



EXAMENSARBETE

Våren 2015

Sektionen för Hälsa och Samhälle
Examensarbete i oral hälsa OH8365

Kunskap om munhygien och kostvanor hos föräldrar till förskolebarn

Författare

Dalya Elias

Wendy Nguyen

Handledare

Seida Erovic Ademovski

Examinator

Stefan Renvert

Kunskap om munhygien och kostvanor hos föräldrar till förskolebarn

Författare: Dalya Elias, Wendy Nguyen

Handledare: Seida Erovic Ademomvski

Empirisk studie

Datum: 2015-09-16

Sammanfattning

Syfte: Syftet med denna studie var att undersöka kunskap om munhygien och kostvanor hos föräldrar till förskolebarn.

Material och metod: Denna kvantitativa empiriska enkätundersökning är baserad på sex bakgrundsfrågor och tretton frågor med fasta och öppna svarsalternativ, angående kunskap om munhygien och kostvanor. Studien utfördes på fyra förskolor i Helsingborg där respondenterna var föräldrar till barn i aktuell förskola. 161 enkäter delades ut. Enkäten besvarades av 91 föräldrar. Det insamlade materialet analyserades med hjälp av Statistical Package for Social Science version 22.0.

Resultat: Resultatet visade att 86% av föräldrarna kände till att tandborstningen borde introduceras när första tanden bryter fram. Majoriteten av föräldrarna (94%) ansåg att tandborstningen skulle ske 2 gånger/dag, och 69% av föräldrarna angav att tandborstningen ska utföras med vuxenhjälp fram till 10-12-års ålder. Sjuttiofem procent av föräldrarna ansåg att barnen bör äta 3 huvudmål/dag och 92% av föräldrarna svarade att mellanmålsintagen ska ske 2-3 gånger dagligen. Att sockerintaget borde begränsas till 1 gång/vecka svarade 70% av föräldrarna. Tolv procent av föräldrarna ansåg att fluortandkräm inte skulle användas på barn.

Slutsats: Studien visar att majoriteten av föräldrar som deltog har god kunskap angående kostvanor, men lägre kunskap om munhygien och tandborstning med fluortandkräm.

Nyckelord: förskolebarn, föräldrar, kostvanor, kunskap, munhygien, tandvård

Knowledge of oral hygiene and dietary habits among parents of preschoolers

Author: Dalya Elias, Wendy Nguyen

Supervisor: Seida Erovcic Ademomvski

Empirical study

Date: 2015-09-16

Abstract

Purpose: The purpose of this study was to investigate the knowledge of oral hygiene and dietary habits among parents of preschoolers.

Material and methods: This quantitative empirical survey is based on six background questions and thirteen questions with fixed and open response options, regarding knowledge of oral hygiene and dietary habits. The study was conducted in four preschools in Helsingborg, where the respondents were parents to the preschoolers. 161 questionnaires were distributed. The survey was answered by 91 parents. The collected material was analyzed using the Statistical Package for Social Science version 22.0.

Results: The results showed that 86% of parents felt that brushing should be introduced when the first tooth erupts. The majority of parents (94%) felt that toothbrushing should be done 2 times/day, and 69% of parents indicated that toothbrushing should be done with help from an adult until 10-12 years of age. Seventy-five percent of parents believed that children should eat 3 meals/day and 92% of parents responded to snack intake should be done 2-3 times daily. Twelve percent of parents believed that fluoride toothpaste should not be used on children.

Conclusion: The study shows that the majority of the involved parents have good knowledge about nutrition, but less knowledge of oral hygiene and toothbrushing with fluoride toothpaste.

Keywords: dental care, dietary habits, knowledge, oral hygiene, parents, preschool children

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1. INTRODUKTION	1
1.1. Allmän hälsa och oral hälsa	1
1.2. Kostvanor	1
1.3. Munhygien	2
1.4. Föräldrar - barn.....	3
1.4.1. FN:s barnkonvention	4
1.4.2. Förskolebarnens bettutveckling.....	4
1.5. Tandvårdens roll.....	5
2. SYFTE.....	5
3. MATERIAL OCH METOD	6
3.1. Design.....	6
3.2. Urval.....	6
3.3. Genomförande.....	6
3.4. Bortfall	7
3.5. Enkät.....	8
3.6. Pilotstudie.....	8
3.7. Bearbetning och analys	9
4. ETISKA ASPEKTER.....	9
5. RESULTAT.....	10
5.1. Bakgrund	10
5.2. Munhygien	10
5.3. Kostvanor	12
6. DISKUSSION.....	14
6.1. Metoddiskussion.....	14
6.2. Resultatdiskussion.....	15
7. SLUTSATS	18
8. ACKNOWLEDGEMENT.....	18
9. REFERENSER.....	19
BILAGA 1. Informationsbrev till ledning/förskolechefen på berörd förskola	
BILAGA 2. Medgivandeformulär	
BILAGA 3. Informationsbrev till föräldrar	
BILAGA 4. Enkät	

