borsta tänderna, men också fysiska begränsningar utgjorde hinder, vilket gör att de kan behöva fler möjligheter för preventiv vård.

Huff et al (2006) undersökte förhållandet mellan munhälsa och självkänsla i utsatta grupper i en pilotstudie. Man kunde inte hitta något statistiskt samband mellan självkänsla och munhälsa. Författarna diskuterar att gruppindelningen kan ha påverkat resultatet, då båda de kontrasterande grupperna hade problem med sin munhälsa. I artikeln framkommer dock att en dålig munhälsa (trasiga tänder,

smärta i tänderna) kan påverka egenvården negativt (inte borsta tänderna) hos några informanter.

Macgregor et al (1997) se även ovan under LOC. Författarna fann dessutom att en högre självkänsla förknippades med en högre frekvens av tandvårdsbesök och att en lägre självkänsla hade ett starkt samband med att ”minnas råd om tandborstning” (givna av professionen) vilket kan ha samband med lägre frekvens av tandborstning, enligt författarna. Tandborstningsfrekvens och självkänsla visade ett positivt samband. Studien visade inget samband med tandtrådsfrekvens och självkänsla.

Maltby et al (1998) undersökte om oral pessimism är viktigt för etiologin för depression. Frågeformulären mätte depressiva symtom, oral pessimism och oral optimism, optimism, neuroticism, coping style, attribution style och självkänsla. Resultaten visade att ”orala pessimistiska personlighetsdrag” (misstänksamhet, fientlighet, pessimism), ”neuroticism” (ängslan, lynnighet, nedstämdhet) och att använda ”stabila attribut” för händelser (man tillskriver negativa händelser interna orsaker, och positiva händelser externa orsaker) är viktiga karaktärsdrag för depression.

Ramsay (2000) se även ovan under Hälsoövertygelse. Författaren skriver att även om motivationen kan finnas, så kan det finnas hinder i vägen för att patienten ska kunna upprätthålla ett bra munhälsobeteende. Det är angeläget att vårdpersonalen tillsammans med patienten utvecklar en plan för att avlägsna de hinder som finns.

Psykosocioekonomiska faktorer

Macgregor et al (1997) se även ovan under LOC och personlighetsfaktorer. Författarna fann att desto högre socialgrupp eleven tillhörde desto högre var tandborstningsfrekvensen och omvänt desto lägre socialgrupp ju lägre var tandborstningsfrekvensen. Tandtrådsfrekvens hade ett samband med flickor i socialgrupp 1 som var flitigare med tandtråden. Däremot visade socialgrupp ett oklart samband med frekvens av besök hos tandvården. Och att minnas råd om tandborstning från professionen visade inget samband med socialgrupp.

Sanders och Spencer (2005) undersökte huruvida psykosociala faktorer associerades med både hushållets inkomst och självuppskattad munhälsa (antal tänder). Man ville undersöka om psykosociala faktorer kan förklara varför socioekonomiska omständigheter har en inverkan på självskattad munhälsa. Man fann ett positivt samband mellan hög inkomst och mycket bra munhälsa samt att ”personlig ofrihet”, kronisk stress, ”otillfredsställelse med livet” och låg inkomst hade samband med dålig munhälsa. Men socioekonomiska nackdelar hade inte samma betydelse för alla. Det kunde främst modereras med ”en känsla av kontroll”, men även avsaknad av kronisk stress och ”otillfredsställelse med livet”. Även höginkomsttagare kunde uppleva en dålig munhälsa, det var då relaterat till negativa psykosociala faktorer. Man skriver att en låg ”känslan av kontroll” indirekt kan påverka hälsan negativt genom ovilja till hälsofrämjande beteende. Författarna diskuterar också att ett neuroendokrint samband mellan parodontal sjukdom och dålig socioekonomi indirekt kan orsakas av att psykosociala faktorer kan framkalla en kronisk stressnivå och därmed kan psykosociala faktorer möjligen vara en länk mellan socioekonomi och munhälsa.

DISKUSSION

Tio artiklar som undersökt Locus of Control (LOC) hittades. Av dessa var två beskrivande artiklar med förslag på hur tandvården kan använda teorin på individ- och samhällsnivå samt i sin riskbedömning av patienten. Av de återstående åtta artiklarna användes olika typer av skalor för att mäta LOC. Fem studier har använt en skala för ”allmän” LOC (Health Locus of Control, Multidimensional Health Locus of Control) varav en studie använde två dimensioner och fyra använde tre dimensioner. Fyra studier använde en skala som mätte ”dental” LOC (Dental Locus of Control, Dental Health Locus of Control, Dental Multidimensional Locus of Control) varav två studier använde två dimensioner och två använde tre dimensioner. Av dessa ovan nämnda studier var det en som jämförde både allmän och dental LOC. Med två dimensioner menas att författarna mätt ”intern” LOC och ”extern” (chance) LOC. Med tre dimensioner menas att författarna mätt ytterligare en extern dimension, nämligen ”betydelsefulla andra” LOC. Men det framgår inte alltid tydligt vilket de mätt. Endast två studier har redovisat frågorna som deltagarna fick besvara. I tabell 2, som finns bifogad som bilaga, finns en sammanställning över spridningen av antalet artiklar i de olika skalorna och dimensionerna. Utöver olika skalor och dimensioner har deltagarna i undersökningsgrupperna olika ålder, kulturell bakgrund och olika hälsostatus, vilket också försvårar jämförelser.

Kontrolluppfattningens betydelse för egenvård, tandvårdsregelbundenhet och intervention

Artikelsökningen resulterade i att det inkluderades studier med andra hälsoteoretiska teorier som verkade ha samband med kontrollbegreppet. Det beslutades att dessa skulle medräknas för att få en förståelse för kontrolluppfattningens eventuella betydelse för munhälsa eller munhälsobeteende. Nedan följer en sammanfattning med kommentarer kring respektive hälsoteoretisk teori i anslutning till syftet med studien som var att undersöka om LOC har någon betydelse för 1) munhälsobeteende, vilket innefattade a) patientens egenvård och b) tandvårdsregelbundenhet samt 2) om någon av dessa studier visade om LOC kunde förändras genom en intervention.

