



JÖNKÖPING UNIVERSITY
School of Health and Welfare

Attityder och erfarenhet avseende munhygien hos en grupp vuxna med utländsk bakgrund i Sverige

HUVUDOMRÅDE: *Oral hälsa*

FÖRFATTARE: *Margaret Olaniran och Sofia Tomtélius*

Sammanfattning

Syfte: Syftet med denna kvalitativa studie var att studera attityder och erfarenheter om munhygien hos en grupp vuxna med utländsk bakgrund i Sverige. **Material och Metod:** Intervjuer utfördes med tio informanter på en SFI-utbildning i Sverige. En frågeguide med öppna frågor användes. Intervjuerna utfördes på svenska och engelska. **Resultat:** Det visade sig att det fanns ett antal bidragande faktorer till informanternas attityder och erfarenheter kring munhygien. Dessa faktorer/subkategorier ingick under fem huvudkategorier. Huvudkategorierna var hälsomedvetenhet, motivation, social påverkan, pris och munhygienrutiner. Informanterna ansåg att det var svårt att bryta gamla vanor. De var vana vid att använda både tandborste och Miswak, men de var inte vana vid approximal rengöring. **Slutsatser:** Tandvårdspersonal bör vara lyhörd för vad migranter kan och tycker, men även kunna delge inflyttande information om svenska tandvårdskulturen på ett bra sätt.

Nyckelord: kultur, migrant, munhygienvanor, oral hälsa, Sverige

Summary

Attitude and experience in oral care in a group of adults with a foreign background in Sweden

The aim: The aim of this qualitative study was to study the attitudes and experiences about oral care in a group of adults with a foreign background in Sweden. **Method:** Interviews were conducted with ten informants on a SFI training in Sweden. An interview guide with open questions was used. The interviews were conducted in Swedish and English. **Results:** There were a number of contributing factors to the informants' knowledge, attitudes and experiences regarding oral hygiene. These factors were termed as subcategories and were listed below five main categories. The main categories were health awareness, motivation, social influence, prices and oral hygiene practices. The informants felt that it was difficult to break old habits. They were accustomed to using both toothbrush and Miswak, but not inter dental cleaning aids. **Conclusions** Dental professionals should be sensitive to the knowledge and the capabilities of migrants but also be able to convey the Swedish dental culture in a good way.

Keywords: culture, dental hygiene habits, migrants, oral hygiene, Sweden

Innehållsförteckning

Inledning	1
Bakgrund.....	1
Oral hälsa och munhygien	1
Gingivit och parodontit.....	2
Karies.....	2
Orala egenvårdsrekommendationer	2
Utländsk bakgrund.....	4
Svenska för invandrare (SFI).....	4
Oral hälsa hos personer med utländsk bakgrund	5
Socioekonomiska faktorer och oral hälsa.....	5
Definition av attityd och erfarenhet.....	6
Problemformulering.....	6
Syfte	7
Material och metod	7
Studiedesign	7
Urval	7
Provintervju	8
Datainsamling	8
Databearbetning	9
Etiska överväganden	9
Resultat.....	10
Bortfall.....	10
Hälsomedvetenhet.....	11
Motivation	13
Social påverkan.....	14
Pris	16
Munhygienrutiner	16
Diskussion	18

Metoddiskussion	18
Resultatdiskussion	19
Slutsatser	21
Referenser	22

Bilagor

Bilaga 1_Information och samtyckes brev till rektor och lärare

Bilaga 2 Information och samtyckes brev till informanter

Bilaga 3 Frågeguide

Bilaga 4 Tabell 1: Kod, subkategori och huvudkategori

Inledning

Förebyggande av orala sjukdomar kräver en multifaktoriell inriktad strategi. Goda kostvanor är avgörande, men även användning av lämplig kemisk och mekanisk rengöring (Socialstyrelsen, 2011). Detta för att förhindra karies och parodontala sjukdomar. Då vi lever i ett mångkulturellt samhälle med många utländska individer, så är professionell tandvård i Sverige i ständig utveckling. Tandvården måste hela tiden modifieras och bli bättre på att möta upp alla individers förutsättningar i anknytning till kulturella skillnader. Preventivt arbete och utbildning om oral hälsa hos olika individer behövs, men kan endast lyckas om det är anpassat till inriktad grupp. Grundläggande munhygienvanor och även information om kultur, tro, folkgrupp och beteenden som kan påverka i en odontologisk kontext behövs kännas till. Genom att intervjua individer med utländsk bakgrund har författarna som mål att kunna få en inblick i vilka kunskaper och attityder som finns kring användning av orala hjälpmedel hos individer med utländsk bakgrund.

Bakgrund

Oral hälsa och munhygien

”Oral hälsa är en del av den allmänna hälsan och bidrar till fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande med upplevda och fullgoda orala funktioner satta i relation till individens förutsättningar, samt frånvaro av orala sjukdomar” (Hugoson, 2003).

Oral hälsa uppnås när en individ har frånvaro av kronisk smärta i mun och ansikte, samt är utan orala sår och missbildningar i t.ex. läpp och gom. Andra sjukdomar såsom oral- och halscancer, karies, parodontala sjukdomar eller övriga sjukdomar och problem som kan påverka munnen ska inte heller finnas (WHO, 2016).

En god munhygien uppnås då plack avlägsnas från munhålan regelbundet. Att ha en frisk mun är för de flesta personer avgörande för att uppnå en god livskvalitet och välbefinnande.

Genom att upprätthålla en god munhygien minskar risken för att orala sjukdomar och problem ska uppstå. Dessutom minskar även risken för bakteriespridning ut till blodbanan och därmed att allmänna sjukdomar ska uppstå. Munnen påverkar övriga kroppen och tvärt om. Därför är det viktigt att ha goda orala förhållanden (Darby & Walsh, 2015).

Gingivit och parodontit

Gingivit är en inflammation av tandköttet orsakat av bakterieansamling, men kan även orsakas av andra systemiska faktorer. Inflammationen är dock oftast relaterad till dålig munhygien. Detta är ett tillstånd som är reversibelt och ger inte förlust av parodontala stödjevävnader. De kliniska tecknen på gingivit är rodnad, svullnad och lättblödande tandkött. Parodontit är inflammation av tändernas stödjevävnader. Det benämns även tandlossning och är ett irreversibelt tillstånd. Inflammationen sträcker sig från gingivan till bindvävnad och alveolärt ben som stödjer tänderna. De vanligaste typerna av parodontit är kronisk och aggressiv parodontit. Kronisk parodontit uppstår när det sker en inflammation i tändernas stödjevävnader och därmed leder till nedbrytning och förlust av dessa vävnader. Aggressiv parodontit kännetecknas med en snabb och avancerad förlust av tandens stödjevävnad och är mest förekommande hos barn och unga vuxna (Darby & Walsh, 2015).

Karies

Karies är en oral sjukdom med multifaktoriell uppkomst. Den uppstår då det blir obalans mellan försvars- och angreppsfaktorer. En försvarsfaktor är t.ex. fluor. Ett regelbundet intag av fluor är viktigt för att undvika karies. Fluor stärker emaljen och motverkar karies. Direkta orsaksfaktorer för att karies ska uppstå är tand, kostvanor, tid och bakterier i biofilmen. Kariogena bakterier är bland annat *Streptococcus mutans* och *Laktobaciller*. Dessa bakterier har egenskaper att omvandla sackaros till organiska syror. Syrorna skapar en sur miljö i munhålan, vilket resulterar i att pH-värdet i saliven sjunker. Tändernas emalj är uppbyggd av kalciumkristaller och dessa luckras upp. Vid uppluckringen tar sig vätejoner från saliven in mellan kristallerna. Från början fanns en jämvikt mellan jonerna, men den förskjuts vid uppluckringen av emaljen. Slutligen frigörs kalcium- och fosfatjoner och tar sig ut från tanden. En demineralisering av tanden har då skett. När pH-värdet har neutraliserats kan dock jonerna ta sig tillbaka till emaljen igen. Det har då skett en remineralisering. Om demineralisering sker oftare än remineralisering, så hinner inte tandytan repareras. Följden kan då bli karies i tanden (SBU, 2002 & Featherstone, 2008).

Orala egenvårdsrekommendationer

För att undvika karies och andra sjukdomar i munnen läggs betoning på oral rengöring. Det rekommenderas att borsta tänderna två gånger dagligen med fluortandkräm med rätt tandborstningsteknik, d.v.s. gnuggande rörelser, samt sila-skum-metoden och att komplettera

med rätt approximala hjälpmedel (Socialstyrelsen, 2011). Tandborstningen bör ske i 2 minuter vid varje tillfälle, med 2cm fluortandkräm för vuxna, då fluor har påvisats ha en hämmande effekt mot karies (Darby & Walsh, 2015).