1. INTRODUKTION

1.1. Allmän hälsa och oral hälsa

Världshälsoorganisationen (WHO) definierar den allmänna hälsan som fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande hos den enskilde individen eller i en population (WHO, 2003). I den allmänna hälsan inkluderas oral hälsa som innebär fullgoda orala funktioner som möjliggör för individen att tugga, tala och umgås utan obehag och besvär, samt frånvaro av orala sjukdomar (WHO, 2012). Hugoson et al. (2003) beskriver den orala hälsan som en viktig del av den allmänna hälsan som bidrar till det psykiska, fysiska och sociala välbefinnandet, och är därmed också en del av livskvaliteten (Hugoson et al. 2003). Den orala hälsan är en del av den allmänna hälsan, men har den inte fått samma uppmärksamhet på grund av att det inte anses vara livshotande (Allen, 2003; Hugoson et al. 2003).

Den svenska befolkningens självskattade oral hälsa är god och de flesta individer besöker tandvården regelbundet (Socialstyrelsen, 2010). I Sverige anses barnens hälsosituation vara bland de bästa i världen, men den psykiska ohälsan har ökat under de senaste åren (Socialstyrelsen, 2012). WHO anger att sociala, ekonomiska, politiska och kulturella faktorer påverkar både den allmänna hälsan och orala hälsan (WHO, 2012). Individer med socioekonomiska svårigheter samt utrikesfödda personer anses ha en sämre upplevd oral hälsa, sämre tandstatus och har en oregelbunden kontakt med tandvården (Socialstyrelsen, 2010). Andra faktorer som bidrar till uppkomsten av orala sjukdomar är dålig munhygien, tobaksanvändning, alkoholkonsumtion och ohälsosam kost (Petersen et al. 2005).

1.2. Kostvanor

Föräldrarna har en central roll för att grundlägga barnets kostvanor och att barnet har tillgång till hälsosam kost (Åkeson & Nilsson, 2011). Från födseln upp till sex månaders ålder består det nyfödda barnets föda av modersmjölk eller industritillverkad modersmjölkersättning. Barn som ammas har minskad risk för mag-tarminfektioner, öroninfektion, övervikt och fetma, högt blodtryck och risken för insjuknade för typ 2-diabetes (Agostoni et al. 2009; Agostoni et al. 2009).

Efter sex månader ökar barnets energi- och näringsbehov och barnet introduceras oftast till andra livsmedel. Mellan åtta och tio månader kan barnet introduceras till mat med grövre bitar, för att lära sig tugga samt undvika sväljningsproblem (Agostoni et al. 2008; Agostoni et al. 2009).

Livsmedelsverket (2011) rekommenderar regelbundna kostintag till barn från 1-års ålder och äldre. Detta hjälper barnet att få balans i sin ämnesomsättning och risken för övervikt minskar. En balanserad måltidsordning ger också barnet en stabil blodfettsomsättning och ökar koncentrationsförmågan (Livsmedelsverket, 2011).

Barn bör få tre huvudmål och två-tre mellanmål med ett näringsrikt innehåll, vilket är särskilt viktigt med tanke på att barn äter mindre portioner än vuxna (Livsmedelsverket, 2011). Måltidsordningen styrs bland annat av kulturella faktorer där religiösa och traditionella aspekter påverkar kostintaget (Socialstyrelsen, 2011). Andra faktorer som kan påverka barnets matvanor är familjens ekonomi och miljön de lever i (Jacobson et al. 2013).

I en studie av Mennella et al. (2014) redovisas att barn föredrar att äta salt och sockerrik mat. Detta ökar risken att drabbas av fetma och övervikt (de Onis et al. 2010). Enligt studien från Barbieri et al. (2003) på barn i Sverige i åldrarna fyra, åtta och tolv år åt de godis, läsk, saft, snacks och bakverk som täcker en fjärdedel av deras energibehov. Intaget av dessa produkter innebär att individen konsumerar mättade fettsyror, transfettsyror och tillsatt socker (Barbieri et al. 2003). Intaget av frukt och grönsaker, fibrer och vitamin D är för lågt. För att barn ska ha en välbalanserad kost behöver de äta dubbelt så mycket grönsaker och frukt jämfört med vad de gör idag. Barn bör äta 400 gram frukt och grönt per dag (Barbieri et al. 2003).