Locus of Control och egenvård

Antalet funna studier är få om LOC och munhälsobeteende och man har använt olika typer av skalor vilket gör det svårt att jämföra, men sammanfattningsvis har materialet visat att det har varit svårare att se samband när man använt en ”allmän” LOC som mätinstrument jämfört med ”dental” LOC. Två eller tre dimensioner skulle eventuellt också kunna göra skillnad på resultatet, men det går inte att utläsa av de här undersökta studierna. Förslag om att tre dimensioner bör användas har framkommit, samt att man använder en skala som är speciellt utformad för ”tandhälso” LOC.

Tre studier av fem som använt någon variant av ”allmän” LOC som mätinstrument har inte funnit något samband med munhälsobeteende/ plack. Två studier har dock funnit ett samband och då har det varit mellan ”extern” LOC och en sämre egenvård (Macgregor et al, 1997, Acharya & Sangam, 2008). Tandtrådsfrekvens visade inte på något samband med LOC, däremot hade tandtrådsfrekvens istället samband med tandborstningsfrekvens (Macgregor et al, 1997). När det

gäller munhälsa och ”allmän” LOC är det också så att ”extern” (chance) LOC varit utslagsgivande genom att visa på samband med ett större fickdjup (Borkowska et al, 1998).

När man istället använt ett mätinstrument som är mer preciserat för att mäta kontrolluppfattningen om tandhälsa, ”dental” HLOC eller ”dental” MHLC, verkar det ge information om någon form av samband. Tre av de fyra studierna som använt någon form av ”dental” LOC som mätinstrument har undersökt egenvård/munhälsa. Alla tre har i viss mån funnit något samband med ”dental” LOC. Nu är det ”intern” LOC och ”betydelsefulla andra” LOC som utmärker sig. ”Intern” LOC visade på samband med bättre munhälsa (Kneckt et al., 1999, Syrjälä et al., 2004). Gingivit visade på större samband med en tilltro till ”betydelsefulla andra” LOC (Stenström et al, 2009). Man har också undersökt samband mellan LOC och frekvens av tandborstning och då fann Syrjälä et al (2004) ett samband, medan däremot Kneckt et al (1999) inte fann något sådant samband. Författarna föreslog att tandborstning kan vara mer knutet till vana än till hälsouppfattning.

I den mån man har kunnat hitta samband med egenvård eller munhälsa, tyder resultatet i de här undersökta studierna på att en intern kontrolluppfattning kan kopplas samman med bättre munhälsa och en mer intensiv egenvård. Och i den mån man funnit samband med sämre egenvård eller en sämre munhälsa har det kunnat kopplas till en kontrolluppfattning mot extern orientering respektive mot betydelsefulla andra. Sammantaget kan detta stämma med antagandet att man har en bättre munhälsa om man antar att kontrollen för munhälsan ligger hos en själv, och en sämre munhälsa om man har större tillit till att kontrollen för munhälsan ligger hos tandvården, samt att man är mindre benägen att ta hand om sin hälsa när man tror att orsaken till sjukdom och hälsa ligger utanför ens egen kontroll. Men resultaten är inte helt övertygande eftersom så få funnit detta samband. Därför behövs det fler studier för att kunna uttala sig om det finns ett förhållande mellan dental LOC och munhälsorelaterad egenvård, d.v.s. både frekvens och kvalitet på tandborstning och approximal rengöring. Det behövs också ett svar på varför man borstar tänderna eller utför approximal rengöring. En intressant iakttagelse är också att en intervention bestående av instruktion resulterade i en reduktion av kliniska variabler hos de flesta (Borkowska et al, 1998), oberoende av LOC, men att man vid andra undersökningen i samma studie fann samband mellan fickdjup och extern kontrolluppfattning om allmän hälsa. Är den allmänna kontrolluppfattningen ett bättre mätinstrument när det gäller biologiska och immunologiska reaktioners betydelse för den parodontala hälsan och är den dentala kontrolluppfattningen ett bättre mätinstrument när man vill undersöka munhälsobeteende? Stenström et al (2009) har använt både allmän och dental LOC i sin studie, men det ger inte svar på frågan eftersom urvalet bestod av studenter med en relativt god munhälsa.

Locus of Control och tandvårdsregelbundenhet

Både ”allmän” och ”dental” LOC verkar kunna visa att en mer ”intern” LOC har samband med högre frekvens tandvårdsbesök (Macgregor et al, 1997, Kneckt et al, 1999, Syrjälä et al, 2004). Det framgår dock inte alltid vad som är anledningen till tandvårdsbesöket, om det gäller akuta behandlingar eller regelbundna revisionskontroller. Ingen studie har explicit undersökt samband mellan LOC och frekvens av stödbehandlingar. Det skulle vara intressant att veta om personer med en större tilltro till ”betydelsefulla andra” är mer villiga att komma regelbundet på

stödbehandlings jämfört med de med mer ”extern” (chance) orientering som har en starkare tilltro till att det är ödet eller kanske generna som avgör om deras munhälsa kommer att vara bra eller inte. Hur är det med patienter som har en utpräglat intern orientering, kommer de lika gärna på stödbehandlingsprogram som på regelbundna kontroller? En person med alltför stark ”intern” LOC skulle rent teoretiskt kunna ha så stor tilltro till sin egen kontroll över munhälsan att de avstår från det stödbehandlingsintervall som rekommenderas.

Locus of Control och intervention

De här undersökta artiklarna har antingen inte undersökts, eller kunnat påvisa, att LOC kan förändras genom ett interventionsprogram. ”Allmän” eller ”dental” LOC visade sig inte heller vara någon *prediktor* för *förändring* av munhälsa efter ett interventionsprogram bestående av instruktion (Borkowska et al 1998), information och instruktion (Stenström et al, 2009) eller instruktion och depuration (Bajwa, 2007). Men det framförs från en del författare att vi faktiskt kan utforma vår undervisning eller genomföra interventionsprogram med hjälp av kunskaper om bl.a. LOC (Hollister & Anema, 2004, Vick & Harfst, 2000), även om de också påpekar att det saknas longitudinella studier för att kunna bedöma det prediktiva värdet (Hollister & Anema, 2004). Så frågan är om, och på vilket sätt, man i så fall ska använda sig av LOC.

