



JÖNKÖPING UNIVERSITY

School of Health and Welfare

Föräldrars attityder till faktorer associerade med karies hos 6-åriga barn

FÖRFATTARE: Sandra Bengtsson

JÖNKÖPING: VT 2019

Sammanfattning

Författare: Sandra Bengtsson

Bakgrund: År 2018 publicerade Socialstyrelsen ny data som visar på en minskning av barn som är kariesfria i åldersgruppen sex år i Sverige (Sos, 2018). Även i SkaPa, Svenskt kvalitetsregister för karies och parodontit, ses en markant ökning av karies bland barn i åldrarna sex, sju och åtta år. **Syfte:** Syftet med studien var att utforska föräldrars attityder kring olika faktorer som anses vara avgörande för uppkomst av karies hos barn i 6-årsåldern. **Metod:** Kvalitativ intervjustudie genom innehållsanalys. **Resultat:** I resultatet framkom tre huvudkategorier, *Attityd utifrån välbefinnande*, *Attityd utifrån kunskap* och *Attityd utifrån ansvar*. I de olika kategorierna framkommer attityder som alla på ett eller annat sätt berör ämnena kost, munhygien och fluorid. Kategorierna kompletterar varandra samtidigt som de berör olika problemområden. **Konklusion:** Brist i kunskap ses i ämnet munhygien där föräldrarna anser att tandborstning är den enskilt viktigaste faktorn för att undvika karies. Brist i information ses gällande sockerkonsumtion där föräldrarna har en avslappnad attityd mot socker som gör det acceptabelt med socker som en naturlig del i vardagen. Denna studie bidrar till att uppnå WHO:s mål, på grund av att tandvårdspersonal blir medvetna av informationens betydelse till föräldrar som har barn i sex års åldern.

Nyckelord: Attityd, fluorid, föräldrar, karies, kost, tandborstning

English summary

Parental attitudes to factors associated with Dental caries in 6-year-old children

Background: In 2018, the National Board of Health and Welfare published new data showing a reduction in children who are caries-free in the age group six years in Sweden (Sos, 2018). Also in SkaPa, the Swedish quality register for caries and periodontitis, there is a marked increase in caries among children aged six, seven and eight years. **Aim:** The aim of the study was to explore parents' attitudes about various factors that are considered crucial for the emergence of caries in children aged 6 years. **Method:** Qualitative interview study through content analysis. **Results:** In the result, three main categories emerged, Attitude based on well-being, Attitude based on knowledge and Attitude based on responsibility. In the different categories, attitudes emerges that all in one way or another affect the subjects diet, oral hygiene and fluoride. The categories complement each other while touching on different problem areas. **Conclusion:** Lack of knowledge is seen in the subject of oral hygiene, where the parents consider that toothbrushing is the single most important factor in avoiding caries. Lack of information is seen with regard to sugar consumption where the parents have a relaxed attitude towards sugar which makes it acceptable with sugar as a natural part of everyday life. This study contributes to achieving WHO goals, because dental professionals become aware of the importance of information to parents who have children aged six.

Keywords: Attitude, dental caries, diet, fluoride, parents, toothbrushing

Innehåll

1. Bakgrund	4
1.1. Karies	4
1.2. Primära bättet	5
1.3. Determinanter	6
1.3.1 Kost och socker	7
1.3.2 Munhygien	8
1.3.3 Sociala faktorer	8
1.4. Förebyggande tandvård	9
1.5. Attityd	10
2. Problemformulering	11
3. Syfte	11
4. Metod	11
4.1. Intervjuguide	12
4.1.1. Pilotintervju	12
4.2. Urval	13
4.3. Datainsamling	14
4.4. Databearbetning	14
4.5. Etiska aspekter	15
5. Resultat	15
5.1. Attityd utifrån Välbefinnande	16
5.1.1. Munhälsan som en del av allmänhälsan	16
5.1.2. Friska tänder	17
5.2. Attityd utifrån Kunskap	18
5.2.1. Kost och drycksbeteende	18
5.2.2. Munhygien	19
5.2.3. Ambivalens	20
5.3. Attityd utifrån Ansvar	20
5.3.2. Tidigare erfarenheter	21
5.3.3. Samhälle	22
6. Diskussion	23
6.1. Metoddiskussion	23
6.2. Resultatdiskussion	24
7. Konklusion	26
8. Referenser	

1. Bakgrund

År 1989 antog Förenta Nationerna (FN) en konvention om barns rättigheter. Denna barnkonvention behandlar det enskilda barnets rättigheter och gäller alla barn, oavsett kultur, religion och socioekonomiska förhållanden. FN:s barnkonvention innehåller 54 artiklar och gäller barn upp till och med 18 års ålder. Av alla länder i världen är det endast USA och Sydsudan som ej skrivit under konventionen (FN 2010). I konventionen beskrivs utvecklande av förebyggande hälsovård som en viktig faktor. Konventionen beskriver barnets mänskliga rättigheter, där en punkt är god hälsa (United Nations Children's Fund 2009). En majoritet i riksdagen röstade den 1 juni 2018 för att göra FN:s barnkonvention till svensk lag. Denna lag är föreslagen att träda i kraft den 1 januari 2020 (Regeringskansliet, 2018).

Den orala hälsan är en del av den allmänna hälsan och definieras enligt FDI, World Dental Federation, som frihet från sjukdom och smärta i ansikte, mun och tänder (FDI 2017) Enligt socialstyrelsen, 2013, påverkas barnets allmänna hälsa så väl som den orala hälsan negativt vid kariesförekomst (SoS, 2013). WHO har satt som ett övergripande mål i Europa att 80 % av alla barn i 6 års ålder ska vara kariesfria år 2020 (SoS, 2018).

1.1. Karies

Karies är en sjukdom som uppstår på grund av syraattacker från specifika bakterier i munhålan. De syraattacker som sker bidrar till att de kristaller av kalciumfosfat, som bygger upp emaljen på våra tänder löses upp. Detta kallas för demineralisering. När syraattacken avtar sker en remineralisering av tandsubstans. Vid remineralisering byggs emaljkristallerna upp igen och förebygger att det blir karies i tanden (Fejerskov & Kidd, 2015). Karies innebär en nedbrytning av dental hårdvävnad orsakad av bakterier. För att tandytan ska förbli frisk krävs det en jämvikt mellan dental biofilm och mineraler. För att mineralerna i emaljen ej ska försvinna krävs det ett stabilt pH-värde som bidrar till en balans av demineralisering och

remineralisering (Fejerskov & Kidd, 2015). När tänderna utsätts för syraattacker upprepade gånger med korta mellanrum klarar inte tandsubstansen av att remineraliseras. Detta i sin tur innebär att tanden får ett initialt kariesangrepp. Den initiala kariesskadan kan även benämnas som kritkaries då den ofta syns som en vit fläck på tandytan. Skulle den initiala kariesskadan ha skett mellan tänderna, upptäcks detta genom granskning av röntgenbilder. Ett initialt kariesangrepp är reversibelt och kan stanna av och den matta vita fläcken blir då istället blankt vit alternativt en mörkare fläck på tanden, så kallat avstannad karies. Skulle det initiala angreppet ej läka ut och istället lösas upp, kommer skadan gå igenom emaljen och in i nästa lager i tanden som består av dentin. När bakterierna når dentinet blir det en manifest kariesskada som behöver åtgärdas (SoS, 2015).