Förutom att hög sockerkonsumtion kan vara skadlig för den allmänna hälsan påverkas även den orala hälsan negativt. Utveckling av karies sker främst på grund av sockrets nedbrytningsbara kolhydrater och höga intag av sura drycker kan leda till erosions-skador (Bryngelsson, 2006; Scaramucci et al. 2011; Arnadóttir et al. 2003). Erosions-skador kan vara ett tecken på ohälsosam livsstil som bidrar till dålig oral hälsa (Hasselkvist et al. 2014). Kosten spelar stor roll för kariesuppkomsten (Declerck et al. 2008). Högt intag av sockerhaltiga produkter ökar risken för utveckling av kariesskador. Barn som får sockernehållande drycker under natten och mellan måltiderna får betydligt mer plack på tänderna. Detta kan ses som en prediktor för kariesutveckling (Declerck et al. 2008). Det är viktigt att minska intaget av sötsaker, till exempel genom att begränsa godisintaget till en gång i veckan (Koch & Poulsen, 2009). Intaget av socker kan minskas betydligt om barnen dricker mer vatten istället för läsk eller saft som törstsläckare (Barbieri et al. 2003).

1.3. Munhygien

Munhygien har stor betydelse för den orala hälsan. Tandborstningen är grundläggande för att etablera en god munhygien (Rode et al. 2012; Sharma et al. 2012). Munhygienvanor etableras

redan i barndomen där föräldrarnas egna munhygienvanor spelar stor roll. Kariesrisken förebyggs om tandborstningen introduceras före 1-års ålder med vuxen hjälp (Qiu et al. 2013; Pine et al. 2004). Tandborstningens effektivitet påverkas av borsttekniken, borstningstiden och handmotoriken (Sharma et al. 2012). Samma studie konstaterar att barn under 10-års ålder har dålig handmotorik och manuell fingerfärdighet, och är i behov av hjälp från föräldrarna med tandborstningen redan då första tanden bryter ut fram till barnets 10-års ålder (Sharma et al. 2012; Pine et al. 2000; Adair et al. 2004). Tandborstning två gånger om dagen, efter frukost och innan sänggående, med fluortandkräm ger en bra förutsättning att behålla god munhygien (Adair et al. 2004; Jensen et al. 2014). God munhygien ger bra skydd åt barnets nya erupterade tänder då de är känsliga för karies, både primära som permanenta tänder (Bath-Balogh & Fehrenbach, 2011).

Dålig munhygien bidrar till utveckling av karies och parodontala sjukdomar. Om bakteriebeläggningarna längs tandköttsranden inte avlägsnas utvecklas en inflammation i mjukvävnaden, en gingivit (Löe et al. 1965). Gingivit ger tandköttet en röd färgförändring, svullnad, blödning och ökad ett fickdjup (Pari et al. 2014). Löe et al. (1965) konstaterar i sin studie att gingivit är reversibel, det vill säga att inflammationen går att läka ut. För att gingiviten skall läkas ut krävs en daglig munhygienrengöring för att avlägsna bakteriebeläggningar som orsakar tandköttsinflammation i området (Löe et al. 1965).

1.4. Föräldrar - barn

Människans livsstilsvanor påverkas av levnadsvillkor där miljön barn lever i har stor betydelse för barnets hälsa (Whitehead & Dahlgren, 1991). Sundqvist et al. (2006) beskriver att familjen har en stor betydelse och inflytande över sina barn. I Sverige utvecklar 60-70% av barnen ett tryggt anknytningsmönster med hjälp av samspelet med sina föräldrar (Socialstyrelsen, 2009). Det finns ett starkt samband mellan föräldrars och barns orala hälsa (Pine et al. 2004). Tandvårdsrelaterade beteenden överförs från föräldrarna, främst modern till barnet (Poutanen et al. 2006). Enlig Sundqvist et al. (2006) avspeglas föräldrarnas tandvårdsvanor, kostvanor och munhygienvanor på barnet samt påverkar dess framtida tandvårdsvanor.