I många länder i Afrika och Asien är Miswak ett känt alternativt munhygienhjälpmedel till tandborste och har använts i många år bland befolkningen. Miswak används av många på grund av religion och tradition som uppmanar till regelbunden användning av denna. Användning av Miswak upplevs vara enkel, har en låg kostnad och är lättillgänglig. Detta gör den mer populär bland personer i utvecklande länder. Miswak tillverkas mest av busken *Salvadora persica*s grenar, rötter och stammar i form av pinnar. Denna pinne tuggas vid toppen, så att små fiberstrån bildas. Miswak är tillräckligt effektiv för att ta bort plack med och därmed kunna upprätthålla en bra munhygien. Det har även visats sig att Miswak har en signifikant antimikrobiell effekt på karies- och parodontitbakterier, då en lägre karies- och parodontitförekomst ses hos Miswakanvändare (Wu, Darout & Skaug, 2001). Tandborstningsfrekvensen av Miswak sker så ofta som fem gånger per dag. Det behövs ingen tandkräm vid användningen och rengöring med Miswak pågår i minst två minuter. Alla tandytor d.v.s. bukkala, palatinala, linguala och även approximala tandytor rengörs vid användning av Miswak (Wu et. al, 2001).

Varierande attityder kan ha en signifikant effekt på individens beteendemönster kring munhälsan. Dåliga vanor, exempelvis felaktiga rutiner vid munhygienvanor är predisponerade för förekomsten av oral ohälsa. För att främja munhälsan behövs positiva beteenden, såsom goda egenvårdvanor som inkluderar regelbunden tandborstning och mellanrumsrengöring (Thomson, 2012). Vid behandling av orala sjukdomar som karies och parodontit, har bra munhygienvanor redovisats ha stor vikt för lyckat resultat. I detta inkluderas tandborstning, mellanrumsrengöring och individanpassad fluoranvändning (Socialstyrelsen, 2011). God interdental rengöring har visat sig vara viktig för att uppnå bra oral hälsa (Jackson, Kellett, Worthington & Clerehugh, 2006). Bland Saudiarabiska studenter visade det sig att studenterna inte följde de rekommenderade egenvårdsinstruktionerna när det gäller bl.a. tandborstning och tandtråd. Det var 2 % som använde tandtråd, 32 % använde trätandpetare och 39 % använde Miswak istället för tandborste och resterande använde inga orala hjälpmedel (Shah & Elhaddad, 2015).

Utländsk bakgrund

Invandring i Sverige har skett sedan många år tillbaka och under 1980-talet kom en stor grupp asylsökande till Sverige. Då invandrade 39 426 personer till Sverige (Statistiska centralbyrån [SCB], 2016). Det var bland annat personer från Eritrea, Irak, Iran, Jugoslavien, Libanon, Somalia, Syrien, och Turkiet som sökte ett nytt hem i Sverige (Migrationsverket, 2013). Dock är 2014 rekordåret för invandring i Sverige med 126 966 migranter. Detta på grund av oroligheter som pågått i många länder. Antalet personer som invandrade år 2014 gav en ökning med 9,6 % jämfört med året innan (SCB, 2014).

Personer med utländsk bakgrund definieras enligt Statistiska centralbyrån som "*utrikes född med två utrikes födda föräldrar*" eller "*inrikes född med två utrikes födda föräldrar*". Personer med svensk bakgrund definieras som "*inrikes född med en inrikes och en utrikes född förälder*" eller "*inrikes född med två inrikes födda föräldrar*" eller "*utrikes född med två inrikes födda föräldrar*" (Meddelande i samordningsfrågor [MIS] 2002:3). Individer med utländsk bakgrund är en stor grupp i Sverige. Det finns en prognos för år 2020 som visar att var fjärde person i Sverige i åldrarna 25-64 år kommer att vara född utomlands. År 2014 var en femtedel av personerna i dessa åldersgrupper födda utomlands (SCB, 2015).

Svenska för invandrare (SFI)

Personer med utländsk bakgrund som är nyanlända till Sverige har full rätt att få utbildning i det svenska språket på en SFI-utbildning (svenska för invandrare), förutsatt att de saknar de grundläggande kunskaperna som krävs i det svenska språket. SFI-utbildningar har som mål att lära ut grunderna i svenska. Det året som den nyanlända personen fyller 16 år finns det rättigheter att få delta i en SFI-utbildning. Det finns ingen övre åldersgräns för att få delta (Skolverket, 2015). De som går på SFI vill främst lära sig svenska, för att sedan ha lättare att få jobb efter utbildningen eller få någon typ av ersättning under studietiden, för att kunna försörja sig. Det ges nödvändig information på SFI om hur de ska kunna orientera sig och lättare integrera sig i det svenska samhället (SCB, 2009). På SFI-utbildningar finns det olika studievägar, vilket avgörs utifrån individers skolkunskaper, d.v.s. hur många år de har gått i skolan och kunskaper de har av att läsa och skriva. Beroende på vilken studieväg en individ går i, kan kurserna skilja sig åt. Det finns tre olika sorters studievägar (studieväg 1,2 och 3) och med fyra kurser (A, B, C och D) som ingår i dessa studievägar (Skolverket, 2015).

Oral hälsa hos personer med utländsk bakgrund

I en studie gjord på barn och vuxna med utländsk bakgrund i jämförelse med personer med svensk bakgrund visade det sig att flera av deltagarna inte hade besökt tandvården under de 24 månaderna som studien pågick, trots att de hade ett stort behov av detta. I resultatet framkom det att personer med utländsk bakgrund hade mer problem och sjukdomar i munnen än de inrikes födda. Ca 1900 deltagare med ursprung från Chile, Iran Polen och Turkiet, så kallade minoritetsgrupper, jämfördes med 2477 personer födda i Sverige. Av personer i den utländska vuxengruppen hade 15 % någon form av protes, jämfört med 3 % av den svenska vuxengruppen. Hos minoritetsgrupperna var det 7 % - 16 % som hade tuggproblem, jämfört med 3 % hos deltagarna med svenskt ursprung (Hjern & Grindefjord, 2000).

Orala sjukdomar förekommer i högre grad bland individer med utländsk bakgrund i Sverige, jämfört med individer med svensk bakgrund. Det har visat sig vara vanligare med parodontala sjukdomar och apikala destruktions hos personer med utländsk bakgrund, samt ett högre antal av saknade tänder, men däremot ett färre antal tandfyllningar. Personer födda utomlands som deltog i en studie gjord i Sverige upplevde sig ha en bristande munhygien och dålig munhälsa. Förekomst av benförlust av den allvarligaste graden och tandköttsfickor utan patologi var mindre hos svenskar, jämfört med de som är födda utomlands och invandrat till Sverige. Av personer med utländsk bakgrund hade 20 % en avsaknad av 5-10 tänder och 6,5 % av individer med svensk bakgrund hade tandförlust av 5-10 tänder (Lundegren, Axtelius & Akerman, 2012). Karies är inte lika vanligt hos afrikaner jämfört med länder med högre konsumtion av sockerrik kost. Prevalensen av karies har dock ökat i Afrika. Det beror på den ökade konsumtionen av sockerrik kost och dålig tillgång på fluorpreparat. De kariesskador som finns bland befolkningen är ofta obehandlade på grund av otillräckliga resurser för att kunna laga alla kariesskador (Abid, Maatouk, Berrezouga, Azodo, Uti, El-Shamy & Oginni, 2015).

Socioekonomiska faktorer och oral hälsa

Det finns olika faktorer som kan påverka en människas kunskap och attityder. Faktorerna kan vara bl.a. kultur och tro. Dessa kan vara avgörande för människors allmänna- och orala hälsa (Mehrotra, Gupta, Sawhny, Agarwal, Gupta & Garg, 2013). Social ojämlikhet kan vara en av orsakerna till att det förekommer skillnader och ojämlikheter när det handlar om oral hälsa. Detta på grund av att det kan finnas skillnader mellan olika grupper av människor när det

gäller vilka sociala förutsättningar som finns, men även vad personerna har för beteenden och praxis när det gäller munhygien (Thomson, 2012). Det har framkommit att hälsorelaterade beteenden så som tandborstning eller konsumtion av sötsaker sker inom det sociala sammanhanget. Socioekonomisk status innefattar bland annat utbildningsnivå, inkomst och yrke (Statens Folkhälsoinstitut, 2013). Ett socioekonomiskt tillstånd såsom fattigdom påverkar även förutsättningarna för att kunna ha bra egenvårdsvanor (Thomson, 2012). Bland fattiga människor i Afrika har det framkommit att orala sjukdomar påverkas i hög grad av dåligt hälsobeteende när det handlar om allmän hälsa, dålig oral hälsa, underutvecklade hälso- och sjukvårdssystem, men även politik och dålig läskunnighet (Chidzonga, Carneiro, Kalyanyama, Kwamin, & Oginni, 2015).