1.2. Primära bettet

I den industriella delen av världen har det sedan 1980-talet skett en minskning av kariesprevalens hos barn, dock ses nu åter en ökning av kariesprevalensen (Petersen et al, 2005; SoS, 2018). Karies i de primära tänderna är ett stort hälsoproblem världen över och kariessjukdom kan innebära en inverkan på livskvaliteten både hos barnet och föräldrarna. Smärta från kariessjukdom kan leda till konsekvenser både socialt och ekonomiskt (Çolak et al. 2013). Tandvården har som uppgift att stötta individen till att nå god oral hälsa genom preventiv tandvård. Karies i primära tänder korrelerar med en ökad risk för karies i permanenta tänder då det redan i förskoleålder etableras goda vanor så som exempelvis munhygienvanor. Kariesförekomst i de primära tänderna ger en framtidsprognos om hur barns orala hälsa kan komma att se ut när de blir äldre. Redan i tidiga barndomsår är tandhygienistens roll viktig genom att arbeta preventivt och på så sätt främja barns orala hälsa (SoS, 2010).

Det är av stor vikt att karies hos barn upptäcks i tid och även att tandvården arbetar med förebyggande åtgärder så tidigt som möjligt för att karies ej ska uppstå (SoS, 2015). Karies hos barn bör åtgärdas innan risk för värk uppstår. Skulle kariesangreppet vara för omfattande finns det risk för att tanden behöver extraheras (Västra Götaland 2017; SBU 2010).

1.3. Determinanter

Figur 1 illustrerar flera olika samverkande determinanter bidrar till risken att drabbas av karies (Selwitz, Ismail & Pitts 2007).

SBU har sammanställt studier som visar högt bevisvärde på att kombination av sociala faktorer, såsom utbildning, inkomst, etniskt ursprung, invandrarbakgrund och geografiskt läge, samt kost och förekomst av mutansstreptokocker är riskfaktorer gällande kariessjukdom hos små barn. Socioekonomisk status kan även påverka vår kunskap om hälsa vilket i sin tur kan påverka vårt hälsobeteende (SBU, 2007; Fisher-Owens et al. 2007; Narvarro et al, 2012). Studierna visar även att frekvent intag av kost innehållande en hög sockernivå var signifikant korrelerat till kariessjukdom (SBU, 2007). Barn tillhör en grupp som är särskilt utsatta, som äter för liten mängd av grönsaker samtidigt som de äter för mycket fett och socker. Den största ökningen av ohälsosamma kostvanor hos barn har setts genom en ökning av läsk och godis. Ett högt sockerintag etableras ofta redan under unga år (Folkhälsoinstitutet, 2005).



0 Personliga faktorer

0 Intraorala faktorer

000 Direkta orsaksfaktorer

Figur I: Determinanter som medverkar till utveckling av kariessjukdom.

(Modifierat efter Selwitz, Ismail & Pitts 2007)

1.3.1 Kost och socker

Karies har ett starkt samband med kostvanor. Intaget av jäsbara kolhydrater och intagsfrekvens påverkar huruvida en kariesskada kan uppstå. Vid intag av kolhydrater och socker ökar syraproduktionen i munhålan och därmed även risken för karies (Fejerskov & Kidd, 2015). Tidigare studier visar att barn som vid sex års ålder har en hög sockerkonsumtion har högre kariesprevalens än barn med lägre sockerkonsumtion (Peres et al. 2016). En annan studie visar att barn i denna ålder bör äta fem till sex mål mat om dagen uppdelade i tre större måltider och två mellanmål, fler måltidsintag än så ökar risken för karies (Koch et al. 2017).

En kohortstudie utförd i Norge 2015 visar att en tidig etablering av en låg konsumtion av sockerhaltiga drycker har positiv effekt gällande kariesfrihet i det primära och permanenta bettet. Oberoende av hur barnets munhygienvanor ser ut kan man se ett starkt samband mellan hög konsumtion av sockerhaltiga drycker och karies hos barn i fem års åldern (Wigen & Wang 2015). Föräldrarna bär ansvar för att lägga en god grund till kostvanor hos barnet och även ansvara för att barnets kost är hälsosam. Fem till sex mål näringsrik mat om dagen rekommenderas. Extra näringsrik kost är extra viktigt med tanke på att små barn ofta äter mindre portioner (Åkeson & Nilsson, 2011; Livsmedelsverket, 2011).

1.3.2 Munhygien

Tandborstning två gånger per dag med fluortandkräm har bevisad effekt att förebygga karies. Borstning med fluortandkräm har betydligt större effekt mot karies än tandborstning utan fluortandkräm (SBU, 2002). Munhälsorelaterade beteenden överförs från föräldrar till barn och etableras i tidig ålder. Störst samband finns det mellan mammans munhälsobeteende och barnets munhälsobeteende (Poutanen et al. 2006). Föräldrars kostvanor och munhygienvanor avspeglas på barnet och har en stor påverkan på barnets framtida munhygienvanor (Sundqvist et al. (2006). I en studie av Mckittrick et al (2014) studerade man mellanstadieelever i 44 olika länder för att kartlägga tandborstvanor. Åttio procent av alla elever borstade tänderna en gång per dag. Endast i hälften av de deltagande länderna borstade tänderna två gånger per dag. Resultatet visade även att det var vanligare att flickor än pojkar borstade tänderna två gånger per dagen.

1.3.3 Sociala faktorer

Den närmaste familjen som finns runt omkring barnet har betydelse och har även ett stort inflytande på barnets uppväxt. Det grundläggande trygga anknytningsmönstret utvecklas i samspel mellan föräldrar och barn (Sundqvist et al. 2006; Sos, 2009). Flertal studier visar ett samband mellan föräldrars och barns orala hälsa och man har även sett ett samband mellan tandvårdsrädsla hos modern och hur munhygienvanor och kostbeteende avspeglas från föräldrar till barn (Sundqvist, 2006; Akpabio et al. 2008; Cortés et al. 2012; Isaksson et al, 2019). Andra faktorer som ses påverka barns orala hälsa är utbildningsnivå och socioekonomisk status (Isaksson et al, 2019). Redan i tidig ålder uppstår socioekonomiska ojämlikheter. Föräldrarnas yrke, inkomst och utbildningsnivå är faktorer som räknas in i den socioekonomiska statusen (Statens Folkhälsoinstitut 2013). Socioekonomin kan påverka hälsan både på individ- och samhällsnivå. Det är känt att socioekonomin påverkar vår kunskap om hälsa och bidrar till olika hälsobeteende i olika socioekonomiska grupper (Fisher-Owens et al. (2007).

1.4. Förebyggande tandvård

Barnets munhälsa och tandborstvanor påverkas av föräldrarnas tandborstvanor. Föräldrar som regelbundet uppmanar sina barn till goda tandborstvanor, genom att instruera, sätta bra rutiner och påminna barnen dagligen om tandborstning, bidrar till att förebygga karies hos barnet (Cortés et al. 2012). Våra vanor gällande munhygien etableras i tidig ålder och om daglig tandborstning introduceras för barnet före ett års ålder förebygger man risken för karies. Hur pass effektiv tandborstningen är beror på borstningstid, teknik och motorik. Barnets finmotorik och fingerfärdighet är färdigutvecklat först när barnet är runt tio år. Detta innebär att föräldrar behöver hjälpa till med barnets tandborstning från det att den första mjölkanden brutit fram tills dess att barnet är tio år (Sharma et al. 2012). Vår livsstil och våra vanor påverkas av våra levnadsvillkor och vilken miljö ett barn växer upp i. Detta i sin tur har stor påverkan på barnets hälsa (Sundqvist et al. (2006).