Det är en intressant tanke att kunna använda sig av teorin i behandlingssituationen. Men fler frågor behöver då besvaras. Tandvården möter ju individerna en och en. Är det främst i ett större material som man kan se samband mellan kontrolluppfattning och hälsobeteende, eller gäller sambandet också för alla enskilda individers hälsa? Och är det en fördel att journalföra psykologiska faktorer för att kunna göra en bättre riskbedömning av patienten, eller finns det en risk att denna journalföring innebär en generalisering av människor? För även om vissa personer konsekvent använder sig av en yttre eller inre LOC i sin attributionsstil (enligt Seligman i Bunkholdt, 2004) så kan LOC också vara situationsbundet (enligt Rotter i Andersson, 2009) och variera mellan olika tillfällen (Theorell, 2003). Detta gör att det är viktigt att tandvården vid en eventuell journalföring av LOC uppdaterar uppgifterna, precis som i hälso-deklarationen. Hur kan vi i så fall mäta och journalföra LOC på ett effektivt sätt? Vi behöver också veta om, och hur, LOC kan förändras av en intervention. Vilken effekt får det, och på vilket sätt ska förändringen ske? Fokus kanske inte bara ska ligga på *hur* kontroll-lokus kan förändras, utan snarare på att olika individer med olika kontroll-lokus ska ha olika typer av interventioner. Macgregor et al (s. 338, 1997) har med stöd av Galgut et al (1987) föreslagit att individer med mer extern kontroll-lokus kan vara bättre på att följa givna råd från personer med hög status. Och Rydén och Stenström (2008) menar att individer med en mer intern orientering är mer benägna att tro på nyttan av förbättrad egeninsats. Kan det möjligen vara så att de internt orienterade personerna är bättre på att söka information, har ett större behov av att själva påverka beslut kring den egna behandlingen, och behöver alternativ att välja mellan? Hur kan tandvården i så fall tillmötesgå detta? En tanke skulle kunna vara att följsamheten ökar om de internt orienterade får information av bättre kvalitet (interaktiv?) och blir mer delaktiga i de beslut som tas kring behandling och egenvård, medan de externt orienterade skulle ha större nytta av att exempelvis få ”munvård på recept”!

Sense of Coherence och egenvård

Resultatet av artikelläsningen visar att Sense of Coherence (SOC) inte var relaterat till tandborstningsfrekvens (Freire et al, 2001), men en hög SOC var relaterat till en friskare gingiva (Ayo – Yusuf et al, 2008). En låg SOC visade inte bara på mer gingivit, vilket i sig kan vara orsakat av en sämre egenvård, men det var också oberoende av placknivå (Ayo – Yusuf et al). Enligt författarna kan plackansamling ha en större negativ effekt på gingivan hos individer som har en sämre stresshanteringsförmåga (låg SOC), vilket kan förklaras av att immunsystemet då är utsatt för en större belastning.

Enligt de här studierna verkar vår förmåga att hantera påfrestningar till viss del kunna påverka immunologiska faktorer, vilket kan vara en orsak till att den gingivala reaktionen på plackbelastning är olika på olika individer. En känsla av kontroll verkar delvis vara betydelsefull i sammanhanget och är kanske den komponent som sammanbinder LOC med SOC.

Sense of Coherence och tandvårdsregelbundenhet

En högre SOC har befunnits ha samband med att gå till tandläkaren huvudsakligen för regelbundna revisionskontroller och i lägre omfattning till tandläkaren endast vid bekymmer (Freire et al, 2001).

Sense of Coherence och intervention

Förslag förekommer på att det ska finnas preventiva åtgärder i form av insatser som ökar individens stresshanteringsförmåga (coping), därför att en låg SOC verkar kunna påverka både beteende och immunförsvar (Ayo – Yusuf et al, 2008). Hollister och Anema (2004) har dessutom föreslagit att behandlingssituationen bör innehålla moment som stärker patientens SOC så att individen kan öka sin hälsa genom att exempelvis uppmuntra patienten att lägga märke till den dagliga egenvårdens betydelse för en friskare gingiva.

Enligt Antonovsky (1987) kan stressorer ha en hälsosam inverkan under förutsättning att individen har en möjlighet att bemästra dem. De har till och med en större hälsosam effekt än om individen inte utsätts för några stressorer alls. Det kan förklara varför, som det föreslagits ovan, att patientens SOC kan stärkas om denne upplever sig ha inflytande på sin munhälsa genom en god egenvård. Och en sådan förändring av individens copingstil kan i sin tur vara orsakad av hennes förändrade kontrolluppfattning eftersom den kan påverka copingstilen.

Om det skapas möjligheter för individen att hantera stressfyllda situationer kanske det innebär att det sker/behöver ske förändringar på både mikro- och makronivå eftersom det då också handlar om inflytande. Inom tandvården skulle man i behandlingssituationen förslagsvis fundera på de tre komponenter som SOC består av (begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet). Hur kan vi medverka till att behovet av egenvård blir begripligt, att den dagliga egenvården upplevs som hanterbar, och att det upplevs meningsfullt med en god egenvård? Är dessa komponenter något man kan arbeta med när man arbetar med kontrollbegreppet?

Hälsoövertygelse och egenvård

Psykologiska faktorer som har samband med patientens hälsoövertygelser eller syn på sin egen insats, och som kan kopplas till en bättre egenvård, är att ha en positiv ”attityd till munhälsa”/”värdera munhälsan” högt (DHV) (Knecht et al, 1999, Stenström et al, 2009), en ”avsikt” (intention och AI) att genomföra

egenvård (Syrjälä et al, 2004, Borkowska et al, 1998), eller en ”tilltro till sin egen förmåga” att utföra egeninsatsen (self-efficacy) (Syrjälä et al., 2009), samt att ”planera” för den (action planning) (Åström, 2008). Men resultatet har också visat att även om man har en positiv attityd till munhälsa så behöver det inte nödvändigtvis betyda att man har ett högt medvetande om sin parodontala sjukdom (Martinelli et al, 2008) eller att egenvården får hög prioritet (Hallberg & Klingberg, 2007). Andra faktorer som exempelvis bristande ork, glömska och trötthet kan inverka negativt på munhälsobeteendet (Östberg et al, 2002). Tandborstning kan också betraktas mer som en vana eller rutin än något man gör för sin hälsa (Östberg et al, 2002). Eller så borstar man tänderna för att känna sig fräsch eller av estetiska orsaker, d.v.s. sociala förväntningar kan ha betydelse för egenvården (Östberg et al).