Det finns faktorer som har negativ inverkan på barnets orala hälsa till exempel att växa upp med föräldrar med låg utbildningsnivå, låg socioekonomisk status eller med en ensamstående förälder (McGrath et al. 2002; Akpabio et al. 2008; Cortés et al. 2012). Anledningen till ensamstående förälder betraktas som en riskfaktor för barnets orala hälsa är att dessa föräldrar

antas vara i en mer utsatt livssituation, vilket påverkar deras möjlighet att tillgodose barnets behov i olika avseende (Mattila et al. 2000). Samma studie beskriver att barn med hög kariesförekomst har ofta mödrar med dålig oral hälsa jämfört med mödrar till kariesfria barn. Barnens orala hälsa påverkas oftast av familjens etniska bakgrund (Skeie et al. 2008; Cortés et al. 2012).

1.4.1. FN:s barnkonvention

Enligt FN:s barnkonvention definieras alla individer under 18 år som barn (Lönnerblad, 1989). I konventionen beskrivs att barn har rätt till den bästa uppnåeliga hälsan där sjukvård och rehabilitering ska ingå. Konventionsstaterna måste sträva efter att utveckla förebyggande hälsovård, föräldrarådgivning, undervisning och hjälp i familjeplaneringsfrågor (Lönnerblad, 1989). Förutom barns rätt till hälso- och sjukvård ska barnen även ha rätt till utbildning. Enligt skollagen (SFS 2010:800) ska förskolan erbjuda en plats från 1-års ålder, medan barn vid 6-års ålder ska erbjudas till en förskoleklass (Utbildningsdepartementet, 2010).

1.4.2. Förskolebarnens bettutveckling

Vid förskoleåldern kan barnet ha två tanduppsättningar: det primära bettet (mjölk tänder) och det permanenta bettet (vuxentänder). Det primära bettet består av 20 mjölk tänder och det permanenta bettet består av 28-32 tänder. Barnen har ett växelbett från 6-års ålder fram till 12-års ålder. Under den tidsperioden sker en växling från primära bettet till det permanenta bettet, där både primära och permanenta tänder är närvarande (Koch & Poulsen, 2009; Bath-Balogh & Fehrenbach, 2011). De primära tänderna börjar eruptera från cirka sex månader fram till 3-års ålder (Koch & Poulsen, 2009). Vid 6-års ålder börjar den första permanenta tanden bryta fram och vuxenbettet blir fullständigt tills de tredje molarerna (visdomstånderna) erupteras, vanligtvis vid 21-års ålder (Bath-Balogh & Fehrenbach, 2011).

Eftersom de primära tänderna har tunnare och mindre mineralisation i emaljen är de mer känsliga för erosions-och kariesskador (Taji & Seow, 2010). Kariesprogressionen i primära bettet går snabbare än i nyerupterad permanent tand. Det permanenta bettet har 15 gånger högre risk för karies om det primära bettet redan är drabbad av karies (Fejerskov & Kidd, 2008; Finucane, 2012).

Enligt Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) är karies den vanligaste förekommande sjukdomen hos barn under två år (SBU, 2007). I Sverige är barnens orala hälsa god, men det finns stora skillnader beroende på familjens bakgrund och socioekonomisk status (Socialstyrelsen, 2012). Tandvårdens insatser som inriktas på förebyggande vård kan

förhindra de orala sjukdomarnas utveckling (WHO, 2012). Föräldrarna får instruktion i tandborstning och kostrådgivning med sina barn första gången de besöker tandvården när barnet är cirka ett till två år (Adair et al. 2004).

1.5. Tandvårdens roll

Tandvårdslagen (1985:125) beskriver att tandvårdens roll är att förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador i munhålan. Denna lag har som mål att ge god oral hälsa och tandvård på lika villkor för hela befolkningen. Tandvården har ett krav att barnets bästa ska beaktas när tandvård skall utföras (Socialdepartementet, 1985). I tandvårdsteamet ingår tandhygienister, vars uppgift är att arbeta hälsofrämjande och förebyggande mot ohälsa i munhålan (Socialstyrelsen, 2004). Detta innebär att tandhygienisten ska medverka till en god oral hälsa på individ-, grupp- och samhällsnivå som bidrar till god allmän hälsa och välbefinnande via bland annat stöd, information samt instruktion till patienterna (Socialstyrelsen, 2004).