Fluorid är en effektiv substans i arbetet med att förebygga karies samt att få ett redan uppkommet kariesangrepp att avstanna (Muños & Standley 2013). När fluoridjoner når emalj potentiellas remineralisering. Syftet med att tillsätta fluorid på tänderna är att stoppa en pågående demineralisering och stärka upp emaljen. Fluoridjonerna försämrar metabolismen hos de bakterier som orsakar karies och leder därigenom till minskad syraproduktion. Detta bidrar till att mikroorganismer får svårare att fästa på emaljen (Hansson & Ericson, 2014).

Under senare delen av 1960 - talet introduceras fluortandkräm i Sverige och den tandkräm vi använder idag innehåller nästan uteslutande fluorider. De vanligaste fluorföreningarna som används i dagens tandkrämer är natriumfluorid (NaF), natriumfluorofosfat (MFP) eller dessa två i kombination. Från början användes 1000 ppm fluor i tandkrämerna i Sverige och på 70 talet utvecklades tandkräm med mindre fluorhalt (250 ppm) avsett för barns tänder (SBU, 2002).

Socialstyrelsen rekommenderar att fluortandkräm används på barns tänder från det att den första mjölkanden bryter fram (Holm, 2002). Fluoret i tandkrämen mäts genom ppm, (parts per million; 1 000 ppm=0,1 procent). I dagens Sverige använder vi tandkräm med max 1500 ppm, vilket för närvarande är den högsta tillåtna koncentrationen i Sverige. För barn i åldrarna 0-6 år rekommenderas tandkräm med 1000 ppm medan barn äldre än sex år har samma

rekommendationer som vuxna. Daglig användning av fluortandkräm på unga permanenta tänder har kariesförebyggande effekt (SBU, 2002).

Föräldrar har det övergripande ansvaret att tillgodose de grundläggande behov ett barn har och insatser i munvård är en del i detta och är av stor betydelse. För att tillgodose detta behov kan föräldrarna stötta barnet genom att ha goda munhygienvanor, god uppfattning om den egna orala hälsan samt bistå barnet med kunskap och stöttning (Prabhu et al. 2013).

1.5. Attityd

Inom vetenskapen anses en attityd syfta till en individs värderingar och en attityd anses vara mer än bara en åsikt (Patel & Davidsson, 2011). Attityd kan jämföras med ett förhållningssätt eller en inställning. En individs attityd speglar dess beteende och handlingar. Attityd och beteende skiljs åt genom att en individs beteende utgörs av dennes olika attityder. Flera olika attityder så väl som flera olika faktorer har stor betydelse för hur vi väljer att bete oss (Angelöw & Jonsson, 2000). Attityd och beteende har en stark inverkan på den orala hälsan (Patel & Davidsson, 2011). Våra attityder speglar både vårt beteende och våra åsikter och skapas ofta utifrån normer i samhället. Våra attityder ger uttryck för våra åsikter. Beroende av våra attityder, vårt beteende, vår kunskap och även vår sociala bakgrund skapar vi våra vanor (Rosén 2002). De attityder föräldrar har gentemot kost och munhygien är en viktig faktor gällande prevalensen av karies hos små barn (Skeie et al., 2008). Det man har kunnat se i tidigare studier är att både kostvanor och munhygienvanor är faktorer som man kan se ett samband till vanor och beteende, vilka i sin tur styrs av både vår kunskap om ämnet men även av våra attityder (SBU, 2002). Det finns en nyligen publicerad studie som funnit samband mellan föräldrars attityder till oral hälsa och kariesförekomst hos små barn. Studien gjord av Isaksson et al, 2019, har studerat barn vid ett års ålder och tre års ålder med start 1987 för att sedan göra en uppföljning när barnen var 20 år gamla. Det man såg var dels ett samband mellan barns orala hälsa och mammans attityd kring kost, munhygien och oral hälsa.

2. Problemformulering

År 2018 publicerade Socialstyrelsen ny data som visade på en ökning av karies hos barn i sex-års-åldern i Sverige (Sos, 2018). Även i SkaPa, Svenskt kvalitetsregister för karies och parodontit, registrerade en markant ökning av karies bland barn i åldrarna sex, sju och åtta år. Andelen kariesfria barn varierar mellan länen men ökningen av kariesförekomst hos barn ses i hela landet (SkaPa, 2015). Varken socialstyrelsen eller SkaPa registret svarar på varför karies ökar i dessa åldersgrupper. Det är känt genom tidigare studier att föräldrars beteende och attityder påverkar barnens kostvanor och munhygienvanor (Isaksson et al., 2019; SBU, 2002; Skeie et al., 2008). Genom att utföra en kvalitativ intervjustudie kan en djupare förståelse nås för vilka underliggande attityder hos föräldrarna som påverkar och som i sin tur kan bidra till kunskap för tandvårdspersonal för att arbeta hälsofrämjande med både barn och föräldrar..

3. Syfte

Syftet med studien var att utforska föräldrars attityder kring olika faktorer som anses vara avgörande för uppkomst av karies hos barn i 6-årsåldern.

4. Metod

Studien utfördes som en kvalitativ intervjustudie. Kvalitativ intervjustudie användes på grund av syftet med studien, för att få en fördjupad förståelse för föräldrars attityder kring faktorer som har påverkan för att barn i sexårsåldern ej ska drabbas av karies. Kvalitativ intervjustudie är rekommenderat när studien avser att svara på frågor som hur och varför. Denna metod ger stor uppmärksamhet åt tankar, attityder och motiv inom ett visst ämne och har även tidigare använts inom hälso- och sjukvårdsforskning (Kvale & Brinkman, 2014).

4.1. Intervjuguide

En intervjuguide av semistrukturerade frågor (bilaga 1) togs fram inför intervjuerna. Denna form ger utrymme för spontanitet enligt Kvale & Brinkman (2014). Frågorna i intervjuguiden var av sådan form att svaren på frågorna i viss mån kunde styra strukturen av intervjun. Intervjuguiden var uppbyggd på inledande frågor för att nå en avslappnad atmosfär, för att därefter gå in på fördjupande frågor och avslutningsvis uppföljningsfrågor. Intervjuguiden fungerade som ett underliggande manus till författaren. Planeringen i intervjuguiden var enligt ordningsföljd och struktur rekommenderad av Lantz (2007). För att få mer nyanserade svar än man får genom enkätstudier, användes en semistrukturerad intervjuguide (Malterud, 2001). Olika sorters intervjufrågor användes för att öka variationen på svaren, intervjufrågorna tog upp ämnen som kost, munhygien och fluor och innehöll pronomen som hur, var och vilken... (Kvale & Brinkman, 2014). Frågorna i intervjuguiden bestod av öppna frågor och utgick från studiens syfte. Författaren ställde följdfrågor beroende på svaren på intervjufrågorna. Samtliga frågor som användes i intervjuguiden utvärderades före intervjuerna av kursdeltagare samt handledare i kursen, vilket bidrog till viss justering.