Reflektioner kring Locus of Control och hälsoövertygelse

Knecht et al (1999) har föreslagit att man även ska ta med ”tandhälsa som värde” (DHV) när man ska analysera munhälsa och ”dental” LOC. Författarna fann att de med en starkare ILOC visade sig ha en bättre munhälsa, och att det förhållandet förstärktes när man lade till dem som hade en positiv attityd till munhälsa (DHV). Den bättre munhälsan ansåg man var kopplat till en bättre egenvård. Dessutom visade det sig att de som värderade sin munhälsa högre också befanns ha en starkare ILOC. Det betyder att sannolikheten för att hitta de med en bra egenvård, eller god munhälsa, ökar bland dem som värderar sin munhälsa högt och som samtidigt tror att de själva innehar kontrollen för sin munhälsa, precis som Rydén och Stenström (2008) föreslagit när det gäller allmän hälsa. De har även föreslagit att man kombinerar dessa två aspekter med self-efficacy för att få en bättre prediktor för hälsa. Men eftersom resultatet av artikelgenomgången visat att inte endast hälsoaspekten (DHV) har ett värde för tandborstningsfrekvens, så är frågan om man dessutom skulle kunna arbeta med fler värdekomponenter. Av vilka fler anledningar, än ovan nämnda, vill människor upprätthålla en bra munhygien? Finns det något som mäter ”egenvård som värde” eller ”tandvård som värde” som man kan använda när man undersöker munhälsa?

Några faktorer som verkar intressanta när det gäller förhållandet mellan kontrolluppfattning och hälsoövertygelse är patientens ”avsikt” att utföra en egeninsats (intention och AI), ”tilltro till sin förmåga” att utföra egeninsatsen (self-efficacy), samt att ”planera” för den (action planning). Har dessa faktorer samband med en inre kontrolluppfattning eftersom det är något som troligen upplevs som egenansvar och som känns genomförbart för patienten? En annan aspekt på kontrolluppfattning är att en positiv feedback på insatta egenvårdsåtgärder borde kunna öka känslan av kontroll över situationen. Kontrolluppfattning och attributionsstil verkar också kunna ligga bakom vilken ”attityd” individen har. Ett exempel är inställningen att karies är orsakat av ens eget beteende, respektive att det är något som är tandvårdens uppgift att laga (Östberg et al, 2002). Ett annat exempel är att man klandrar sig själv för misslyckade försök att genomföra ett bra munhälsorelaterat beteende eller skyller på omgivningen för de svårigheter som kommer i vägen (Östberg et al).

Hälsoövertygelse och faktorer som påverkar tandvårdsregelbundenhet

Psykologiska mått som verkar fördelaktiga för att regelbundet besöka tandvården är sociala förväntningar (Hallberg & Klingberg, 2007), ha för ”avsikt” att gå på revisionskontroller (Syrjälä et al, 2004) och en positiv ”attityd”, som exempelvis innebär att man kan tycka det är bra att få kontrollerat om man har karies och att

egenvården är bra (Östberg et al, 2002). Attityden för (och emot) att gå på kontroller kan också påverkas av ekonomiska synpunkter (Östberg et al, 2002). En intressant aspekt på betydelsen av ”tandhälsa som värde” för att gå regelbundet till tandvården, är att även ett lågt ”värde för tandhälsa” kan innebära att man besöker tandvården oftare om bara dessa personer uppfattar att kontrollen för deras tandhälsa ligger hos dem själva (intern LOC), jämfört med de personer som uppfattar att de inte själva kan påverka sin tandhälsa (extern LOC) (Knecht et al, 1999).

Hälsoövertygelse och intervention

Resultatet visar att förbättringar av kliniska variabler visserligen uppnåddes av en intervention bestående av information och instruktion (Stenström et al, 2009), eller endast instruktion med uppmuntran som ökar tilltron till effekten av egeninsatsen (Borkowska et al, 1998), men ingen av studierna har funnit någon initial variabel som har samband med hälsoövertygelse och som kunde förutsäga en reduktion av kliniska variabler efter insatt intervention. Däremot var det några psykologiska variabler som kan ha betydelse för ett bättre resultat. Munhygieninstruktion och depuration kan öka patientens ”munhälsorelaterade livskvalitet” (OHQoL), vilket i sin tur kan öka patientens tilltro till effekten av behandlingen (Bajwa, 2007). Och patientens ”avsikt” att utföra egenvården (AI) kan ha samband med bättre kliniska resultat (Borkowska et al, 1998). Det verkar som att de individer som redan utför en egenvårdsaktivitet sedan tidigare (tandtrådsanvändning) är de som har lättast för att öka frekvensen av den, d.v.s. den föregående aktiviteten är ett starkare prognostiskt tecken än psykologiska faktorer, speciellt om man har en handlingsplan för aktiviteten (action planning) (Åström (2008). Och det har kommit fram förslag om att det är viktigt att tandvårdspersonalen stärker patientens self-efficacy genom att ge feedback på insatta åtgärder (Hollister & Anema, 2004, Vick & Harfst, 2000). Om patienten inte tror på att egenvården har betydelse så kan det påverka motivationen negativt, och bör åtgärdas på kognitiv väg av tandvårdspersonalen (Ramsay, 2000).