I Sverige upplever socioekonomiskt utsatta grupper bl.a. en sämre munhälsa. Individer i dessa grupper har ingen tidigare erfarenhet av preventiv tandvård och kommer endast vid akuta behov (Socialstyrelsen, 2010). I en studie som jämförde skillnad i upplevelse av god oral hälsa mellan Brasilien och Sverige visade det sig att en socioekonomisk skillnad i form av olika ekonomiska förhållanden påverkade förutsättningarna för god oral hälsa. Individer med låg inkomst hade sämre förutsättningar för att uppnå en god oral hälsa, jämfört med individer som hade en högre inkomst (Celeste, Nadanovsky & Fritzell, 2011). I Sverige har en individ rätt till socialbidrag om personen har en låg inkomst och det inte finns några möjligheter för att få inkomst på andra sätt. Statistiken visar att fler utlandsfödda tar emot socialbidrag under en längre tidsperiod än svenskfödda. Detta är ofta till följd av att inte kunna integrera sig (socialt och arbetslivet) i det nya samhället där de befinner sig (Gustafsson, 2013).

Definition av attityd och erfarenhet

Attityd beskriver personers inställning och förhållningssätt. Erfarenhet kan definieras som det en person har varit med om och upplevt (Nationalencyklopedin, 2016).

Problemformulering

Utifrån olika studier har det hittills framkommit att individer med utländsk bakgrund har olika vanor gällande munhygien och syn på oral hälsa, samt en hög förekomst av orala sjukdomar. På grund av detta är det viktigt att studera olika faktorer som kan påverka och leda till oral hälsa och ohälsa bland individer med utländsk bakgrund. Tandvården i Sverige tar emot många personer med utländsk bakgrund och därmed finns det ett stort behov av att förstå vilka kunskaper, erfarenheter och vanor dessa individer har med sig. Det behövs ett större

underlag för tandvårdspersonal om munhygienvanor hos personer med utländsk bakgrund, så att de kan arbeta mer effektivt med dessa personer som är födda utomlands och har flyttat till Sverige. Denna studie kan ge en möjlighet till att hitta de riskfaktorer som kan predisponera till orala sjukdomar och ge bättre förslag till framtida förbättringar. Att belysa positiva beteenden och kunskap hos dessa personer som kan vara viktiga redskap vid arbete med promotion hos individer med utländsk bakgrund är av stort intresse i denna studie.

Syfte

Syftet med denna studie var att studera attityder och erfarenheter om munhygien hos en grupp vuxna med utländsk bakgrund i Sverige.

Material och metod

Studiedesign

Detta var en kvalitativ ansats med en studiedesign enligt manifest innehållsanalys (Graneheim & Lundman, 2004). Målet var att via intervjuer studera personers erfarenheter och attityder genom att direkt analysera det som informanterna har sagt i intervjuerna. Metoden kommer ursprungligen från den holistiska beteendevetenskapliga traditionen. Vid innehållsanalys finns det två olika huvudinriktningar. Dessa är manifest och latent innehåll. Vid manifest innehåll anges vad som står i texten, till skillnad från latent då forskaren går in mer på djupet och tolkar texten. Vid mindre datamaterial, är manifestinnehållsanalys att föredra (Danielson, 2012b). Syftet vid kvalitativa studier är att söka förståelse och få en fördjupning i fenomenet som studeras (Henricson & Billhult, 2012). Eftersom det var informanternas uppfattning om munhygien som författarna ville studera, valdes därför en kvalitativ design. Intervjuerna baserades på öppna frågor (Danielson, 2012b).

Urval

Personer med utländsk bakgrund innebär i denna studie personer som själva invandrat och är utrikes födda med två utrikes födda föräldrar. Inklusionskriterier var personer med utländsk bakgrund, bosatta i Sverige och som studerade på en SFI-utbildning. Informanterna förstod och pratade svenska och/ eller engelska, samt var i åldersgruppen 24-44 år. Individerna har varit bosatta i Sverige mellan 1-3 år. Exklusionskriteriet var att det inte fanns någon relation mellan informanterna och författarna. En kontakt togs med en SFI utbildning i staden Nässjö via mejl. Efter godkännande av projektet fick författarna komma på besök till SFI

utbildningen. Gruppinformation om studien gavs till eleverna på SFI-utbildningens fyra klasser (C och D klasser). Detta gjordes för att ta reda på hur stort intresset är av att delta i studien. Sammanlagt var det 12 personer som visade intresse. Vid datainsamling skedde det ett externt bortfall av 2 informanter och det slutliga antalet informanter som ingick i studien blev tio stycken. Informanterna uppfyllde inklusions- och exklusionskriterierna. De tio informanterna som deltog i studien kom från Eritrea, Irak, Ryssland, Serbien, Sudan och Syrien. Informanterna hade olika utbildningar och dessa var apotekare, biotekniker, butikssäljare, pedagog, samhällsvetare och säkerhetsvakt. En av informanterna hade ingen utbildning.

Provintervju

En provintervju utfördes för att testa teknisk utrustning och intervjuguidens kvalitet. Författarna ville undersöka om frågorna var lättbegripliga eller om de behövdes modifieras. Personen som deltog i provintervjun var en bekant till intervjuarnas vän och uppfyllde samma inklusionskriterier som informanterna. Provintervjun utfördes på samma vis som vid de riktiga intervjuerna. Intervjuerna hade dock ingen nära relation till personen som deltog. Det som framkom efter provintervjun var att intervjutiden var lagom med en tid på 20-25 minuter. Dessutom modifierades frågeguiden, så att frågorna blev mer lättförståeliga och språket mer anpassat efter målgruppen.

Datainsamling

En kontakt togs med en SFI- utbildningen och informationsbrev delades ut till lärarna och rektorn (Bilaga 1). Efter godkännande från rektorn att utföra studien bestämdes plats och datum för intervjuerna, i samråd med informanterna och deras lärare vid besök på SFI-utbildningen. Med tillstånd från lärarna ägde intervjuerna rum på ett av SFI:s grupprum, vilket upplevdes som en öppen och säker miljö för både författarna och informanterna.

Insamling av data skedde i form av individuella intervjuer med samtliga informanter. Innan intervjuerna påbörjades delades ett information- och samtyckesbrev ut till informanterna (Bilaga 2). Informations- och samtyckesbrevet innehöll tydlig information om studiens syfte och hur insamlad data och material skulle användas. Detta undertecknades sedan med namnunderskrift i syfte att informanterna gett sitt medgivande till att delta i studien. De enskilda intervjuerna pågick mellan 20-25 minuter och genomfördes mellan 1 mars - 12 mars. Båda författarna var på plats, en ställde frågor och den andra hjälpte till att spela in.

Intervjuerna spelades in på iPhone 6 version iOS 9.2.1, med hjälp av appen "Röstmemon" som finns på mobilen. Intervjuerna var på svenska, men översattes till engelska till några av informanterna som hade svårt att förstå och uttrycka sig på svenska. Informanterna svarade både på engelska och svenska. Författarna turades om att intervjua och intervjuerna utfördes på två dagar under förloppet av två veckor. Författarna använde sig av semistrukturerad intervju med öppna frågor (Danielson, 2012a). Denna metod baseras på öppna frågor som formuleras i en intervjuguide som är till hjälp under intervjun. Det som kännetecknas med metoden är friheten att ta frågorna i den ordningen som passar vid intervjun. De anpassas efter det som kommer upp vid intervjun. Intervjuerna började med bakgrundsfrågor om informanterna såsom (namn, ålder, bakgrund, utbildningsnivå) för att lära känna dem. Intervjun fortsatte med en förutbestämd frågeguide med ämnesrelaterade frågor avseende orala egenvårdsvanor och hjälpmedel (Bilaga 3). Frågor som ställdes till informanterna vid intervjuerna karaktäriserades av öppna frågor med följdfrågor, som besvarade studiens syfte. Broschyrer och prover på munhygienprodukter togs med och visades vid intervjutillfällena.

Databearbetning

Databearbetning gjordes enligt innehållsanalys (Graneheim & Lundman, 2004). En induktiv analys av datamaterialet gjordes genom att utgå från texterna. Det skedde en observation av innehållet i texten för att hitta mönster, likheter och skillnader (Kvale & Brinkmann, 2014). Båda författarna lyssnade individuellt på intervjuerna i syftet att få en bredare uppfattning om datamaterialet. Datamaterialet transkriberades ordagrant tillsammans till skriven text. Varje intervju fick tillhörande identitetsnummer (informant 1-10). För att åtskilja författarnas frågor och informanternas svar fetmarkerades informanternas text. Pauser, skratt upprepningar, och betoningar skrevs med i texten för att bevara inlevelsen (Danielson, 2012a). Författarna gjorde en manifest analys för att objektivt beskriva de olika komponenterna i datamaterialet. En noggrann naiv läsning av materialet gjordes för att möjliggöra identifiering av meningsbärande enheter. Efter att meningsbärande enheter hade valts ut kodades dessa, d.v.s. en etikett sattes på orden. Detta gjordes för att få ett tydligt sammanhang till texten. Koderna beskrevs sedan med ett enda eller ett flertal ord. Koder med liknande innehåll sorterades sedan och sattes ihop till grupper i form av underkategorier och huvudkategorier (Bilaga 4).