4.1.1. Pilotintervju

En pilotintervju av intervjuguiden genomfördes innan intervjuerna till studien startades. Pilotintervjun skedde vid två olika tillfällen genom intervju med två bekanta till författaren. Det enda kriteriet för urval som togs hänsyn till var att de båda informanterna hade barn som var sex år gamla. Intervjuerna genomfördes enskilt hemma hos varje informant. Informanterna valdes genom ett bekvämlighetsurval med anledning att undersöka om intervjufrågorna ansågs lättbegripliga och om de svarade på de kvalitativa frågeställningarna. Pilotintervjuerna användes ej i studiens resultat. Valet av pilotintervju var också att granska flödet i intervjuguiden för att få en möjlighet till modifiering av frågorna innan intervjustart (Lantz 2007). Intervjufrågorna som hade justerats efter utvärdering av övriga kursdeltagare och handledare fungerade bra och behövde inte justeras ytterligare. Ett försök till analysering av materialet gjordes i syfte att utvärdera analysmetoden (Kvale & Brinkmann 2014). Genom pilotintervjuerna kunde även mobiltelefonens ljudkvalité säkerställas

4.2. Urval

Strategiskt urval är vanligt förekommande inom kvalitativ forskning. Ett strategiskt urval innebär att forskaren väljer deltagare utifrån kriterier som på bästa sätt kan bidra till att syftet med studien besvaras (Polit och Beck, 2008). Det strategiska urvalet bestod av föräldrar till barn på sex år. Kriterierna för urvalet var att barnen skulle vara sex år gamla eller fylla sex år det aktuella året. Kriteriet att barnen skulle vara friska valdes på grund av att barn med sjukdom eller funktionsbegränsning har andra specifika behov och är i större utsträckning beroende av sina föräldrar. Motivet till dessa kriterier var att se ämnet utifrån en bredare variation där inte sjukdomar eller funktionsvariabler inverkar (Graneheim & Lundman 2004, Polit & Beck 2012). Målsättningen var att intervjua 20 föräldrar. Kontakt togs med en barnavårdscentral (BVC) med frågan om att genomföra intervjuerna i deras lokal i samband med sex-års-kontroller. Personalen var positiv från början och en lista på olika tider då barn och förälder/föräldrar infann sig på inplanerade sex-års-kontroller gavs till författaren. Föräldrar tillfrågades konsekutivt om att delta i studien av en barnmorska i samband med att föräldrar och barn var på BVC för kontroll. De första 18 tillfrågade valde att delta, en 19:de person tillfrågades men valde att tacka nej. Efter analys av intervju togs beslut av författaren att deltagarantalet var tillräckligt då mättnad ansågs vara uppnått. Föräldrarna bestod av antingen mamma eller pappa. Mammor och pappor blev erbjudna att delta i enskilda intervjuer. I inget av fallen intervjuades båda föräldrarna, anledningen var att liknande svar troligen hade getts och inte skulle haft något nytt att tillföra studien. Ingen avgränsning fanns gällande etnisk tillhörighet eller socioekonomisk status, även då detta är determinanter som kan inverka på kariessjukdomen. Endast svenskfödda föräldrar deltog dock i studien och 18 föräldrar inkluderades i studien.

4.3. Datainsamling

Samtliga informanter fick i anslutning till intervjun ett informationsbrev som beskrev studiens syfte och målsättning (Bilaga 2) samt fylla i en samtyckesblankett (Bilaga 3). Intervjuerna ägde rum i ett enskilt rum på en BVC- klinik i södra Sverige under våren 2019. Det utvalda rummet hade tilldelats av en ansvarig personal på kliniken och de som tackade ja till studien blev, i samband med besöket för 6-års-kontrollen, visade till rummet av den barnmorska som tidigare undersökt deras barn. Samtliga informanter hade sina barn med inne i rummet. Dessa fick block och kitor som de kunde underhålla sig med under tiden intervjun utfördes. Intervjuerna utfördes därefter genom samtal mellan informanten och författaren med stöd av intervjuguiden (bilaga 1). Intervjuerna spelades in med ljud med hjälp utav en mobiltelefon. Ljudinspelningen bidrog till att författaren hade ett aktivt lyssnande och full uppmärksamhet samt att materialet i efterhand kunde transkriberas ordagrant (Kvale & Brinkman, 2014). Varje intervju tog mellan 20 och 30 minuter att utföra. Intervjuerna utfördes under totalt sex dagar.

4.4. Databearbetning

För dataanalys användes kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim & Lundman, 2004. Den kvalitativa innehållsanalysen bidrog till att både själva innebörden av texten och underliggande meningar kunde tolkas. Kvalitativ innehållsanalys användes då det lämpade sig väl för tolkning av den mängd data som tagits fram utifrån ett visst antal intervjuer. Analysen utgick från innehållet i det transkriberade materialet (Danielsson, 2012). I enlighet med Graneheim och Lundman (2004) gjordes analysprocessen i flera steg där det första steget var att anteckna i samband med intervjuerna för att få en intuitiv uppfattning. Intervjuerna transkriberades, efter varje intervju, ordagrant efter det inspelade ljudmaterialet och bearbetades och analyserades därefter upprepade gånger. Det manifesta innehållet analyserades (Graneheim & Lundman 2004) och meningsbärande enheter kondenserades. Meningsenheterna som togs ut från de transkriberade intervjuerna bestod endast av relevant information sett till studiens syfte. De meningsbärande enheterna kortades därefter ner genom att kondensera texterna som därefter bildade koder för att sedan kategoriseras. Kategorierna

beskrevs utifrån huvudkategorier och subkategorier som innehöll det viktigaste materialet från meningsenheterna (Graneheim & Lundman 2004). Resultat redovisas under huvudkategorier och subkategorier. För att ytterligare styrka trovärdighet, pålitlighet och överförbarhet har resultatet utformats genom citat, vilket stärker författarens tolkning (Kvale & Brinkmann 2014; Graneheim & Lundman 2004).

4.5. Etiska aspekter

World Medical Association (WMA) antog 1964 Helsingforsdeklarationen som föreskrivet etiska riktlinjer gällande forskning på människor och för de som deltar i all typ av medicinsk forskning. De forskningsetiska principerna: Informationskrav, samtyckeskrav, nyttjandekrav och konfidentialitetskrav har tagits i beaktande (Vetenskapsrådet 2002).

Information om studien och dess syfte gavs både muntligt och skriftligt innan intervjun påbörjades. Samtliga deltagare informerades om studien i form av ett följebrev, innan intervjun gavs en muntlig beskrivning av studien i korthet. Förälders samtycke gavs i form av en underskrift på samtyckesblankett (bilaga 3). Föräldern fick information om rätten att ej deltaga, rätten att avstå svara på enskilda frågor och rätten att ta tillbaka sitt samtycke. Nyttjandekravet uppfylldes genom att allt inspelat material nådde författaren och ingen annan. Konfidentialitetskravet uppfylldes genom information till deltagarna om garanti för konfidentialitet genom att intervjuerna avidentifieras och namngavs med ett nummer istället för namn. Föräldern kommer ej att kunna identifieras utifrån urval eller redovisning av studiens resultat. Allt inspelat och skriftligt material raderas efter godkänd uppsats. Etisk egengranskning enligt riktlinjer vid Jönköping University har ifyllts av elev och granskats av handledare (bilaga 4).

5. Resultat

Totalt utfördes 18 intervjuer. Analysen gav tre kategorier, *Attityd utifrån Välbefinnande*, *Attityd utifrån Kunskap* och *Attityd utifrån Ansvar*. Inom varje kategori har det skapats

underkategorier se Tabell 1. Varje underkategori presenteras med text och förstärks med citat från informanter.

Tabell 1. visar de kategorier med tillhörande underkategorier som utgör det slutliga resultatet.

Kategorier	Underkategorier
Attityd utifrån välbefinnande	Munhälsan som en del av allmänhälsan Friska tänder
Attityd utifrån kunskap	Kost och dryckbeteende Munhygien Ambivalens
Attityd utifrån ansvar	Tidigare erfarenheter Samhälle

5.1. Attityd utifrån Välbefinnande

Flera av deltagarna har en positiv attityd gentemot den orala hälsa och ser den som lika viktigt som allmänhälsan. Föräldrarnas attityder visar att det är viktigt för dem att deras barn har friska tänder och de har en inställning till ämnet som visar att de anser att de gör det de kan för att deras barns tänder ska förbli friska. Utifrån detta har två underkategorier skapats, *Munhälsa som en del av allmänhälsan* och *Friska tänder*.