Sammantaget kan detta betyda att, utöver vad tandvården redan gör (information, instruktion och behandling), så är det inte ytterligare information och motivation som behövs för dem som redan är motiverade, utan snarare att ge feedback och hjälpa patienten att lägga märke till effekten av insatsen (egenvård och behandling) så att tilltron till effekten ökar, samt att utarbeta en detaljerad handlingsplan tillsammans med patienten om ”när, var och hur” egeninsatsen skall utföras. Här kan man tänka sig att patientens kontrolluppfattning förändras när hon märker att hon kan påverka sin situation genom sina handlingar.

Personlighetsfaktorer och egenvård

Man har funnit ett positivt samband mellan depression och gingival blödning (Borkowska et al., 1998) och mellan hög självkänsla och tandborstningsfrekvens och mellan låg självkänsla och en sämre plackkontroll (Macgregor et al., 1997), men däremot inget samband mellan självkänsla och munhälsa (Huff et al, 2006). Ramsay (2000) föreslår att tandvårdspersonalen tillsammans med patienten utvecklar en plan för att komma tillrätta med de problem som kan stå i vägen för ett önskat beteende (problemlösning). En annan anledning till att följsamheten för givna råd fungerar bristfälligt kan vara att det finns svårigheter med att följa de instruktioner man fått. Dessa svårigheter kan bestå av rent fysiska begränsningar, men även glömska som att komma ihåg hur man ska göra (Hallberg & Klingberg, 2007).

Sammanfattningsvis verkar det vara viktigt att patienten upplever sig ha ett egenvärde och att hon har kraft och möjligheter att klara av uppsatta mål. Vidare kan tandvårdspersonalen bidra genom en dialog kring hur man hittar lösningar på det som hindrar genomförandet av egenvården. Här kan man tänka att patienten kan få en ökad självkänsla när hon upplever att hon får ökade möjligheter att kontrollera sin livssituation och hitta lösningar på sina problem.

Personlighetsfaktorer och samband med Locus of Control och munhälsa

Borkowska et al (1998) fann ett samband mellan ångest och depression och CLOC och PLOC och att detta hade en koppling till blödning respektive fickdjup. Författarna menar att beteenden som passivitet och depressiv sinnesstämning kan påverka inflammation negativt. Maltby et al (1998) har visat att bland annat *attributionsstil* (med stabila attribut) är ett viktigt karaktärsdrag för depression. Detta kan ha ett intressant samband med LOC och parodontal inflammation. Enligt Bunkholdt (2002) kan personer med en pessimistisk attributionsstil, d.v.s. att man tillskriver negativa prestationer egna orsaker (intern LOC) och positiva prestationer tillskrivs turen (extern LOC), ha samband med en sämre hälsa och en påverkan på immunsystemet (Kamen-Siegel et al., 1991 i Bunkholdt, 2002). Då uppstår frågan om man kanske skulle undersöka inte endast LOC, utan snarare i vilka situationer individen använder vilken LOC (attributionsstil), när man vill undersöka sambandet mellan LOC och parodontit eller gingivit.

Personlighetsfaktorer och tandvårdsregelbundenhet

En högre självkänsla har förknippats med högre frekvens av besök hos tandvården (Macgregor et al, 1997).

Personlighetsfaktorer och intervention

Ingen psykologisk variabel kunde förutsäga förändringar i kliniska variabler efter munhygieninstruktion, även om det var väldigt nära att depression vid första undersökningstillfället kunde vara en sådan variabel som hade samband med blödning vid andra undersökningstillfället (Borkowska et al., 1998).

Eftersom psykologisk sinnesstämning tydligen kan ha samband med kontrolluppfattning och LOC (attributionsstil), och var den enda variabel i ovanstående studie som var nära ett prediktivt värde för en intervention, så bör man kanske mäta och titta på kontrollbegreppet med denna faktor också.

Psykosocioekonomiska faktorer och egenvård

Resultatet visar att socialgrupp kan ha samband med tandborstningsfrekvens, och till viss del även frekvens av tandrådsanvändning (Macgregor et al., 1997). De flitigaste användarna finns i de högre socialgrupperna och omvänt. En dålig munhälsa finns i större utsträckning hos personer med låg inkomst och/eller negativa psykosociala faktorer, men de socioekonomiska nackdelarna för munhälsan kan minskas av positiva psykosociala faktorer, och då framförallt en "känsla av kontroll", och till viss del avsaknad av kronisk stress och "otillfredsställelse med livet" (Sanders & Spencer, 2005). Och omvänt kan en dålig psykosocial upplevelse påverka munhälsan negativt i en höginkomstgrupp, enligt samma studie. Författarna diskuterar om en låg känslan av kontroll kan påverka munhälsan negativt indirekt genom en ovilja till hälsofrämjande beteende. Sammanfattningsvis verkar det som att en "känsla av personlig kontroll" uppnås

lättare med en god ekonomi, vilket resulterar i en bättre egenvård och munhälsa, men en god ekonomi i sig är ingen garanti för att hälsan eller de positiva psykosociala faktorerna är bättre.

Andra aspekter på munhälsobeteende

Resultatet har visat en ny aspekt på munhälsobeteende och kontrolluppfattning. Det kan, utöver a) egenvårdsbeteende och b) tandvårdsregelbundenhet, även handla om c) patientens beteende i själva behandlingssituationen. Patienten kan känna en rädsla för att förlora kontrollen under själva behandlingen (Hallberg & Klingberg, 2007). Det kan exempelvis vara att det ska göra ont eller att man inte har någon kontroll över instrumenten eller över sina egna reaktioner (Coolidge et al., 2005). Denna obalans mellan önskad kontroll och upplevd kontroll kan bli en påfrestning som har samband med tandvårdsrädsla (Coolidge et al.). Patienter som upplevde en brist på tillit till tandläkarens förmåga att hörsamma dennes smärta upplevde en kommunikationsbrist dem emellan (Coolidge). Och eftersom tillit till andra är en resurs som främjar en adekvat coping (Taylor, 2009), så är detta ytterligare något för tandvården tänka på om man vill uppmärksamma kontrolluppfattningens betydelse i behandlingssituationen.