Etiska överväganden

En etisk egengranskning gjordes tillsammans med handledaren. De fyra forskningsetiska principerna (Vetenskapsrådet, 2002) beaktades vid utförandet av denna studie. Muntlig

information gavs till studiens informanter angående studiens syfte och innehåll och det var frivilligt att delta. För att spela in intervjuerna krävdes informanternas samtycke och därför fick informanterna skriva på ett samtyckesbrev (Bilaga 2). Ett informationsbrev med liknande information om studien gavs till informanterna (Bilaga 2). Detta för att försäkra sig om att informanterna var väl införstådda med studiens syfte och mål, samt deras deltagande. All data behandlades med stor konfidentialitet, d.v.s. att data inte spreds till obehöriga och inte heller kunde härledas till en viss informant. Författarna var de enda som bearbetade intervjumaterialet. Informanternas identitet exkluderades och kodades, för att inte resultatet skulle härledas till någon av informanterna. Sekretess av personliga uppgifter var av stor vikt under arbetets gång. Att all insamlad data vid intervjuerna med informanterna användes endast till studiens syfte och förstördes när studien var klar. Detta gjorde att nyttjandekravet uppfylldes. De etiska principerna utvecklat av Beauchamp & Childress (2012) (autonomiprincipen, icke - skada principen, godhetsprincipen och rättvisepincipen) har också använts som utgångspunkt i denna studie. Autonomiprincipen har följts genom att informanternas självbestämmande respekterades och de fick tydlig information om deras rätt till att avbryta sitt deltagande i den pågående studien. Godhetsprincipen låg som grund i denna studie då framkomna resultat har till mål att hjälpa och skapa en förståelse hos personer med utländsk bakgrund för effektiv tandvård. Informanterna får även ta

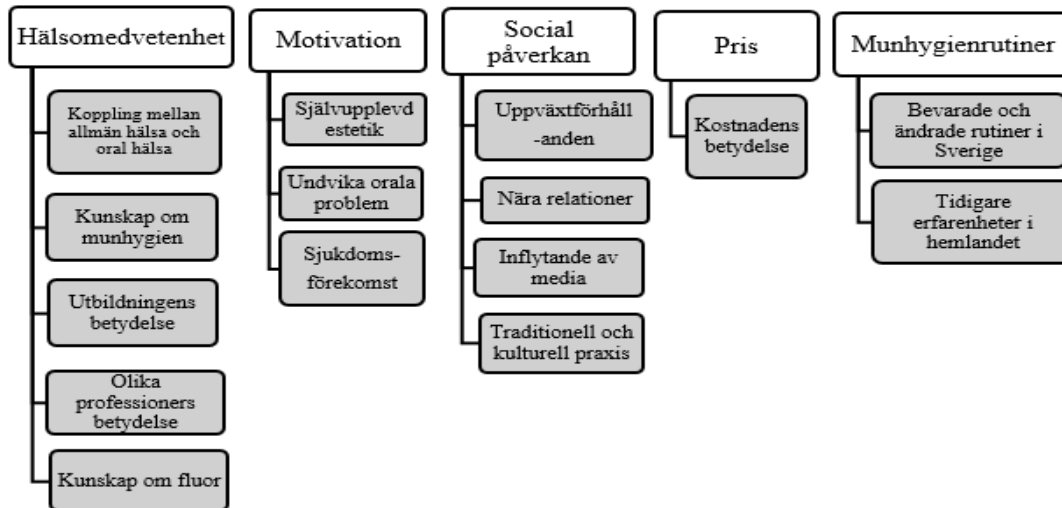
Resultat

Bortfall

I samband med besöket på SFI visade 12 studenter intresse av att delta i studien. Vid intervjutillfällena skedde det ett externt bortfall av två studenter. Av de två informanter som valde att inte delta i studien fanns följande orsaker. Informant elva hade åkt utomland och kunde därför inte vara närvarande det datum studien utfördes. Informant tolv kände sig stressad på grund av en kommande examination i skolan och behövde vara närvarande på lektionstid. Därför valde informant tolv att avstå från sitt deltagande i studien. Informant tolv erbjöds andra tider, men avböjde ändå. Slutligen ingick det totalt tio informanter i studien.

Resultatet bestod av fem huvudkategorier, samt femton underkategorier. Dessa beskrev informanternas kunskaper, attityder och erfarenheter kring munhygien. Huvudkategorierna symboliserade de huvudsakliga bakomliggande faktorerna till deras syn på munhygien. Underkategorier presenterades under samtliga huvudkategorier (Figur 1). I texten markerades

huvudkategorierna med fetmarkerad stil, subkategorier ströks under och citaten skrevs med kursiv stil.



Figur 1. Redovisning av huvudkategorier och subkategorier från analysen av intervjuer med informanterna avseende deras attityder och erfarenheter kring munhygien.

Hälsomedvetenhet

Koppling mellan allmän hälsa och oral hälsa

Informanternas medvetenhet om faktorer som påverkar hälsan speglade deras uppfattning om munhygienvanor. Faktorer för hälsomedvetenhet var hur deras kosthållning såg ut, munvård och helhetssyn på hälsa. De var väl medvetna om att munnen är en del av övriga kroppen och att allmän hälsa och oral hälsa påverkar varandra åt båda håll.

”Ja, jätteviktigt, mun och också tand. Det är viktigt. Därför om du har problem i tand, du har problem i alla kroppen. ” (Informant 1)

”Det är viktigt för hälsan. När du har problem med tandköttet eller tänderna. Det kan orsaka något dåligt för dig i kroppen.” (Informant 10)

Kunskap om munhygien

Informanterna hade varierande kunskaper om munhälsa och visste t.ex. att socker inte var bra för tänderna. De var medvetna om att matrester måste avlägsnas från munhålan innan det bildas för mycket bakterier, vilket annars kan orsaka gingivit.

”Om du äter mat, det finns smutsigt mellan. Om du inte använder tandtråd, kanske kommer infektion eller?” (Informant 7)

”På grund av att jag äter mycket socker, därför jag borstar mycket. Det är viktigt när man äter mycket socker att borsta. Det går inte att äta socker i te och yoghurt, inte bra.” (Informant 6)

Utbildningens betydelse

Informanter med andra utbildningar inom hälso- och sjukvården, bortsett från tandvården ansåg sig ha tillräcklig kunskap om munhygienvanor och därför förstärktes deras attityder och åsikter om munhygienvanor.

”Jag kan köpa tandtråd. På mitt apotek i hemlandet hade jag tandtråd som jag brukade använda, men jag tror att mellanrumborstar är till bara ortodontipatienter. Den är inte betydelsefull, jag vet det från mitt jobb, ej för vanliga personer.” (Informant 4)

”jag har sagt till dig att jag har bra ide gällande min hälsa, för att det var det jag studerade. När jag känner att något är fel med min tand, ska jag försöka få det rätt.” (Informant 10)

Olika vårdprofessioners betydelse

Informanterna förlitade sig på att kunskap från hälso- och sjukvårdspersonal var likvärdig angående munnen. De litade därför lika mycket på kunskap från en apotekare som från en läkare eller tandvårdspersonal, angående munhälsan. Informanterna valde att köpa sina munhygienprodukter på apotek istället för exempelvis mataffär. Detta för att de upplevde att de inte hade tillräckligt med kunskap för att kunna välja rätt produkter själva och att apotekspersonal kan mer om kroppen än ett butiksbiträde på mataffärer.

“Nej, inte mataffären. Jag köper på apoteket. De kan läsa mer och kan bättre.” (Informant 1)

”Jag frågar mycket. Om jag inte vet, jag måste fråga. Det är bra eller inte bra, jag måste fråga. Om en är dyr och den andra billig och jag vet inte vilken jag ska köpa, jag frågar de i apoteket.” (Informant 6)

Även när det gällde pris på produkter, valdes ofta det som rekommenderades av apotekspersonalen, oavsett pris.

”Jag själv tänker inte så mycket, kanske andra människor tänker så. Jag bara fråga apoteket vilken bra för tand, inte vilken billigare. Jag bara säga vilken bra?” (Informant 1)

Kunskap om fluor

Informanterna visste inte vad ämnet fluor var och dess betydelse i förebyggande av karies. De hade inte tidigare lagt fokus på att kolla innehållet i de munhälsoprodukterna som användes. Dessutom hade inte informanterna koll på att tandkrämen de använde innehöll fluor och använde inget extra fluortillägg.

”Jag tittar inte på tandkrämen.” (Informant 9)

”Men fluor, är det för bakterier eller? För att stärka tanden eller?” (Informant 5)

Motivation

Självupplevd estetik

Resultatet visade på olika motiverande faktorer som var bidragande för att vilja utföra munhygienrutiner. Inställning till val av munhygienvanor och produkter såg olika ut bland informanterna. Informanterna ansåg att det var viktigt med bra munhygienvanor. Detta för att uppnå estetiskt godtagbara tänder genom vissa tandkrämers effekt att göra tänderna vitare. Att ha friska tänder ansågs som viktigt, men att få vita tänder var för de flesta informanter ännu viktigare.