5.1.1. Munhälsan som en del av allmänhälsan

Många föräldrar hade en attityd till oral hälsa som liknade deras attityd gentemot begreppet hälsa i stort. Många ansåg att oral hälsa och övrig hälsa var begrepp som hörde ihop och som

styrdes av varandra.

“Infektioner i munnen påverkar hela kroppen, det finns många följsjukdomar man kan få av bakterierna i munnen.” (F5)

“Får du problem med tänderna kan du få problem med övrig hälsa.” (F4)

En del föräldrar ansåg att oral hälsa kom i första hand och spelade större roll än hälsan i övrigt. Uteslutande handlade attityden om förmågan att kunna tugga, äta och tillgodose sig näringsbehovet. Något som i sin tur är en nödvändighet för att kunna ha en god hälsa rent allmänt.

“Jag tycker att tänderna är viktigare än övrig hälsa, för du måste kunna äta och må bra.” (F5)

Ett par föräldrar ansåg att det var mindre viktigt med barnets tänder i relation till allmänna hälsan och uttryckte inget om samband mellan mun- och allmänhälsan.

“Tänder är inte prio ett, man kan laga. Man lär sig för man ska ha bra vanor men det finns andra saker som är värre, övervikt till exempel, tycker jag är värre än ett hål i tanden.”(F18)

5.1.2. Friska tänder

På frågan om hur de såg på sina barns tandhälsa visade de flesta föräldrar en attityd som tydde på att deras barns tandhälsa var mycket viktig. Anledningen till att tänderna ansågs viktiga berodde mest på föräldrarnas önskan om att barnets permanenta tänder ska sitta livet ut och att de ska vara fria från tandvärk och allt för många tandvårdsbesök.

“Det är viktigt med friska tänder, dem ska sitta livet ut.” (F1)

“Man vill ju inte att dem ska få tandvärk eller behöva gå och laga, även om det är mjölk tänder.” (F2)

En del av barnen hade redan fått någon permanent tand och de flesta deltagare gjorde skillnad på de primära tänderna och de permanenta, medan en del ansåg att det inte var någon skillnad. Den generella attityden till mjölkttandsbettet var att dessa tänder var av mindre vikt medan attityden mot de permanenta tänderna var att det var viktigt att dessa skulle hållas friska, helst livet ut.

“Nu är man extra noga för nu kommer vuxentänderna och de ska ju sitta hela livet. Dessa kan han inte byta ut.”(F9)

5.2. Attityd utifrån Kunskap

Det framkommer i intervjuerna att föräldrarnas attityder i viss mån påverkar deras beteende och att deras kunskap från egna barndomen präglade de attityder de har idag. När det gäller kunskapen så anser sig de flesta föräldrar ha fått information om framförallt tandborstning och fluor i unga år. De vet att de ska borsta tänderna två gånger om dagen för att slippa bakterier och de vet att fluor är bra för tänderna, på samma sätt vet de flesta föräldrarna att socker har en negativ inverkan på deras barns tänder. Detta är kunskap som de fått till sig när de själv vuxit upp. Attityden till dessa ämnen speglas i viss mån av deras kunskap, framförallt gällande vikten av tandborstning två gånger om dagen samt användandet av fluoridtandkräm. Dock har kunskapen om att barnen behöver hjälp med tandborstningen gått om intet och detta märks i föräldrarnas attityder då majoriteten av föräldrarna anser att deras barn klarar borsta tänderna själv. När det gäller sockrets inverkan på barnens tänder verkar kunskapen läggas åt sidan och attityden mot sockret bli plötsligt positiv. Sockret används i vardagen som törstsläckare eller som belöning och attityden till ämnet är att det inte är så farligt, trots en inlärd kunskap som säger något annat. Utifrån detta har tre underkategorier skapats, *Kost och dryckbeteende*, *Munhygien* och *Ambivalens*.

5.2.1. Kost och dryckbeteende

De intervjuade föräldrarna hade en avslappnad attityd gentemot sockerkonsumtion, söta drycker verkar vara mer accepterat att ge på vardagar än till exempel godis. Glass eller

choklad mitt i veckan verkar mer accepterat än till exempel kakor, eller övriga sötsaker.

“Söta drycker dricker vi på helgen, förutom oboy, det dricker han flera dagar i veckan.” (F1)

“Han får inte så mycket godis, bara choklad för det sköljs ju bara bort från tänderna sen.” (F17)

Vissa föräldrar uppger att socker används som belöning, något som de själv tycker är helt acceptabelt. Attityden till ämnet visade på att det inte var något som de tog på särskilt stort allvar.

“Hon får glass ibland i veckan för att uppmuntra henne att äta upp middagen.” (F18)

En del av deltagarna ansåg att de inte hade kontroll över sitt barns sockerkonsumtion på grund av olika anledningar. Attityden hos dessa föräldrar var både uppgivande och ursäktande. De ansåg att barnens sockerkonsumtion ibland var utom kontroll samtidigt som de kände att detta berodde på olika omkringliggande faktorer som exempelvis samhälle eller mor- farföräldrar.

“Mitt barn handlar själv, svårt att styra, det är ett annat samhälle idag.” (F6)

5.2.2. Munhygien

Samtliga föräldrar besitter kunskap om att tänderna ska borstas två gånger om dagen med fluortandkräm. Många av föräldrarna ansåg att deras sex år gamla barn var tillräckligt stora för att klara sig själva och ta egna beslut. Detta såg man bland annat i attityden till tandborstning där de flesta föräldrar lät sina barn borsta tänderna själv både morgon och kväll. Anledningen till varför de lät barnen borsta själv var i de flesta fall att föräldern ansåg att det är så barnet lär sig, medan ett fåtal ansåg att det blev bättre och renare om barnet borstade själv än om föräldern borstade. Samtidigt svarade samtliga föräldrar i studien att tandborstningen var den viktigaste faktorn för att förebygga karies i barnets tänder.

“Det är tandborstningen som är viktigast, den gör att det inte blir hål.”(F5)

Attityden hos de flesta föräldrarna i studien är positiv mot fluorid samtidigt som kunskapen om fluorid är nästintill obefintlig

“Jag vet inte varför det är bra, jag har bara lärt mig att det ska vara så, man ska ha fluor i tandkräm.”(F18)

5.2.3. Ambivalens

I vissa fall antydde föräldrarnas svar på att de var något ambivalenta. De flesta ansåg att socker inte var hälsosamt samtidigt som de flesta gav sina barn sockerhaltiga livsmedel mer än en gång i veckan. men att de trots sin kunskap hade en attityd gentemot ämnet som gick före att agera utifrån kunskap.

“Det hade varit bättre om hon inte drack sött och åt godis men man måste leva också.”(F18)

En deltagare berättade att hon hade läst på om fluorid och att hon egentligen inte tyckte att det var så bra men att hon trots sin inställning till ämnet, lät kunskapen ta överhand i hennes agerande.