Tandvården ska jobba utifrån evidensbaserad kunskap, det vill säga vetenskap och beprövad erfarenhet (Socialstyrelsen, 2004). Bandura (2004) beskriver att kunskapen påverkar individens livsstil och motivation till förändring, samt påverkar dess handlingar och beteende. Det är viktigt att vårdgivaren samarbetar med föräldrarna genom att öka deras kunskap via munhygieninstruktioner samt kostrådgivningar vid tandvårdsbesöken (Akpabio et al.2008). Sarmadi et al. (2011) uppvisar att rätt information och instruktion om kostvanor och munhygien till föräldrar redan från första besöket medför till kariesförebyggandeeffekter. Eftersom tandvårdspersonal, i synnerhet tandhygienister, träffar många föräldrar i sitt arbete vore det intressant att undersöka kunskapen om munhygien och kostvanor hos föräldrar i syftet att uppnå en god oral hälsa hos deras barn via tandvårdens rekommendationer.

2. SYFTE

Syftet med denna studie var att undersöka kunskap om munhygien och kostvanor hos föräldrar till förskolebarn.

3. MATERIAL OCH METOD

3.1. Design

En enkätundersökning utfördes på fyra kommunala förskolor i Helsingborg. En enkätundersökning innebär att respondenterna får ett formulär, som innehåller frågor med fasta eller öppna svarsalternativ, som de själva fyller i (Ejlertsson, 2014).

3.2. Urval

Urvalet på respondenterna skedde på de aktuella förskolorna i Helsingborg. Enligt Helsingborgs stads (2014) hemsida fanns det 76 kommunala förskolor i olika områden. Utifrån hemsidan kontaktades cheferna till förskolor med flest antal barn, och de utvalda förskolorna var de fyra första som tackade ja till utförandet av studien. Dessa fyra förskolor hade 13 avdelningar med sammanlagt 295 barn.

Inklusionskriterierna för deltagandet i studien var att respondenterna skulle vara föräldrar eller vårdnadshavare till ett barn som går i förskolan samt kunna besvara och förstå enkätfrågorna på det svenska språket.

3.3. Genomförande

Samtliga förskolechefer kontaktades via telefon, som gav författarna ett muntligt godkännande att utföra studien i respektive förskola. Innan genomförandet av studien fick förskolechefen ett informationsblad (bilaga 1) om studiens syfte, tillvägagångssätt, under vilken period studien skulle genomföras, samt medgivandeformulär (bilaga 2) och enkätfrågorna (bilaga 4) för överblick via e-mail. Förskolelärarna fick informationen angående studiens genomförande från förskolechefen, som vidarebefordrade författarnas e-mail. Författarna fick tillbaka medgivandeformulären påskrivna av förskolecheferna eller förskoleledarna vid studiens start. Endast från en förskola fick författarna tillbaka formuläret vid slutet av genomförandet, på grund av att förskolechefen inte var närvarande vid studiens start.

En vecka innan studiens genomförande informerade förskolelärare föräldrarna angående enkätundersökningen och författarnas närvaro för genomförandet. Informationen om studien, samt påminnelsen, skedde via skolans egen informationsrutin som användes för att nå föräldrarna. Påminnelsen skickades från förskolan till samtliga föräldrar en vecka efter utdelning av enkäterna, där syftet var att nå föräldrar som ännu inte besvarat enkäten och för att undvika bortfall.