”Friska tänder är bra men jag är ute efter den vita effekten av tandkräm.” (Informant 10)

Undvika orala problem

Att ha en god andedräkt och att undvika sjukdomar var också något som var betydelsefullt och avgörande för varför regelbunden rengöring av munnen utfördes hos informanterna. Sambandet mellan plack och karies var informanterna väl medvetna om. De borstade tänderna för att hålla bakterier borta, samt för att lukta gott i munnen.

”Det blir bakterier och hål. För tand, jag gillar mycket. Det blir smutsig och det blir luktar i munnen om man inte borstar.” (Informant 1)

“Tandborstning en gång per dag och jag tror att när jag vaknar på morgonen. Bakterier mycket i munnen, så jag tror det är därför jag borstar då.” (Informant 3)

Sjukdomsförekomst

Vid förekomst av sjukdom i munhålan visade resultatet på att informanterna förstod att det kunde finnas sjukdom i munhålan om de upplevde smärta från munnen. Vid t.ex. gingivit rengjorde informanterna munnen mycket noggrant med mellanrumsrengöring tills smärtan gick över. När det slutade göra ont upphörde dock användningen av mellanrumsrengöringen.

“När jag går till doktorn, ger han mig råd att använda mellanrumsborstar, därför att jag har problem med min sista tand. Ja, jag använde borstarna tre eller fyra gånger. När det slutade göra ont, så slutade jag använda dem.” (Informant 10)

Social påverkan

Uppväxt förhållande

Den sociala kretsen påverkade attityder och åsikter gällande munhygienvanor och valet av munhygienprodukter. Tidigare erfarenheter i livet har format vilka värderingar informanterna hade fått. Informanterna ansåg att tidigare vanor var svåra att bryta. Det var svårt att lära sig nya saker gällande munhygienvanor och ta till sig svenska rutiner kring munhygien. Informanterna försökte dock integrera sig i det svenska samhället för att passa in i normen.

“Jag vill, men jag inte växt upp med det. Det är problemet. Jag borstar en inte så ofta.” (Informant 2)

“Jag började använda tandborste, för att alla andra i Sverige gjorde det.” (Informant 3)

Nära relationer

Informanterna nämnde att deras kunskaper kring munnen kom från deras närmaste umgängeskrets. Föräldrarna var de som påverkade informanterna mest när det gäller vilken kunskap de fått och vilka val de gjort gällande munhygien. Informanternas föräldrar har lärt dem vad de ansåg var viktigt gällande munnen.

"Det är min mamma som visade när jag var liten. Hon berättar hur jag ska göra, att borsta sakta, borsta alla tänder." (Informant 8)

Vänner var också något informanterna ansåg påverkade deras värderingar kring munhygien. Om vännerna eller övrigt umgänge inte var så noga med munhygien eller hade specifika åsikter om hur munhygien vanor skulle utföras, så vågade inte informanterna ha egna åsikter och värderingar. De ville undvika konflikter.

"Jag har vänner som bor hos mig, så när de är hemma, så kan jag inte borsta tänderna. Man vill inte vara annorlunda och det blir bråk." (Informant 2)

"Jag valde tandborste istället för Miswak, för att alla andra gjorde det." (Informant 3)

Inflyttande av media

Media ansåg informanterna var en informationskälla, vilket hade gett dem kunskap om munhygienprodukter. Om media gjorde reklam för något, så tänkte informanterna att det måste vara bra, eftersom de visar hela svenska folket reklamen. Den förmedlade informationen från media ansåg informanterna vara sann, eftersom det sänds ut till en stor målgrupp.

"På tv såg jag att fluorskölj är bra, därför använder jag det." (Informant 6)

Traditionell och kulturell praxis

Tradition, kultur och religion präglade informanternas uppfattningar om munhygien. När det gällde vilka olika munhygienprodukter som användes, så skiljde det sig mellan informanterna beroende på kultur. Något som användes av de flesta informanterna var förutom manuell tandborste även Miswak.

"Eftersom jag är en muslim, så har vi fått råd från vår profet att vi ska använda Miswak. Min mamma sa till mig att använda den." (Informant 10)

"Ja, det är vanligt att man har Miswak i mitt hemland. Det är tradition, så alla gör det." (Informant 2)

Pris

Kostnadens betydelse

Informanterna var eniga om att priserna på munhygienprodukterna var bra. De tyckte att de inte var så dyra och de hade råd att köpa hjälpmedel för att utföra rekommenderad basprofylax, d.v.s. tandborstning med fluortandkräm.

”Ja, normalt pris jag tycker. Tänker inte på priset, men för dess funktion.” (Informant 3)

Även de informanter som redovisade att de inte hade bra ekonomi i dagsläget la betoning till det positiva att det fanns olika val av produkter som passade den enskildas ekonomi. De menade att det alltid fanns ett alternativ vid val av munhygienprodukter.

”Ja, jag köper, men inte dyrare, jag köper dem mellan. Det finns olika att välja mellan, med olika pris. Kanske om de är dyra, jag inte köper.” (Informant 7)

Det förekom att priset på munhygienprodukter kopplades med betydelsen av munhygienvanor. Informanterna trodde att det dyra priset på produkterna berodde på att många köpte dem, eftersom de var viktiga. De ansåg att priset höjdes på grund av att det fanns en stor efterfrågan på produkterna.

”Ja, det är dyr, men det är också viktigt, därför dyr. Många köper. Om många inte köpa, inte dyr. Alla använda, därför dyr, men ingen fara.” (Informant 1)

Munhygienrutiner

Bevarade och ändrade rutiner i Sverige

Informanternas munhygienvanor förändrades lite efter deras bosättning i Sverige. Kultur och åsikter om munhygienvanor hade de kvar, även efter flytt till Sverige. De begränsningar som informanterna hade var tillgänglighet på produkter de tidigare varit vana vid, t.ex. att Miswak inte var lika lätt att få tag på i Sverige. Därför hade många gått över till att använda bara tandborste istället. Alla informanter hade använt tandborste och tandkräm efter att de hade flyttat till Sverige. Hur ofta de utförde tandborstningen varierade dock mellan informanterna.

"Jag använder tandborste och tandkräm. Ibland blir det en gång per dag, men mest två gånger." (Informant 10)

"I mitt hemland använde jag Miswak en gång i veckan, men inte i Sverige. Jag vet inte vart man köper dom nu. Jag använder bara tandborste nu." (Informant 2)

Informanterna hade inte utfört mellanrumsrengöring tidigare i sitt hemland, men hade nu börjat sen de hade flyttat till Sverige. Den svenska tandvården och kulturen hade påverkat deras åsikter och ökat informanternas kunskaper om vikten av approximal rengöring.

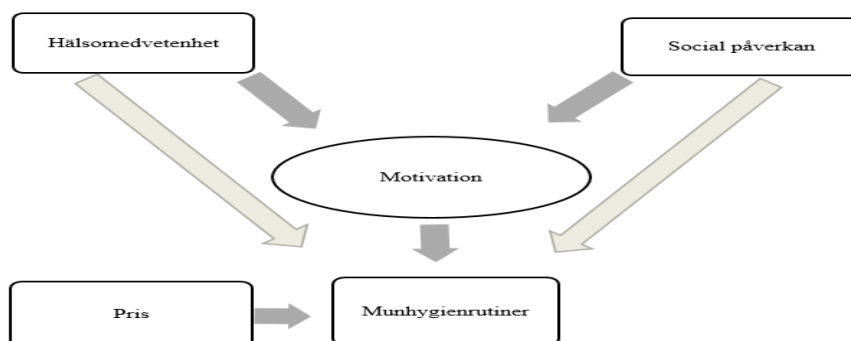
"Om mat fastnar använder jag tandtråd. Ibland jag kan inte, men jag försöker." (Informant 8)

Tidigare erfarenheter i hemlandet

Informanterna hade tidigare använt Miswak i sina hemländer. Att använda Miswak ingick i kulturen. Även då de använde Miswak skötte informanterna munhygien med tandborste. Informanterna ansåg att Miswak utfördes oftare och mer naturligt än tandborstning.

"Jo det är så viktigt. Jag gillar Miswak bättre än tandborste. Jag använde Miswak varje timme i hemlandet. Det finns ingen Miswak i Sverige." (Informant 3)

Resultatet av denna studie visade att informanternas hälsomedvetenhet, kunskap, attityder och erfarenheter kring munhygien formades av olika gemensamma faktorer. Dessa var de munhygienrutinerna de hade i hemlandet och i Sverige, deras hälsomedvetenhet, och motivation samt pris och social påverkan. Alla informanter ansåg att kunskaper och erfarenheter från deras hemländer spelade stor roll, för de attityder de nu hade i Sverige. De påpekade att det var svårt att bryta gamla vanor. Informanterna tyckte även att tradition och kultur var viktigt.