En annan ny aspekt på munhälsobeteende är att munhälsobeteende även kan vara d) vårdgivarens beteende. Vårdgivarens kompetens i preventiva strategier för en bättre munhälsa påverkar dennes beteende och rekommendationer till patienten (Milgrom, 2001). Slutsatsen man kan dra av detta är att effekten av en kompetenshöjning av vårdgivaren inom områden som beteendepåverkan skulle kunna öka patienters följsamhet till ett hälsosammare munhälsobeteende.

Maltby et al (1998) undersökte ”oral pessimism”. Denna artikel handlade inte om munhälsobeteende, men den uteslöts inte eftersom den visade sig innehålla en intressant koppling mellan LOC/ attributionsstil och depression. Detta skulle i sin tur kunna ha ett indirekt inflytande på munhälsan (se diskussion ovan) och kan vara värt att undersöka mer.

Konklusion

Resultatet visar att de studier som undersökt och funnit ett samband mellan LOC och munhälsobeteende är få till antalet och är utförda på deltagare med olika bakgrundsfaktorer. Det är också svårt att jämföra dem eftersom man använt olika mätinstrument för att mäta LOC. Därför behövs fler studier med större samstämmighet för att kunna göra bättre jämförelser.

1 a) Egenvård – har LOC betydelse?

I den mån LOC varit utslagsgivande har ”extern” LOC (chance och betydelsefulla andra) kunnat kopplas samman med en sämre egenvård eller munhälsa (egenvården har i vissa studier mätts genom munhälsa) och ”intern” LOC har kunnat kopplas samman med en bättre egenvård. Utöver LOC, så verkar flera andra hälsoteoretiska modeller ha en anknytning till individens kontrolluppfattning, vilket på olika sätt har en också inverkan på munhälsobeteende. Men även andra faktorer, som exempelvis vana, kan ha samband med tandborstningsfrekvens. Dessutom ökar sannolikheten för att hitta de med en bra egenvård, eller god munhälsa, bland dem som värderar sin munhälsa högt (DHV) och som samtidigt tror att de själva innehar kontrollen (ILOC) för sin munhälsa. Därför bör man kanske också undersöka vilken kombination av faktorer som har inverkan på munhälsobeteendet utöver vilken enskild faktor som har störst inverkan.

Kontrollbegreppet kan också ha ett samband med psykologisk sinnesstämning (via attributionsstil), en sämre stresshanteringsförmåga (låg SOC) och sämre socioekonomiska förhållanden vilket i sin tur kan ha ett intressant samband mellan LOC och parodontal inflammation via inverkan på immunsystemet. Så frågan är därför om att man ska skilja på "allmän" LOC och "tandhälso" LOC beroende på om man ska mäta biologi (parodontit) respektive beteende (egenvård).

1 b) Tandvårdsregelbundenhet – har LOC betydelse?

Både "allmän" och "dental" LOC verkar kunna visa att en mer "intern" LOC har samband med högre frekvens tandvårdsbesök. Ingen studie har explicit undersökt samband mellan LOC och frekvens av stödbehandlingar.

2) Intervention – kan LOC förändras?

De här undersökta artiklarna har antingen inte undersökt, eller kunnat påvisa, att LOC kan förändras genom ett interventionsprogram. LOC var inte heller en prediktor för förändring av munhälsa efter ett interventionsprogram. Men det är inte omöjligt att patientens kontrolluppfattning förändras när hon märker att hon kan påverka sin situation genom sina handlingar. I så fall bör tandvårdens interventioner bestå av verktyg som kan påverka flera olika kontrollkomponenter. Det har kommit fram förslag om att tandvården kan använda sig av begreppet LOC i behandlingssituationen och att människor med olika LOC kan reagera olika på egenvårdsråd. Därför är det kanske väl så intressant *hur* vi använder oss av LOC när vi samtalar med patienten eller ger egenvårdsråd som att undersöka det prediktiva värdet eller möjlighet till förändring av LOC.

Sammanfattningsvis verkar människors kontrolluppfattning kunna mätas på olika sätt utifrån olika infallsvinklar och totalt sett verkar det spela en roll för munhälsobeteende. Därför kan kontrollbegreppet som helhet, tillsammans med exempelvis olika värdekomponenter, vara av betydelse när man vill undersöka munhälsobeteende och munhälsa. Att endast mäta en kontrollkomponent som exempelvis LOC, verkar inte ge tillräcklig information om munhälsobeteende.

Tack

Ett stort tack till docent Björn Axtelius på avdelningen för samhällsodontologi för engagemang, förståelse och för att du alltid har funnits till hands under arbetets gång.

REFERENSER

Acharya, S. & Sangam, K. (2008). Oral health-related quality of life and its relationship with health locus of control among Indian dental university students. *European Journal of Dental Education*, 12, 208-212.

Andersson, S. I. (2002). *Hälsopsykologi: En introduktion*. Lund: Sanitas. ISBN 91-9733605-0-3.

Antonovsky, Aaron (1987). *Hälsans mysterium*. (2. utg., 3. tryckn.). Stockholm: Natur och Kultur. ISBN 978-91-27-11027-4.

Axelsson P, Nyström B, & Lindhe J. (2004). The long-term effect of a plaque control program on tooth mortality, caries and periodontal disease in adults. *Journal of Clinical Periodontology*, 31, 749-757.

Axtelius, B. & Fridell, M. (2001). Periodontitis and Psyche. In *Odontologi* (pp. 97-115). Copenhagen: Munksgaard.

Ayo-Yusuf, O.A., Reddy, P.S. & Borne, B.W. van den. (2008). Adolescents' sense of coherence and smoking as longitudinal predictors of self-reported gingivitis. *Journal of Clinical Periodontology*, 35, 931-937.

Bajwa, A, Watts, T.L.P. & Newton, J.T. (2007). Health Control Beliefs and Quality of Life Considerations Before and During Periodontal Treatment. *Oral Health & Preventive Dentistry*, 5(2), 101-104.

Borkowska, E.D., Watts, T.L.P. & Weinman, J. (1998). The relationship of health beliefs and psychological mood to patient adherence to oral hygiene behaviour. *Journal of Clinical Periodontology*, 25, 187-193.