“Det skyddar tänderna men det är farligt att svälja, det är ju ett nervgift, men det är ju bra för tänderna så vi använder det.”(F11)

5.3. Attityd utifrån Ansvar

De flesta deltagarna anser att de fått tillräcklig information kring munhälsa och kost under sin egen uppväxt och att informationen kom både från hemmet, tandvården och skolan. Samtidigt ansåg de flesta föräldrar att deras egna barn ej har samma tillgång till information, och att det inte heller är något som det pratas om i hemmet. Det antyds att tänderna är något som man tar för givet. Det framkommer även som önskvärt från föräldrarna att “fluortanten” ska

återinföras i skolor i Sverige. Anledningen uppges vara att de själv upplevt detta som ett inslag i deras egen uppväxt som haft positiv påverkan. Samtidigt har många av föräldrarna svårt att svara på hur fluorid egentligen verkar och vilken betydelse det har för munhälsan. Utifrån detta har två underkategorier skapats, *Tidigare erfarenheter* och *Samhälle*.

5.3.2. Tidigare erfarenheter

Ett fåtal föräldrar ansåg att de hade det yttersta ansvaret för att deras barns tänder skulle hållas friska och fria från karies. Attityden hos dessa föräldrar visade på en inställning mot att deras barn var för små för att klara av detta själva, attityden visades främst när det gällde frågor kring tandborstning där denna grupp föräldrar svarade att de borstade sina barns tänder morgon och kväll samt att de såg till att barnens tänder fick förstärkning av fluorid både genom fluoridtandkräm och extra fluorid tillskott som exempelvis fluoridskölj. Föräldrarnas attityd till faktorer som munhygien och socker kommer dels ifrån deras egna erfarenheter som de fått med sig från barnsben, Samtliga föräldrar antydde att de ansåg att barnen bör borsta tänderna två gånger om dagen med fluoridtandkräm.

“Vi borstade tänderna morgon och kväll men det var aldrig någon som tjtade eller hjälpte till.” (F5)

“Fluor gör tänderna starkare och används för att hålla sig mer friska och för att vi inte ska få hål.” (F17)

Samtidigt som de flesta föräldrar hade en positiv attityd till tandvården och själv ansåg att de lärt sig mycket från tandvården under sin egen uppväxt, antydde deras attityd inte att detta var information som de ansvarade över att det skulle överföras till deras egna barn utan hade istället en mer negativ bild gentemot tandvård och information idag.

“Jag har fått den generella informationen från tandvården på årliga besök” (F3)

5.3.3. Samhälle

En gemensam faktor i de flesta intervjuerna är att det var bättre förr. Föräldrarna visar på en attityd som är betydligt mer positiv när det kommer till deras egen uppväxt och uppfattningen om samverkan mellan samhälle, skola och tandvård. Attityden mot de olika instanserna idag visar på brist i förtroende och information. De flesta föräldrarna ansåg att det är betydligt mindre information kring tandborstning, fluorid och socker idag jämfört med när de själv växte upp. Många av deltagarna ansåg att informationen kom både från tandvården och hemmet

“Jag har fått mer information själv jämfört med vad mitt barn får. Han har inte fått någon information och är väldigt sällan hos tandläkare och han eller vi har inte fått någon info om HUR man ska borsta och vilka tänder som ska tappas och när.” (F 3)

En del föräldrar ansåg att det fanns brister i informationen från hemmet kring socker men visade samtidigt en inställning att det är det förändrade samhället som bör stå till svars för den ökade sockerkonsumtionen.

“Vi pratade aldrig om vad vi åt men det var inte som idag, inte samma tillgång till socker.”(F1)

Många deltagare tog upp “fluortanten”, som kom till skolan ibland och lät barnen skölja med fluorid och gav information kring ämnet, som en viktig källa till information och ställde sig frågandes till varför man valt att inte längre ha denna insats i skolorna. Attityden mot “Fluortanten” är positiv och en önskan om återinförande i skolan är hög.

“Fluortanten, varför tog man bort det, vi lärde ju oss att det var viktigt.”(F15)

6. Diskussion

6.1. Metoddiskussion

Valet att intervjua 18 föräldrar har gjorts för att uppnå mättnad och samtidigt med hänsyn till tidsaspekten och omfattningen av uppsatsen. Föräldrarna hade kort tid på sig att besvara om de ville delta i studien och platsen för studien var redan förutbestämd. Detta kan ha påverkat intervjudeltagarens trygghet och bidragit till att viss stress kan ha uppstått. Samtidigt befann de sig på en plats där de varit förut med sina barn och frågan ställdes av en person de kände tillit till. De fick all information enligt de etiska forskningsprinciperna och var fullt införstådda med att de kunde avbryta sin medverkan när som utan några konsekvenser. Ingen av intervjudeltagarna kände till författaren sedan tidigare vilket kan vara positivt då svaren inte påverkats av att intervjudeltagarna känt till författarens eventuella syn på ämnet. Informanterna består av föräldrar vars barn är sex år gamla. Slumpmässigt blev det endast svenskfödda föräldrar. Genom det strategiska urvalet hade föräldrar med utländsk härkomst samt BVC kliniker med olika socioekonomiska upptagningsområden kunnat valts ut för att nå en större mångfald i studien. I vilken samhällsklass de olika informanterna kom från vet vi ej då inga frågor ställts om arbete eller ekonomi. Detta hade kunnat vara intressant för studien med tanke på de resultat som framkommit både i studier av Isaksson et al (2019) samt Fisher-Owens et al. (2007) om hur socioekonomiska faktorer påverkar vår kunskap om hälsa och bidrar till olika hälsobeteende.

Frågorna i studien fick diskussionen att löpa på, vissa pauser uppstod, författaren valde då att vara tyst och invänta att intervjudeltagaren skulle uppta diskussionen igen. Den semistrukturerade intervjuguiden bestod av frågor som berörde ämnena munhygien, fluorid och kost. En semistrukturerad intervjuguide bidrar till denna öppna diskussion till ämnet och visar på att frågorna hade tillräcklig öppenhet och bredd (Kvale och Brinkman, 2014). Den semistrukturerade intervjuguiden bidrog till att informanterna svarade på liknande frågor kring det aktuella ämnet. Detta bidrog till att det blev enklare att se olika mönster i svaren från intervjuerna, vilket bidrog till en bättre analys.

För att minska risken att information från intervjuerna skulle gå förlorad användes mobiltelefon för ljudupptagning. En nackdel med detta var att det fanns en risk att ljudkvalitén skulle bli dålig (Kvale och Brinkman, 2014). För att undvika detta kontrollerades ljudkvalitén för varje enskild intervju. Icke- verbal information, som exempelvis kroppsspråk och miner, har inte tagits hänsyn till i analysen.

Pålitligheten i studien kan påverkas av att analysen gjorts av en ensam författare och ej diskuterats med flera personer. Valet att ej låta någon annan medverka i analysprocessen eller att ha en så kallad "member check", där man konsulterar en studiekamrat för feedback, beror till stor del på tidsbegränsning men kan innebära att pålitligheten påverkats (Graneheim och Lundmans, 2004). Den kvalitativa ansatsen bidrog till en större möjlighet för författaren att få en ökad förståelse för deltagarnas attityder och erfarenheter (Malterud, 2009)

6.2. Resultatdiskussion

I resultatet framkom tre huvudkategorier, *Attityd utifrån välbefinnande*, *Attityd utifrån kunskap* och *Attityd utifrån ansvar*. I de olika kategorierna framkommer attityder som alla på ett eller annat sätt berör ämnena kost, munhygien och fluorid. Kategorierna kompletterar varandra samtidigt som de berör olika problemområden.