Figur 2. *Förhållande mellan de fem huvudkategorierna och kopplingen till varandra.*

Det fanns ett samband mellan de olika huvudkategorierna. Hälsomedvetenhet och social påverkan var starka faktorer som direkt styrde motivation. Motivation styrde i sin tur munhygienrutiner. Munhygienrutiner påverkades även av hälsomedvetenhet, social påverkan och pris (Figur 2).

Diskussion

Metoddiskussion

Denna studie reflekterar perceptioner av en grupp av 10 personer med utländsk bakgrund i Sverige med olika bakgrund, kön och åldrar. Efter intervjuer med åtta informanter upplevde författarna att det inte tillkom någon ny relevant information. Därför tyckte författarna att en större grupp av informanter inte hade varit relevant i denna studie. Vid kvalitativa studier är trovärdighet och överförbarhet av stort intresse (Graneheim & Lundman, 2004). Datamaterialet och tillvägagångssättet har redovisats så detaljerat som möjligt, vilket gör att överförbarheten och tillförlitligheten av studien ökar. Denna studie blir därför lättare att följa och återskapa. Resultatet som har framkommit i denna studie kan inte generaliseras över en större grupp av personer med utländsk bakgrund, då studiens resultat endast visar datamaterial av en liten grupp av personer med utländsk bakgrund. Det går inte att generalisera vid kvalitativa studier, utan det är innebörden och förståelsen som stärker studiens kvalitet.

En intervjuguide användes med öppna frågor, för att underlätta för informanterna att tala fritt och att inte bli begränsad i sina svar. Vid vissa tillfällen fick intervjuarna ändå hjälpa informanterna på rätt väg, på grund av att informanterna tyckte det var svårt att tala fritt. Det kan ha berott på att många av informanterna säkert inte hade så stort ordförråd. En annan möjlig förklaring är att de kan ha känt sig i underläge, eftersom intervjuarna hade en profession inom tandvård. Henricson & Billhult (2012) skriver att vid intervjuer finns det risker för missförstånd och misstolkning. För att underlätta kommunikationen mellan intervjuare och informant användes broschyrer och prover på munhygienprodukter. För att underlätta insamling av data och möjliggöra till självreflektion valde författarna att hålla intervjun på två dagar under ett förlopp av två veckor. Detta för att författarna skulle få mer tid på sig att göra en grundlig analys av insamlad data och då eventuellt kunna korrigera och förtydligade frågeguiden om det hade behövts. Frågeguiden användes i den ursprungliga

formen till alla informanterna, men tre frågor förtydligades lite eftersom ett flertal av informanterna hade missförstod frågorna. Dessa frågor var: Vad tänker du på när du hör ordet munhälsa? Vad tycker du mest påverkar hur du tar hand om dina tänder? Vad har du för åsikter om fluor som används i många munvårdspreparat?

Resultatdiskussion

Alla har rätt till egna åsikter och värderingar när det gäller munhygien. Kultur, tradition och religion är nog bland de viktigaste tyngdpunkterna till informanternas kunskaper och attityder kring munnen. De vill inte bryta mot religionens och traditionens normer och därför anpassar sig informanterna till de normen som finns inom umgängeskretsen. Även media kan påverka individer och det höll informanterna med om. Det som berodde på att informanterna förlitade sig på media var att de tyckte det kändes konstigt och överkligt om media skulle tala osanning till en så stor grupp människor. Dock så är det viktigt att inte lita på allt som sägs i media, då media inte alltid förmedlar absolut sanning.

Den gemensamma munhygienrutinen i Sverige var tandborstning med tandborste och tandkräm. Att borsta tänderna tyckte informanterna var viktigt och nödvändigt. Dock inräknades inte användning av mellanrumshjälpmiddel som nödvändigt för informanterna. Detta resultat liknar resultat som framkom av studien gjord av (Olusile, Adeniyi & Orebanjo, 2014) att personer i utvecklingsländer inte var vana vid approximal rengöring. Detta kan bero på att produkter för mellanrumsrengöring inte var lättillgängliga i dessa länder. I hemländerna använde informanterna Miswak. Att informanterna hade bytt rutin från kombination av tandborste och Miswak till bara tandborste är något som är intressant för författarna. Vid flytt till Sverige skedde det en form av ackulturation, där informanterna försökte att anpassa sig till det nya samhället genom att byta och modifiera sina gamla rutiner till de nya som de möttes av. Många av informanterna föredrog ändå Miswak före tandborste och detta stämmer överens med studien av Wadenya, Lopez & Berthold (2010) som kom fram till att personer med utländsk bakgrund i USA föredrog Miswak bättre än tandborste. Det som skiljde sig mest när det gällde munhygienrutiner var vilka hjälpmedel som användes och detta berodde till största del på tillgänglighet av produkter. När det gäller tillgänglighet av produkter var även priset en bidragande faktor om produkterna skulle köpas. Informanterna tyckte att det var viktigt med olika prisklasser för att kunna möjliggöra köp av produkter oavsett ekonomi. Många av informanterna tyckte inte att de hade fått nödvändig information och instruktion kring munhygien från tandvården i sina hemländer. De flesta hade huvudsakligen en mun-

till-mun kunskap som hade fått via familj och vänner, samt media. Detta medförde att de inte upplevde sig ha tillräcklig kunskap angående munhygienvanor. Det överensstämmer med (Chidzonga et al, 2015) som menar att dåligt hälsobeteende påverkas av bl.a. den omgivande miljön. Detta kan i sin tur påverka människors hälsobeteende. Det sociala umgänget påverkade informanterna när det gällde vilka attityder och åsikter som fanns angående munhygien. Detta stämmer överens med en studie gjord av Thomson (2012) som kom fram till att hälsorelaterade beteenden sker i och påverkas av den sociala kretsen. Kunskap från nära relationer betydde mycket. Det var svårt att ändra munhygienvanor som fanns inom den närmaste umgängeskretsen. Det kan bero på att konsekvenser så som att sticka ut från mängden och att bli utstött vill informanterna undvika.

Informanterna var osäkra om sina kunskaper kring fluor. Detta kan bero på dålig erfarenhet om förebyggande tandvård. Då de flesta personer med utländsk bakgrund enbart kommer vid akuta tillfällen och inte för preventiva åtgärder får inte informationerna den kunskap som behövs för att förebygga orala sjukdomar (Lukes, 2010). Informanterna ansåg att all hälso- och sjukvårdspersonal kan mycket om tänder och litade därför på kunskap de hade fått från dem. Vid intervjuerna lyfte informanterna upp att det var enklare att fråga om råd angående munhygienprodukter från apotekspersonal istället för att behöva komma till tandvården. En positiv effekt av detta är att snabbt kunna få information, men informationen blir då inte individanpassad. Då apotekspersonal själva inte har utfört någon undersökning på den frågande personen kan det vara svårt att rekommendera lämpliga munhygienprodukter. Därför är det viktigt att apotekspersonal enbart ger råd och upplyser om de verkningssubstanter och tillvägagångssätt som finns. För övrig information bör apotekspersonal hänvisa att ta kontakt med tandvården. Tvärprofessionellt samarbete är viktigt, så att övrig hälso- och sjukvårdspersonal blir upplysta om de förändringar och utvecklingar som sker inom tandvården. Detta för att kunna ge lämplig information till sina kunder. Informanterna med utbildning/jobbs inom vården ansåg att de hade tillräckligt med kunskap inom oral hälsa. Därmed ansåg de sig kunna skilja på nödvändiga och onödiga munhygienvanor och därför tyckte de sig inte behöva använda alla munhygienprodukter som rekommenderades. Bland informanter som arbetade inom hälso-sjukvårdssektorn ansågs det att t.ex. mellanrumsrengöring inte var viktigt. Informanterna tyckte sig veta när det började hända något patologisk i kroppen och hade kunskaper om rätt åtgärder t.ex. att använda mellanrumsborste vid gingivit. Detta stöds av en studie gjord av Baseer, Mehkari, Al-Marek

& Bajahzar (2016) som kom fram till att apotekspersonal i Saudiarabien hade rätt kunskap om munhygien, men bristande munhygienvanor.