Bunkholdt, V. (2004 för svenska utgåvan). *Psykologi: En introduktion för sjuksköterskor, socialarbetare och övrig vårdpersonal*. (2. uppl., 5. tryckn.). Lund: Studentlitteratur. ISBN 978-91-44-03324-2

Coolidge, T., Coldwell, S.E., Weinstein, P. & Milgrom P. (2005). Psychometric properties of the revised dental beliefs survey. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 33, 289-97.

d'Elia, G. (2004). *Det kognitiva samtalet i vården*. (1.uppl., 2. tryckn.). Stockholm: Natur och Kultur. ISBN 978-91-27-09823-7.

Freire, M.C.M, Sheiham, A. & Hardy R. (2001). Adolescents' sense of coherence, oral health status, and oral health-related behaviors. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 29, 204-12.

Hallberg, U. & Klingberg, G. (2007). Giving low priority to oral health care: Voices from people with disabilities in a grounded theory study. *Acta Odontologica Scandinavica*, 65, 265-270.

- Hollister, M.C., Anema, M.G. (2004). Health behavior models and oral health: A review. *Journal of Dental Hygiene*, 78(3), 6.
- Huff, M., Kinion, E., Kendra, M.A. & Klecan, T. (2006). Self-Esteem: A hidden concern in oral health. *Journal of Community Health Nursing*, 23(4), 245-255.
- Knecht, M.C., Syrjälä, A.M. H. & Knuutila, M.L.E. (1999). Locus of control beliefs predicting oral and diabetes health behavior and health status. *Acta Odontologica Scandinavica*, 57, 127-131.
- Lalonde, M. (1981). *A new perspective on the health of Canadians: A working document*. Government of Canada. Minister of Supply and Services Canada. Ottawa, april 1974. ISBN 0-662-50019-9. Hämtat från http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/1974-lalonde/lalonde-eng.pdf
Hämtdatum: 2011-01-08
- Lockner, B. (1994). *Locus of control som underlag för arbetsterapeutisk intervention för långtidssjukskrivna*. Fördjupningskurs i arbetsterapi 20 poäng, Umeå Universitet, Institutionen för rehabiliteringsmedicin.
- Löe, H., Theilade, E. & Jensen, S.B. (1965). Experimental gingivitis in man. *Journal of Periodontology* 36, 5-15.
- Macgregor, I.D.M., Regis, D. & Balding, J. (1997). Self-concept and dental health behaviors in adolescents. *Journal of Clinical Periodontology*, 24, 335-339.
- Maltby, J., Lewis, C.A. & Hill, A.P. (1998). Oral pessimism and depressive symptoms: A comparison with other correlates of depression. *British Journal of Medical Psychology*, 71, 195-200.
- Martinelli, E., Palmer, R.M. & Newton, J.T. (2008). Smoking behavior and attitudes to periodontal health and quit smoking in patients with periodontal disease. *Journal of Clinical Periodontology*, 35, 944-954.
- Milgrom, P. (2001). The impact of behavioral technology on dental caries. *Journal of Dental Education*, 65(10), 1102-1105.
- Ottosson J-O (red). (1999). *SBU Patient - Läkarelationen. Läkekonst på vetenskaplig grund* (SBU:s publikationsserie, 144). Stockholm: Natur och Kultur i samarbete med SBU. ISBN 91-27-07343-2.
- Persson, K., Olin, E. & Östman, M. (2009). Paper IV, Oral health problems and support as experienced by people with severe mental illness living in communitybased subsidized housing – A qualitative study. In Persson, K. *Oral health in an outpatient psychiatric population – Oral status, life satisfaction, and support* (pp. 125-142). Akademisk avhandling, Malmö University, Faculty of Health and Society. ISBN 978-91-7104-229-3.
- Ramsay, D.S. (2000). Patient compliance with oral hygiene regimens: A behavioural self-regulation analysis with implications for technology. *International Dental Journal*, 50, 304-311.

Renz, A., Ide, M., Newton, T., Robinson, P. & Smith, D. (2008). Psychological interventions to improve adherence to oral hygiene instructions in adults with periodontal diseases (Intervention Review). *The Cochrane Collaboration* (4). John Wiley & Sons, Ltd. doi:10.1002/14651858.CD005097.pub2. Hämtat från <http://onlinelibrary.wiley.com/o/cochrane/clsysrev/articles/CD005097/frame.html>

Rydén, O., & Stenström, U., (2008). *Hälsopsykologi: Psykologiska aspekter på hälsa och sjukdom*. (3.uppl.). Stockholm: Bonnier Utbildning AB. ISBN 978-91-622-8809-9

Sanders, A.E. & Spencer, A.J. (2005). Why do poor adults rate their oral health poorly? *Australian Dental Journal*, 50(3), 161-167.

Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU). (2004). *Kronisk parodontit: Prevention, diagnostik och behandling*. (SBU-rapport, 1400-1403; 169). Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering.

Stenström, U., Einarsson, S., Jacobsson, B., Lindmark, U., Wenander, Å. & Hugoson, A. (2009). The importance of psychological factors in the maintenance of oral health: A study of swedish university students. *Oral Health & Preventive Dentistry*, 7, 225-233.

Stolt, C-M. (1998). *Läkekunst*. Lund: Studentlitteratur. ISBN 91-44-00097-9.

Syrjälä, A.-M.H., Ylöstalo, P., Niskanen, M.C. & Knuuttila, M.L.E. (2004). Relation of different measures of psychological characteristics to oral health habits, diabetes adherence and related clinical variables among diabetic patients. *European Journal of Oral Sciences*, 112, 109-114.

Taylor, S. E. (2009). *Health Psychology*. (7. uppl.). New York: McGraw-Hill Companies, Inc. ISBN 978-0-07-128360-1.

Theorell, Töres (red.). (2003). *Psykosocial miljö och stress*. Lund: Studentlitteratur. (1.uppl., 10. tryckn). ISBN 978-91-44-04193-3.

Vick, V.C. & Harfst, S. (2000). The oral risk assessment and early intervention system: A clinician's tool integrating the bio/psycho/social risk into oral disease interventions. *Compendium of Continuing Education in Dentistry Supplement*, 21(suppl. 30), 57-64, quiz 67.