Under rubrikerna *Oral hälsa och allmän hälsa* och *vikten av friska tänder* ser vi att föräldrarna är måna om att deras barn ska ha en god allmänhälsa såväl som en god oral hälsa. Problemområdet som framkommer är att en stor del av föräldrarna skiljer på de primära tänderna och de permanenta tänderna, och har en attityd som tyder på att de tror sig kunna ändra hälsobeteende hos sig själv och sina barn när väl de permanenta tänderna kommer. Socialstyrelsen beskriver hur kariesskada i det primära tänderna kan ge en framtidsprognos för ohälsa i det permanenta tänderna på grund av att vi etablerar våra munhygienvanor redan i förskoleåldern. Föräldrarnas tro om att de permanenta tänderna är viktigare än de primära blir ett problem för både barns orala hälsa och tandvården. Tandvården kommer få arbeta hårdare med att förändra hälsobeteende och attityder hos barn som redan har hunnit etablerat ett dåligt munhälsobeteende.

Under rubrikerna *kost och drycksbeteende, munhygien* och *ambivalens* framkommer det att sockerkonsumtionen hos de sex år gamla barnen är rätt så hög, framför allt när det kommer till söta drycker. Föräldrarnas attityd antyder att socker är acceptabelt att använda vid belöning och uppmuntran och deras attityd mot tandborstningen visar att de anser att tandborstningen är betydligt viktigare än kosten när det gäller risk för karies. Det finns flera studier som visar ett starkt samband mellan kost och karies (Gustafsson et al. 1954; Honne et al. 2011). I och med det resultatet som framkommit har tandvården mycket arbete att lägga på att informera föräldrarna om detta samband. Detta är ett område där tandvården brister. Gällande tandborstningen har föräldrarna attityden att barnen klarar borsta rent tänderna själv trots att studier visar att så ej är fallet. Sharma et al. (2012) påpekar i sin studie att små barn behöver vuxnas hjälp med tandborstning upp till tio års ålder. Detta på grund av att fingerfärdighet och finmotorik inte är fullt utvecklat förrän då. Även här visar tandvården alltså brister i information till föräldrar.

Under rubrikerna *Tidigare erfarenheter* och *Samhälle*, framkommer en attityd hos föräldrarna som tyder på att de gärna lägger ansvaret över deras barns orala hälsa på tandvård och samhälle. Åkeson & Nilsson (2011) menar att det är föräldrars ansvar att goda kostvanor finns med som en bra grund från unga år. Prabhu et al. (2013) menar att det är föräldrarnas ansvar att barnet har tillräcklig information för att tillgodose deras behov av en god munhälsa och friska tänder.

Även om det yttersta ansvaret för barnens orala hälsa ligger på föräldrarna, har även tandvården ett ansvar att informera och utbilda så att föräldrarna kan göra hälsosamma val för sina barns orala hälsa. Kunskap använder vi oss av för att omvärlden ska kunna bli både hanterbar och begriplig. Det är den aktuella tiden som vi lever i som styr vår kunskap och vårt behov av diverse kunskap. Idag fås kunskap framförallt genom tekniken och sociala medier medan vi tidigare har fått kunskap genom muntlig delgivning människor emellan (Gustavsson 2000).

Ur ett samhällsperspektiv behövs en ökad tillgång till information som kan bidra till att föräldrar får mer kunskap kring sina barns tänder, vilket kan bidra till en ökning av antalet föräldrar som hjälper sitt barn borsta tänderna. Förhoppningsvis leder detta till en minskad

sockerkonsumtion bland åldersgruppen. Detta då information och kunskap bör leda till förändrade attityder bland föräldrarna. Våra attityder påverkar våra beslut och styr vårt beteende. Inom beteendeforskning finns olika teorier som kan bidra till en förståelse för hur pass viktiga våra attityder är för våra beteendeval. Inom tandvården har vi ett ansvar att arbeta med dessa attityder och se till att arbetet med attityderna till tandvården, så väl som mot de olika kariesassocierade faktorerna, är delar som ingår i mötena med patienter och föräldrar.

Det krävs vidare forskning inom området. Förslag på fortsatta studier inom området är exempelvis studier om tandvårdspersonalens attityder kring kariespreventiva faktorer som kan erhållas i hemmet hos 6 åriga barn. Det finns också behov av en ökad tillgång av samhällsinformation för att öka egenmakten och ge bättre förutsättningar att göra viktiga hälsoval gällande barnets munhälsa. Informationen bör dels ges vid besöken hos tandvården men även av skola, barnhälsovård och som samhällsinformation från högre instanser. Exempel på hur information kan nå ut till befolkningen kan dels vara genom samarbete mellan yrkesgrupper men även med hjälp av media.

7. Konklusion

Syftet med studien var att utforska föräldrars attityder kring olika faktorer som anses vara avgörande för uppkomst av karies hos barn i 6-årsåldern. Resultatets tre kategorier visar att föräldrarnas attityder kring olika faktorer, som anses vara avgörande för kariesförekomsten hos sexåriga barn, baseras på attityder kring välbefinnande, kunskap och ansvar i relation till oral hälsa.

Samtliga föräldrar i studien anser att deras barns orala hälsa är viktig för välbefinnandet och de flesta föräldrar vill ej att deras barn ska behöva drabbas av karies. Attityderna visar på vissa kunskapsluckor och även brist i information. Bristen på kunskap ses gällande munhygien och tandborstning där föräldrarna anser att tandborstningen är den enskilt viktigaste komponenten för att undvika karies och bristen i information ses gällande kost och sockerkonsumtion där föräldrarna har en märkbart avslappnad attityd mot socker som gör det

acceptabelt med socker som en naturlig del i vardagen. WHO har ett övergripande mål att 80% av barnen i Europa ska vara kariesfria år 2020 (Sos, 2018). Denna studie bidrar till att detta mål kan nås, på grund av att tandvårdspersonal blir medvetna av informationens betydelse samt vikten av bettendepåverkande metoder när det gäller att arbeta med attityder hos föräldrar som har barn i sex års åldern.

8. Referenser

Akpabio A, Klausner CP, Inglehart MR (2008). Mothers' guardians' knowledge about promoting children's oral health. *Journal of Dental Hygiene* 82(1), s. 1-12.

Angelöw, B. & Jonsson, T. (2000). *Introduktion till socialpsykologi*. (2., [rev.] uppl.) Lund: Studentlitteratur

Çolak, H., Dülgergil, C.T., Dalli, M. & Hamidi, M.M. (2013). Early childhood caries update: A review of causes, diagnoses, and treatments. *Journal of Natural Science, Biology and Medicine*, 4 (1), 29–38.

Cortés, D. E., Réategui-Sharpe, L., Spiro, I. A., & García, R. I. (2012). Factors affecting children's oral health: perceptions among Latino parents. *Journal Of Public Health Dentistry*, 72(1), 82-89.

Danielsson, E. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I: Henricsson, M. (red.) *Vetenskaplig teori och metod- Från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 329-344). Lund: Studentlitteratur AB.

Fejerskov, O., & Kidd, E.A.M. (2015). *Dental Caries. The disease and its clinical management* (2. uppl. kap. 1-3, 12, 26). Oxford: Blackwell Munksgaard

Fisher-Owens, S.A., Gansky, S.A., Platt, L.J., Weintraub, J.A., Soobader, M.J., Bramlett, M.D. & Newacheck, P.W. (2007). Influences on children's oral health: a conceptual model. *Pediatrics*, 120 (3), 510-520.

Folkhälsoinstitutet. Kunskapsunderlag till Folkhälsopolitisk rapport 2005. Goda matvanor och säkra livsmedel; 2005.