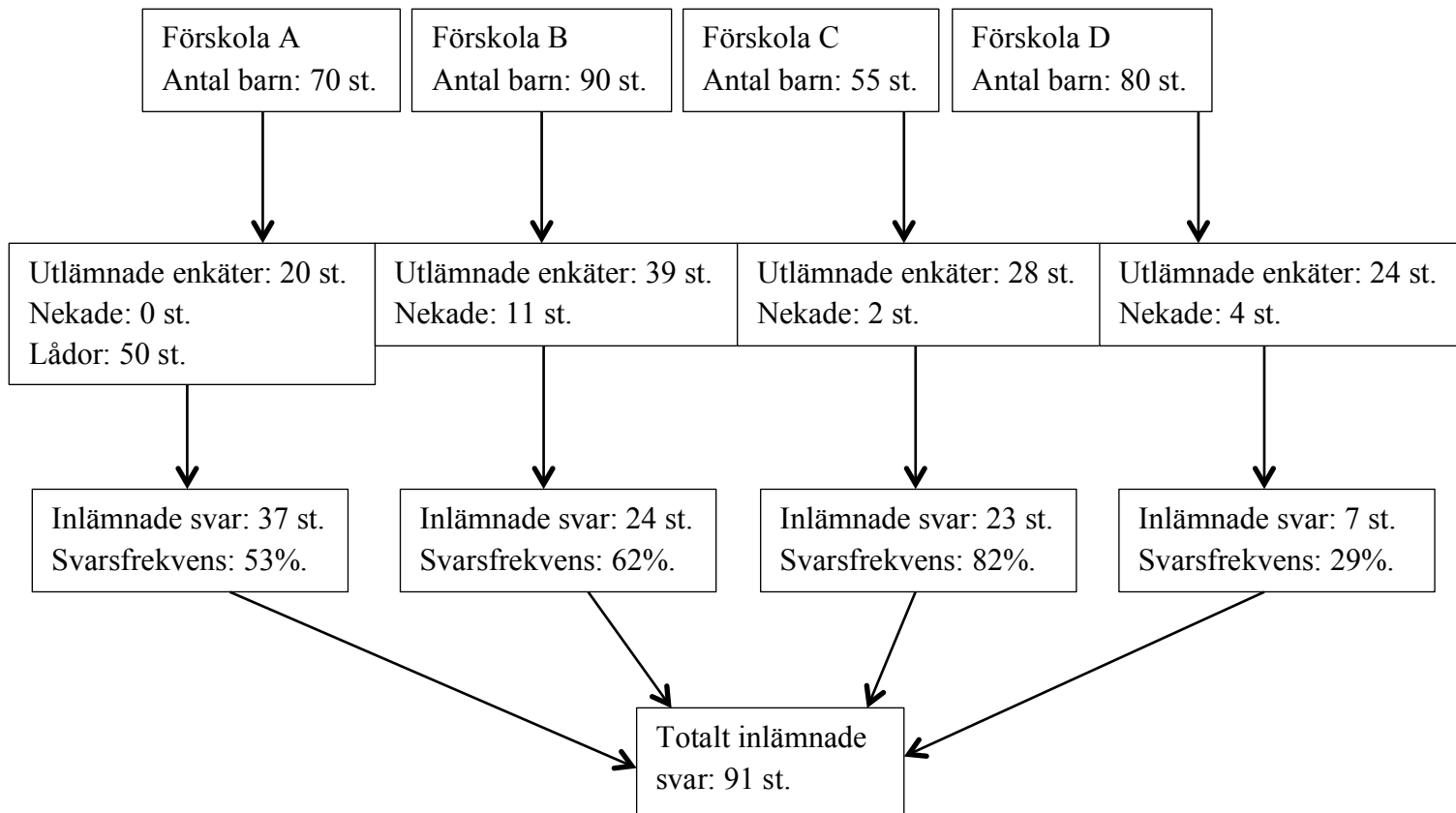
Författarna besökte två avdelningar per dag för utdelning av enkäterna under sju dagar. Vid utdelning av enkäterna fick föräldrarna muntlig och skriftlig information (bilaga 3) av författarna tillsammans med enkäten och ett svarskuvert. Informationsbladet gav föräldrarna en skriftlig information om studiens syfte, genomförande, hur materialet skulle förvaras samt att deltagandet var frivilligt och anonymt, vilket innebar att varken författarna eller förskolelärarna kunde identifiera föräldrarna. Under författarnas besök i samtliga förskolorna lämnades tio reservenkäter till förskolelärarna, som kunde delas ut till föräldrar som blivit av med sin ordinarie enkät.

Föräldrarna hade tre dagar på sig att fylla i enkäten, stoppa enkäten i det medskickade svarskuvertet och lämna tillbaka detta till förskolan, där förskolelärarna stoppade in den besvarade enkäten i en förseglad låda som lämnades på respektive förskola av författarna. Lådan förvarades så att inga obehöriga hade tillgång till den. Den hämtades av författarna från förskolorna två veckor efter att enkäterna delats ut.

Det var en förskola där metoden inte kunde följas fullt ut på grund av sportlov. Endast 20 föräldrar fick enkäterna från författarna på plats. För att nå ut till alla föräldrar så optimalt som möjligt frågade författarna om godkännande att lämna enkäterna på de frånvarande barnens lådor vid entrédörren. Femtio enkäter med informationsblad och det medskickade svarskuvertet blev nedstoppade i de frånvarande barnens lådor.

3.4. Bortfall

Samtliga barn i förskolorna var 295 stycken. Vissa barn kom aldrig till förskolan då författarna var på plats, vilket innebar att barn som var frånvarande kunde ha varit lediga eller sjuka. Det fanns barn som hade syskon i andra avdelningar på förskolan, där deras förälder fick endast en enkät på en avdelning. Totalt utlämnades 161 enkäter till föräldrarna. Som externt bortfall räknades 70 stycken som inte lämnade tillbaka enkäterna, sex föräldrar hade brådskande ärende och kunde inte delta, samt elva föräldrar avböjde deltagande med hänvisning till bristande förståelse av det svenska språket. Totalt fick författarna tillbaka 91 enkäter (Figur 1). En respondent missade fyra frågor i enkäten vilken bedömdes som internt bortfall vid bearbetningen.