Motivation är väsentlig för att kunna utföra den dagliga orala egenvården. Informanterna hade olika motivation till att utföra munhygienvanor. Att ha bra andedräkt var en viktig orsak enligt informanterna till att ha bra munhygienvanor. För de flesta handlade det om estetik, då att ha vita tänder var viktigare än att ha god munhygien. Detta tyder på bristande kunskap om vikten av oral rengöring, eftersom friska parodontala förhållanden också är bidragande för ett fint leende. Problem i munnen som t.ex. gingivit och karies ger ingen god estetik, men dessa aspekter reflekterade inte informanterna lika mycket över. Då informanterna ville ha vita tänder användes ofta whiteningtandkräm. Dessa tandkrämer har en slipande effekt på emaljen och bör därför inte användas dagligen (Ritter, 2002). Detta var dock inget som informanterna var medvetna om. Informanterna upplevde sig att ha kunskap kring sambandet mellan bakterier och orala sjukdomar, men deras vanor överensstämde inte med de kunskaperna som de uppgav sig ha. Vid t.ex. gingivit använde informanterna approximal rengöring om det förekom smärta, men de slutade använda detta när smärtan hade upphört. Smärtan gav informanterna motivation till att sköta munhygien. Ofta har orala sjukdomar gått ganska långt i sin progression när det börjar göra ont. Därför är det missvisande att tänka på det sättet, d.v.s. att börja sköta munnen när smärta uppkommer i munnen. Tandhygienister har som roll att informera, diskutera och upplysa personer med utländsk bakgrund om de olika faktorerna gällande attityd och erfarenhet som kan påverka oral hälsa.

Slutsatser

Personer med utländsk bakgrund har olika kunskaper och attityder. Dessa bygger oftast på erfarenheter som skaffats under uppväxten. Erfarenheter formar deras förhållningsätt till nuvarande munhygienvanor. Kunskap i form av hälsomedvetenhet och attityder i form av motivation, social påverkan och pris formar åsikter och rutiner kring munhygien hos personer med utländsk bakgrund. Även erfarenhet av munhygienrutiner påverkar nuvarande munhygienvanor. I och med den ständigt ökande invandringen som sker till Sverige, så krävs det en bredare förståelse för migranternas kunskaper, attityder och erfarenheter. Tandvårdspersonal bör vara lyhörd för vad migranter kan och tycker, men även kunna delge den svenska tandvårdskulturen på ett bra sätt.

Referenser

- Abid, A, Maatouk, F, Berrezouga, L, Azodo, C, Uti, O, El-Shamy, H, Oginni, A. (2015). Prevalence and Severity of Oral Diseases in the Africa and Middle East Region. *Advances in dental research*, 27, 10-17. doi:10.1177/0022034515582062
- Baseer, M. A, Mehkari, M. A, Al-Marek, F. F & Bajahzar, O. A. (2016). Oral health knowledge, attitude, and self-care practices among pharmacists in Riyadh, Riyadh Province, Saudi Arabia. *Journal Of International Society Of Preventive & Community Dentistry*, 6, 134-141. doi:10.4103/2231-0762.178739
- Beauchamp, T, L & Childress, J.F. (2012). Principles of Biomedical Ethics. New York: Oxford University Press.
- Celeste, R. K., Nadanovsky, P., & Fritzell, J. (2011). Trends in socioeconomic disparities in oral health in Brazil and Sweden. *Community Dentistry & Oral Epidemiology*, 39, 204-212. doi:10.1111/j.1600-0528.2010.00585.x
- Chidzonga, M. M, Carneiro, L. C, Kalyanyama, B. M, Kwamin, F, & Oginni, F. O. (2015). Determinants of Oral Diseases in the African and Middle East Region. *Advances In Dental Research*, 27, 26-31. doi:10.1177/0022034515581645
- Danielsson, E. (2012a). Kvalitativ innehållsanalys. Henricsson, M. (Red.). Vetenskaplig teori och metod från idé till examination inom omvårdnad. (s.163-174). Stockholm: Studentlitteratur.
- Danielson, E. (2012b). Kvalitativ innehållsanalys. M. Henricsson (Red.). Vetenskaplig teori och metod – från idé till examination inom omvårdnad (s. 329-343). Lund: Studentlitteratur
- Darby, M.L., & Walsh, M.M. (2015). Dental Hygiene Theory and Practice. (4: e uppl). Philadelphia: Saunders.
- Featherstone, J. B. (2008). Dental caries: a dynamic disease process. *Australian Dental Journal*, 53, 286-291. doi:10.1111/j.1834-7819.2008.00064.x

Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112. doi:10.1016/j.nedt.2003.10.001

Gustafsson, A.G. (2013). Social assistance among immigrants and natives in Sweden. *International Journal of Manpower*, 34, 126 – 141. doi:10.1108/01437721311320654

Henricson, M & Billhult, A. (2012). Kvalitativ design. I M. Henricson (Red.). Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad (s.129-137). Lund: Studentlitteratur.

Hjern A, Grindefjord M. (2000). Dental health and access to dental care for ethnic minorities in Sweden. *Ethnic & Health*, 5, 23-32.

Hugoson, A., Koch, G., & Johansson, S. (2003). Konsensuskonferens Oral hälsa. Stockholm: Gothia.

Jackson, M.A, Kellett, M, Worthington, H.V, Clerehugh, V. (2006). Comparison of interdental cleaning methods: A randomized controlled trial. *Journal of Periodontology*. 77, 1421-1429. doi:10.1902/jop.2006.050360.

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2014). Den kvalitativa forskningsintervjun. Studentlitteratur: Lund.

Lukes, S. M. (2010). Oral Health Knowledge Attitudes and Behaviors of Migrant Preschooler Parents. *Journal Of Dental Hygiene*, 84, 87-93.

Lundegren, N, Axtelius, B, Åkerman, S. (2012). Oral health in the adult population of Skåne, Sweden: a clinical study. *Acta Odontologica Scandinavica*, 70, 511-519. doi: 10.3109/00016357.2011.640279.

Meddelanden i samordningsfrågor för Sveriges officiella statistik (MIS) 2002:3. Personer med utländsk bakgrund riktlinjer för redovisning i statistiken. Örebro: Statistiska centralbyrån (SCB).

Mehrotra, V, Gupta, R., Sawhny, A, Agarwal, S, Gupta, I & Garg, K. (2013). Cultural, Religious, Social and Personal Customs "A Boon or Bane" For Oral and General Health. *Journal Of Oral Health & Community Dentistry*, 7, 153-160.

Migrationsverket (2013). Historik. Hämtad 4 mars, 2016, från <http://www.migrationsverket.se/Om-Migrationsverket/Fakta-ommigration/Historik.html>

Nationalencyklopedin [NE]. (2016). Hämtad 19 maj, 2016 från <http://www.ne.se/>

Olusile, A. O, Adeniyi, A. A & Orebanjo, O. (2014). Self-rated oral health status, oral health service utilization, and oral hygiene practices among adult Nigerians. *BioMed Central Oral Health*, 14, 1-16. doi:10.1186/1472-6831-14-140

Ritter, A. V. (2002). Tooth-Whitening Toothpastes. *Journal Of Esthetic & Restorative Dentistry*, 14, 54.

Shah A.H, ElHaddad, S.A. (2015). Oral hygiene behavior, smoking, and perceived oral health problems among university students. *Journal of International Society of Preventive and Community Dentistry*, 5, 327-333. doi:0.4103/2231-0762.161765.

Skolverket. (2015). Rätt till SFI. Hämtad 4 mars, 2016, från <http://www.skolverket.se/skolformer/vuxenutbildning/utbildning-i-svenska-for-invandrare/ratt-till-sfi-1.236681>

Socialstyrelsen.(2010). Befolkningens tandhälsa 2009: Regeringsuppdrag om tandhälsa, tandvårdsstatistik och det statliga tandvårdsstödet 2010-6-5. Hämtad 4 maj, 2016, från <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18049/2010-6-5.pdf>

Socialstyrelsen. (2011). Nationella riktlinjer för vuxentandvård. Hämtad 6 maj, 2016, från [file:///C:/Users/soffy/Downloads/Socialstyrelsen.se%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/soffy/Downloads/Socialstyrelsen.se%20(2).pdf)

Statens beredning för medicinsk utvärdering [SBU]. (2002). *Att förebygga karies. En systematisk litteraturöversikt*. Hämtad 5 maj, 2016, från <http://www.sbu.se/sv/publikationer/sbu-utvarderar/att-forebygga-karies/>

Statistiska centralbyrån (SCB). (2009). Deltagare i svenskaundervisning för invandrare (sfi).

Hämtad 5 maj, 2016, från

http://www.scb.se/statistik/_publikationer/UF0539_2008T02_BR_A40BR0901.pdf

Statistiska Centralbyrån [SCB] (2014). Folkmängd 2014: Största folkökningen någonsin
Invandring. Stockholm, Statistiska Centralbyrån (SCB). från http://www.scb.se/sv/_Hitta-statistik/Statistik-efter-amne/Befolkning/Befolkningens-sammansattning/Befolkningsstatistik/25788/25795/Behallare-for-Press/385509/

Statistiska Centralbyrån [SCB]. (2015). Sveriges framtida befolkning 2015–2060. Demografiska rapporter 2015:2. Stockholm: Statistiska centralbyrån. Tillgänglig: http://www.scb.se/Statistik/_Publikationer/BE0401_2015I60_BR_BE51BR1502.pdf

Statistiska centralbyrån (SCB) (2016). Befolkningsutveckling; födda, döda, in- och utvandring, gifta, skilda 1749–2015. (Sveriges officiella statistik).