Förenta nationerna. (2010) Vad gör FN för barns mänskliga rättigheter? Tillgänglig: <http://www.fn.se/fn-info/vad-gor-fn/vad-gor-fn-for-barn/barns-manskliga-rattigheter/> [2019-03-06]

Gustavsson, B. (2000). Kunskapsfilosfi: tre kunskapsformer i historisk belysning. Smedjebacken: ScandBook AB.

Gustafsson, B.E., Quensel, C.E., Lanke L.S., Lundqvist, C., Grahnen, H., Bonow, B.E. & Krasse, B. (1954). The Vipeholm dental caries study. The effect of different levels of carbohydrate intake on caries activity in 436 individuals observed for five years. *Acta Odontologica Scandinavica*, vol 11, ss 232-364.

Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112.

Hansson, B.O. & Ericson, D. (2014). *Karies: sjukdom och hål*. (3., omarb. och utök. uppl., s.95-99). Stockholm: Gothia fortbildning

Holm, Anna-Karin (2002). *Att förebygga karies: en systematisk litteraturöversikt*. Stockholm: SBU [Tillgänglig elektroniskt 2019-02-27] https://www.sbu.se/contentassets/84b23d321fd3462c93d996088c925344/kapitel_3_fluor.pdf

Honne T, Pentapati K, Kumar N & Acharya S. Relationship between obesity/overweight status, sugar consumption and dental caries among adolescents in South India. *International Journal of Dental Hygiene*. 2011; 10: 240-244.

Isaksson, H., Koch, G., Alm, A., Nilsson, M., Wendt, L. K., & Birkhed, D. (2019). Parental factors in early childhood are associated with approximal caries experience in young adults—A longitudinal study. *Community dentistry and oral epidemiology*.

Koch, G., Poulsen, S., Espelid, I. & Haubek, D. (red.) (2017). *Pediatric dentistry: a clinical approach*. (3.uppl., s.118-126). West Sussex: Wiley Blackwell

Kramer, A.C., Skeie, M.S., Skaare, A.B., Espelid, I. & Ostberg, A.L. (2013). Caries increment in primary teeth from 3 to 6 years of age: a longitudinal study in Swedish children. *European Archives of Paediatric Dentistry*, 15 (3), 167-173

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Uppl. 3. Lund: Studentlitteratur AB.

Lantz, A. (2007). *Intervjumetodik*. Uppl. 2:6. Lund: Studentlitteratur AB

Livsmedelsverket (2011). Råd om mat för barn 0-5 år – hanteringsrapport som beskriver hur risk- och nyttovärderingar, tillsammans med andra faktorer, har lett fram till Livsmedelsverkets råd. Livsmedelsverket: National Food Agency. Sweden, rapport 22.

Malterud, K. (2001). Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *The lancet*, 358(9280), 483-488.

Malterud, K., & Midenstrand, M. (2009). Kvalitativa metoder i medicinsk forskning: en introduktion [In Swedish]. *Qualitative studies in medical research: An introduction*.

McKittrick, T-R. & Jacobsen, K-H. (2014). Oral hygiene practices among middleschool students in 44 low- and middle-income countries. *International Dental Journal*, 64 (3), 164-170.

Muños, H.E. & Standley, E. (2013). Current fluoride modalities for reduction of dental caries. *Registered Dental Hygienist*, 33 (2), 63-69.

Patel, R., & Davidsson, B. (2011). *Forskningsmetodikens grunder*. Lund: Studentlitteratur

Petersen P.E., Bourgeois, D., Ogawa, H., Estupinan-Day, S. & Ndiaye, C. (2005). The global burden of oral diseases and risks to oral health. *Bull World Health Organ*, 83 (9), 661-669.

Peres, M. A., Sheiham, A., Liu, P., Demarco, F. F., Silva, A. R., Assunção, M. C., & ... Peres, K. G. (2016). Sugar Consumption and Changes in Dental Caries from Childhood to Adolescence. *Journal Of Dental Research*, 95(4), 388-394.

Polit, D.F. & Beck, C. T. (2008). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. (8. ed.) Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Poutanen R, Lahti S, Tolvanen M, Hausen H (2006). Parental influence on children's oral health-related behavior. *Acta Odontologica* 64(5), s. 286-292.

Prabhu, A., Prasad Rao, A., Reddy, V., Ahamed, S., Muhammad, S. & Thayumanavan, S. (2013). Parental knowledge of pre-school child oral health. *Journal of Community Health*, 38 (5), 880-884.

Regeringskansliet (2018)

<https://www.regeringen.se/regeringens-politik/barnkonventionens-vag-mot-svensk-lag/>

Rosén, P. (2002). Attitudes to prioritisation in health services: the views of citizens, patients, health care politicians, personnel and administrators. Göteborg: Nordiska Hälsovårdshögskolan i Göteborg.

Selwitz, R. H., Ismail, A. I., & Pitts, N. B. (2007). Dental caries. *The Lancet*, 369(9555), 51-59.

Sharma S, Yeluri R, Jain AA, Munshi AK (2012). Effect of toothbrush grip on plaque removal during manual toothbrushing in children. *Journal of Oral Science* 54(2), s.183-190

Socialstyrelsen (2009). Folkhälsorapport 2009. Stockholm: Socialstyrelsen, s. 49, 244-245.

Svenskt kvalitetsregister för karies och parodontit (2018). *Årsrapport*. Karlstad: Svenskt kvalitetsregister för karies och parodontit.

Socialstyrelsen. (2010). Övergripande nationella indikatorer för god tandvård. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2015). *Karies hos barn och ungdomar - Epidemiologiska uppgifter för år 2014 [Elektronisk resurs]*. (2015). Socialstyrelsen Tillgänglig på Internet [2019-03-06]: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19993/2015-11-36.pdf>

Socialmedicinsk tidskrift. Ett tandvårdsperspektiv på förebyggande och hälsofrämjande verksamhet – exempel på kariesprevention från Västra Götaland 2017 Tillgänglig elektroniskt [2019-03-06]: <http://socialmedicinsktidskrift.se/index.php/smt/article/view/1620>.

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. Tandförluster. 2010 Tillgänglig elektroniskt [2019-03-06]: <https://www.sbu.se/sv/publikationer/SBU-utvarderar/tandforluste/>

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (2002). Att förebygga karies: en systematisk litteraturöversikt. Stockholm: SBU.

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (2007). *Karies - diagnostik, riskbedömning och icke-invasiv behandling [Elektronisk resurs] : en systematisk litteraturöversikt : december 2007*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU).

Statens Folkhälsoinstitut. (2013). *Folkhälsan i Sverige: årsrapport 2013*. Stockholm: Socialstyrelsen

Sundqvist R, Larsson E, Nyberg A, Fällström M, Dashti F, Petersson L, Julihn A, Espelid I, Skaare A, Øgaard B (2006). En första rapport från studie av karies hos 3-åringar. *Tandläkartidningen: Vetenskap & Klinik* 98(4), s. 68-72.

Vetenskapsrådet (2002) *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Vetenskapsrådet.

Wigen, TI. & Wang, NJ. (2015). Does early establishment of favorable oral health behavior influence caries experience at age 5 years? *Acta Odontologica Scandinavica*. 73(3), 182-187. doi: 10.3109/00016357.2014.976264.

World Dental Federation, FDI (2017). FDI's definition of oral health. [Elektronisk] Tillgänglig: www.fdiworlddental.org

World medical Association [Elektronisk resurs]. (2004).

<https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

Åkeson N & Nilsson K (2011). *Matvanor och livsmedel: Kunskapsunderlag för Folkhälsopolitisk rapport 2010*. Växjö: Davidsons Tryckeri AB, s. 69.