Figur 1. Grafisk beskrivning av antal utlämnade och returnerade enkäter vid de olika förskolorna.

3.5. Enkät

Undersökningsverktyget bestod av en enkät som tagits fram av författarna. Enkäten erhöll sex bakgrundsfrågor och tretton frågor om kunskap angående munhygien och kostvanor. Av de tretton frågorna fanns det två öppna frågor (bilaga 4).

3.6. Pilotstudie

En pilotstudie innebär en förberedande undersökning som syftar till att undersökningsinstrumentet prövas i en mindre skala (Olsson & Sörensen, 2011). Pilotstudien utfördes på en avdelning med 20 barn i en kommunal förskola i Helsingborg. Författarna delade ut enkäterna till de fem första föräldrar som tackade ja till deltagande. De fick besvara enkäten på plats, och därefter hade författarna möjlighet att fråga hur enkätfrågorna uppfattades. Syftet med pilotstudien var att undersöka om enkätfrågorna uppfattades korrekt.

Efter pilotstudiens genomförande skedde en mindre justering av enkätfrågorna. Vissa frågor och svarsalternativ omformulerades och förenklades. Pilotstudien inkluderades inte i studiens resultat.

3.7. Bearbetning och analys

Det insamlade materialet bearbetades och analyserades i Statistical Package of Social Sciences (SPSS) version 22.0. Dataanalysen redovisades som deskriptiv statistik med hjälp av tabeller, figurer och text. Enkätens öppna frågor behövde inte analyseras eftersom föräldrarnas svar var korta och konkreta.

4. ETISKA ASPEKTER

Studien har genomförts enligt de forskningsetiska principerna: informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet (Forskningsetiska delegationen, 1990).

Informationskravet uppfylldes då författarna informerade samtliga förskolechefer om studien och dess syfte både muntligt och skriftligt. Informationsbrevet, medgivandeformuläret och enkäten bifogades, och skickades till förskolecheferna som lämnade över informationen till personalen i de berörda förskolorna. Föräldrarna fick både muntligt och skriftligt information om studien från författarna (Forskningsetiska delegationen, 1990).

Samtyckeskravet betraktades då författarna fick ett muntligt och skriftligt samtycke från samtliga förskolechefer till genomförande av studien. Deltagandet i studien var frivilligt och anonymt, föräldrarna kunde när som helst avbryta sin medverkan utan att ge någon anledning (Forskningsetiska delegationen, 1990). Föräldrarna fyllde i enkäten frivilligt efter informationen vilket innebar att de gav sitt samtycke till att delta i studien (Forskningsetiska delegationen, 1990). Samtliga föräldrar som hade sina barn i de utvalda förskolorna fick delta i studien, men elva föräldrar hade brist på förståelse av det svenska språket och därför avböjdes från författarna. Detta kan ha uppfattats som kränkande eller diskriminerande för dessa föräldrar.

Konfidentialitetskravet uppfylldes då den besvarade enkäten stoppades i ett kuvert av föräldrarna och förvarades i en låda på förskolan. Enkäterna kunde inte ledas tillbaka till någon enskild förälder. Obehöriga kunde inte ta del av materialet då enbart studiens författare bearbetade enkäterna (Forskningsetiska delegationen, 1990). Tystnadsplikt beaktades då författarna skrev under ett tystnadspliktsformulär endast i en förskola. I de övriga förskolorna var författarna medvetna om sekretessen även om de inte skrev under ett tystnadspliktsformulär. Författarna kunde inte påverka de olika förskolornas rutiner för sekretesshantering.