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

Thomson, W. (2012). Social inequality in oral health. *Community Dentistry & Oral Epidemiology*, 40, 28-32. doi:10.1111/j.1600-0528.2012.00716.x

Vetenskapsrådet (2002). Riktlinjer för humanistisk och samhällsvetenskaplig forskning. Stockholm: Vetenskapsrådet.

Wadenya, R. O, Lopez, N & Berthold, P. (2010). Chewing stick use among African immigrants in West Philadelphia: implications for oral health providers. *Community Dental Health*, 27, 60-64. doi:10.1922/CDH_2427Wadenya05

World Health Organization (2016). Oral Health. Hämtad 10 januari 2016, från <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/en/>

Wu, C.D, Darout, I.A, Skaug, N. (2001). Chewing sticks: timeless natural toothbrushes for oral cleaning. *Journal of Periodontal Research*, 36, 275-284.

Bilagor

Bilaga 1

Informationsbrev till rektor och lärare

Hej!

Vi heter Margaret Olaniran och Sofia Tomtélius. Vi är två studenter som läser vår sista termin på tandhygienistprogrammet på Hälsohögskolan i Jönköping. Under våren 2016 kommer vi att skriva en kandidatuppsats om munhygienvanor hos en grupp vuxna med utländsk bakgrund i Sverige. Syftet är då att studera uppfattningen om munhygienvanor hos en grupp vuxna med utländsk bakgrund i Sverige och därmed kunna belysa vilka faktorer som påverkar oral hälsa och munhygienvanor bland dessa individer. Detta för att tandvården ska kunna arbeta effektivare i ett preventivt syfte och där med bidra till att förbättra tandhälsan hos denna grupp.

Vi kommer att göra individuella intervjuer med 10 studerande individer på SFI. Intervjuerna beräknas ta 20-25 minuter per individ och kommer att spelas in.

Resultatet kommer inte att visa vilken SFI-skola denna studie är utförd på och uppgifter om enskilda individer kommer att hållas konfidentiellt, det vill säga ej åtkomliga för obehöriga. Efter denna studie kommer vi att skicka resultatet till SFI:s personal, så att ni också kan ta del av studien. Deltagandet i studien är frivilligt. Det innebär att den som väljer att delta i studien när som helst får ångra sig och välja att hoppa av sitt deltagande om så önskas.

Vid frågor angående studien så är ni välkomna att kontakta någon utav oss.

Margaret Olaniran, student Tandhygienistprogrammet

Epost: olma13ma@student.ju.se

Sofia Tomtelius, student Tandhygienistprogrammet

Epost: toso1353@student.ju.se

Handledare: Brittmari Jacobsson

Besöksadress: Barnarpsgatan 39 hus G 551 11 Jönköping

Epost: brittmarie.jacobsson@ju.se

Bilaga 2

Information- och samtyckesbrev till informant

Hej!

Vi heter Margaret Olaniran och Sofia Tomtélius. Vi är två studenter som läser vår sista termin på tandhygienistprogrammet på Hälsohögskolan i Jönköping. Under våren 2016 kommer vi att skriva en uppsats om munhygienvanor hos en grupp vuxna med utländsk bakgrund i Sverige.

Vi kommer att göra individuella intervjuer med 10 studenter på SFI. Intervjuerna beräknas ta 20-25 minuter per individ och kommer att spelas in.

Resultatet kommer inte att visa vilken SFI-skola denna studie är utförd på och uppgifter om enskilda personer kommer inte vara åtkomliga för obehöriga. Endast vi kommer veta vem som har sagt vad. Resultatet av studien kommer att skickas till SFI:s personal, så att ni också kan ta del av studien. Deltagandet i studien är frivilligt och ni kan därför när som helst ångra er och välja att avsluta deltagandet. Det innebär att den som väljer att delta i studien när som helst får ångra sig och välja att inte vara med i studien längre om så önskas.

Vid frågor angående studien så är ni välkomna att kontakta någon utav oss.

Margaret Olaniran, student Tandhygienistprogrammet

E-post: olma13ma@student.ju.se

Sofia Tomtelius, student Tandhygienistprogrammet

Epost: toso1353@student.ju.se

Handledare: Brittmarie Jacobsson

Besöksadress: Barnarpsgatan 39 hus G 551 11 Jönköping

Epost: brittmarie.jacobsson@ju.se

Jag har tagit del av muntligt och skriftligt information angående studien om munhälsa bland personer med utländsk bakgrund. Dessutom har jag blivit informerad om att deltagandet är frivilligt och att jag när som helst kan avbryta mitt deltagande. Jag har även fått information om att intervjuerna kommer att spelas in.

Härmed ger jag mitt samtycke till att medverka i studien:

Ort, datum Underskrift

Deltagarens namnförtydligande

Bilaga 3

Frågeguide

*Hur gammal är du?

*Vilket land är du ifrån?

*Hur många år har du varit i Sverige?

*Vad har du för utbildning?

*Vad har du för yrke?

*Vad tänker du på när du hör ordet munhälsa?

*Vilken betydelse har munhälsan för dig?

*Hur gör du för att hålla rent i munnen?

*Kan du berätta om dina erfarenheter hos tandvården?

*Vilka råd har du tidigare fått för att upprätthålla en frisk mun? - Hur har du fått råd? - Hur tycker du att du följer dem?

*Vad tycker du mest påverkar hur du tar hand om dina tänder?

*Hur tycker du att din ekonomi/pengar har påverkat inköp av munvårdsprodukter?

*Vad anser du om kostnaderna för munvårdsprodukter?

-billiga/lagom/dyra

*Kan du berätta om dina erfarenheter kring användning av munvårdsprodukter?

-vad använder du?

-hur använder du?

-hur ofta?

-vad tycker du om dessa?

*Vad har du för åsikter om fluor som används i många munvårdspreparat?

*Vad anser du om mellanrumrengöring?

-varför tror du man ska använda det?

*Vad tycker du ska förbättras hos tandvården i Sverige?

*Är det något mer du vill prata om?

Bilaga 4

Tabell 1: Koder, subkategorier och huvudkategorier

Kod	Subkategori	Huvudkategori
<p>Att uppleva munnen som en del av kroppen</p> <p>Att sjukdomar i munnen kunde leda till problem i andra kroppsdelar</p> <p>Att friska tänder var viktig för bra hälsa</p>	Koppling mellan allmänhälsa och oral hälsa	Hälsomedvetenhet
<p>Att dålig kost inte var bra för tänderna</p> <p>Att inse vikten av noggrann rengöring i förebyggande syfte av orala sjukdomar</p>	Kunskap om munhygien	
<p>Att uppleva sig ha tillräckligt med kunskap om munhygien</p> <p>Att vissa munhygienprodukter inte ansågs vara viktiga för informanter som jobbade inom vården</p> <p>Att kunna upptäcka när något problem uppstod i kroppen</p>	Utbildningens betydelse	
<p>Att anse att kunskap från olika hälso- och sjukvårdspersonal angående oral hälsa var likvärdig</p> <p>Att apoteket var en säker informationskälla och därmed påverkar vart produkterna inhandlas</p>	Olika vårdprofessioners betydelse	
<p>Att uppleva sig ha begränsad kunskap angående fluor</p>	Kunskap om fluor	
<p>Att få vita tänder var en viktig orsak till att rengöra munnen</p> <p>Att friska orala förhållande ansågs estetiskt fint</p>	Självupplevd estetik	Motivation
<p>Att dålig munhygien gav upphov till dålig andedräkt</p> <p>Att ha kunskap om sambandet mellan plack och karies</p>	Undvika orala problem	
<p>Att problem i munnen och smärta ledde till förbättrad munhygienvanor</p>	Sjukdomsförekomst	

Kod	Subkategori	Huvudkategori
Att tidiga erfarenheter påverkade attityder till munhygien Att tidigare vanor var svåra att bryta	Uppväxt förhållande	Social påverkan
Att kunskap om munnen främst var inhämtad från familj och vänner Att inte kunna bryta mot normen angående munhygienvanor i den sociala kretsen	Nära relationer	
Att media var en viktig informationskälla Att förmedlad information från media ansågs vara sann	Inflyttande av media	
Att tillhörande religion, tradition och kultur präglade uppfattning om munhygien	Traditionell och kulturell praxis	
Att priserna på munhygienprodukter var lagom upplevdes påverka ökad inköp av munhygienprodukter Att det fanns olika alternativ på munhygienprodukter gav möjlighet till inköp anpassat till varierande ekonomi	Kostnadens betydelse	Pris
Att tillgänglighet på produkter påverkade vilka munhygienrutiner som bevarades och/eller ändrades Att den nya svenska kulturen ledde till förändrade vanor och normer kring munhygien	Bevarade och ändrade rutiner i Sverige	Munhygienrutiner
Att användning av Miswak var en naturlig del av vardagen och upplevdes bättre och enklare än tandborste	Tidigare erfarenheter i hemlandet	