Wallston, K. (2001). Control beliefs: Health perspectives. In *International encyclopedia of the social & behavioral sciences* (ss. 2724-2726). Elsevier Science Ltd. ISBN: 0-08-043076-7. doi: 10.1016/B0-08-043076-7/03799-2 Hämtat från <http://dx.doi.org.support.mah.se/10.1016/B0-08-043076-7/03799-2>

Wilson TG Jr. (2000). Compliance and its role in periodontal therapy. *Periodontology* 12, 16-23.

Wimmer, G. & Bratschko, R.O. (2006). Stress, coping and periodontal disease. In D.I Mostofsky, A.G. Forgione & D.B. Giddon (Eds). *Behavioral dentistry* (ss. 139-148). Blackwell Munksgaard. ISBN-13: 978-0-8138-1213-7. ISBN-10: 0-8138-1213-5.

Åstrøm, A.N. (2008). Applicability of action planning and coping planning to dental flossing among Norwegian adults: a confirmatory factor analysis approach. *European Journal of Oral Sciences*, 116, 250-259.

Östberg, A.-L., Jarkman, K., Lindblad, U. & Halling, A. (2002). Adolescents' perceptions of oral health and influencing factors: A qualitative study. *Acta Odontologica Scandinavica*, 60, 167-173.

BILAGOR

Tabell 1. Hälsopsykologiska teorier

Artikel	Locus of Control	Sense of Coherence	Hälsöövertygelse	Personlighetsfaktorer	Psykosocioekonomi
Acharya & Sangam, 2008	Syfte: samband MHLOC, OHRQoL				
Ayo-Yusuf et al, 2008		Syfte: inflyt av SOC o rökn. på gingival hälsa			
Bajwa, 2007	Syfte: us förändringar i "health control beliefs" (HLOC, OHIP), o påverkan på munhälsa		Syfte: us förändringar i "health control beliefs" (HLOC, OHIP), o påverkan på munhälsa		
Borkowska et al, 1998	Syfte: förhåll. hälsöövertygelse, psykologisk sinnestämning, munhygienbeteende		Syfte: förhåll. hälsöövertygelse, psykologisk sinnestämning, munhygienbeteende	Syfte: förhåll. hälsöövertygelse, psykologisk sinnestämning, munhygienbeteende	
Coolidge et al, 2005				Syfte: mäta testvärde på R-DBS: patientens uppfattn tdl o behandl: yrkesskickl, kommunikation, brist på kontroll, tillit.	
Freire et al, 2001		Syfte: förhållandet SOC och munhälsa, munhygien, munhälso-beteende			
Hallberg & Klingberg, 2007			Syfte: us av funktionsnedsatta personers upplevelse av möte m tandvård, o syn på munhälsorelaterade frågor	Syfte: us av funktionsnedsatta personers upplevelse av möte m tandvård, o syn på munhälsorelat. frågor	

Artikel	Locus of Control	Sense of Coherence	Hälsoövertygelse	Personlighetsfaktorer	Psykosocioekonomi
Hollister & Anema, 2004	Review över hälsobeteendemodeller och deras effektivitet. Förslag på undervisn. i munhälsobeteende	Review över hälsobeteendemodeller och deras effektivitet. Förslag på undervisn. i munhälsobeteende	Review över hälsobeteendemodeller och deras effektivitet. Förslag på undervisn. i munhälsobeteende		
Huff et al, 2006				Syfte: samband munhälsa, självkänsla	
Kneckt et al, 1999	Syfte: samband a) dental LOC – diabetes LOC b) LOC – hälsobeteende, hälsostatus c) dimensionernas värde		Syfte: samband a) dental LOC – diabetes LOC. b) LOC – hälsobeteende, hälsostatus c) dimensionernas värde		
Macgregor et al, 1997	Syfte: förhållandet munhälsobeteende, HLOC, självkänsla			Syfte: förhållandet munhälsobeteende, HLOC, självkänsla	Syfte: förhållandet munhälsobeteende, HLOC, självkänsla
Maltby et al, 1998				Syfte: länk oral pessimism och depression	
Martinelli et al, 2008	Syfte: värdera munhälso-relaterade övertygelser o attityder hos rökare hälsobeteende		Syfte: värdera munhälso-relaterade övertygelser o attityder hos rökare hälsobeteende		
Milgrom, 2001			Syfte: självreglerande metoder och beteendetekniker: individ, ngn annan, vårdgivare		
Ramsay, 2000			Syfte: självreglerande metoder för långvarigt bättre egenvård	Syfte: självreglerande metoder för långvarigt bättre egenvård	
Sanders & Spencer, 2005					Syfte: samband psykosociala faktorer, inkomst, munhälsa
Stenström et al, 2009	Syfte: samband munhälsa och MHLOC, DHLOC, DHVs, MCSD.		Syfte: samband munhälsa och MHLOC, DHLOC, DHVs, MCSD.		

Artikel	Locus of Control	Sense of Coherence	Hälsövertygelse	Personlighetsfaktorer	Psykosocioekonomi
Syrjälä et al, 2004	Syfte: psykologiska karaktär. för munhälsa (beteende + hälsa) och diabetes (adherence + metabolisk ktrl.)		Syfte: psykologiska karaktär. för munhälsa (beteende + hälsa) och diabetes (adherence + metabolisk ktrl.)		
Vick & Harfst, 2000	Syfte: beskriva oral riskbedömning och bio/psyko/soc. faktorer		Syfte: beskriva oral riskbedömning och bio/psyko/soc. faktorer		
Åstrøm, 2008			Syfte: us av "intention", "action planning", och "coping planning"s prediktiva värde för tandtrådsanvändning		
Östberg et al, 2002			Syfte: ungdomars uppfattning om munhälsa, vilka faktorer som påverkar och som de kan kontrollera		

Tabell 2. Antal artiklar i olika skalor och dimensioner av LOC

Beskrivande studie	Allmän HLOC 2 dim.	Allmän HLOC 3 dim.	Allmän MHLC 3 dim.	Dental HLOC 2 dim.	Dental HLOC 3 dim.	Dental MHLC 3 dim.
2	1	1	3	2	1	1