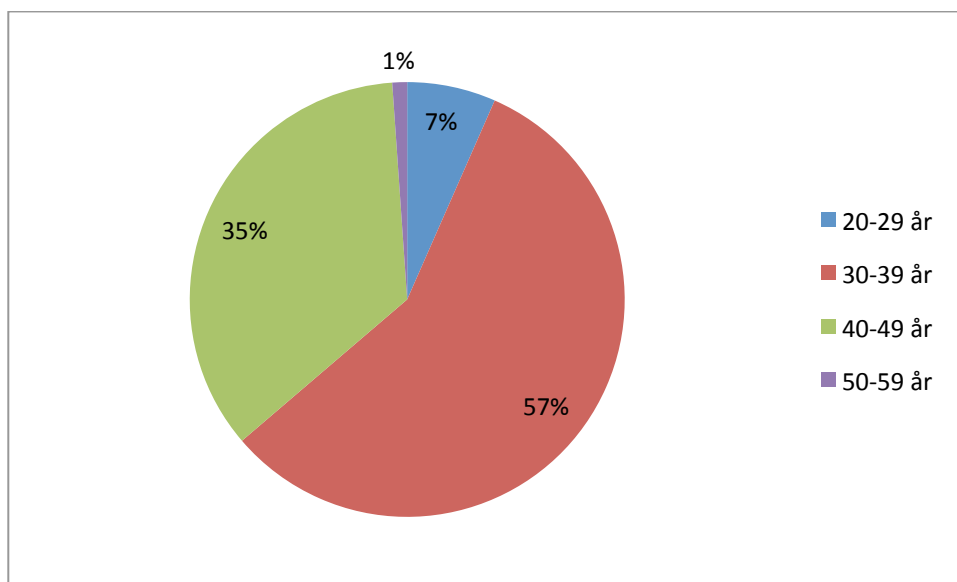
Nyttjandekravet uppfylldes då resultatet av materialet användes enbart till denna studie och kommer att förstöras efter att studien examinerats och godkänts (Forskningsetiska delegationen, 1990).

5. RESULTAT

5.1. Bakgrund

I fortsättningen kommer deltagarna omnämnas som föräldrar. Totalt bearbetades 90 enkäter, varav 65 besvarades av kvinnor och 24 av män. En förälder svarade inte på frågan om kön.

Åldersfördelningen på föräldrarna presenteras i figur 2.



Figur 2. Åldersfördelning de hos föräldrar som besvarade enkäten.

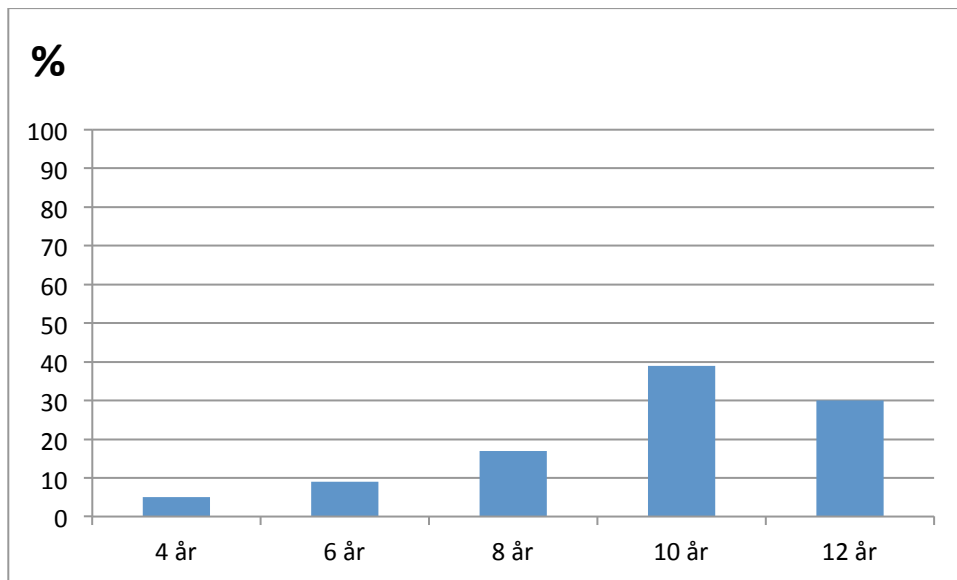
Majoriteten (n=66) av föräldrarna var födda i Sverige medan tjugofyra var födda i annat land. De flesta föräldrarna (n=54) hade universitet/högskoleutbildning, trettioen hade gymnasieutbildning och fem hade grundskoleutbildning.

Antal barn i familjerna varierade mellan ett till sex. Typvärdet på antal barn per familj var två.

5.2. Munhygien

Åttiosex procent av föräldrarna svarade att tandborstning bör påbörjas när första tanden bryter fram, medan 14% svarade att tandborstningen bör ske när barnet är i 1-års ålder. På frågan ”Hur ofta ska Du borsta tänder på ditt barn?”, svarade 94% av föräldrarna *2 gånger/dag*, medan 6% uppgav att tandborstningen skulle ske *1 gång/dag*. Enligt 96% av föräldrarna bör tandborstningen ske morgon och kväll.

I figur 3 redovisas svaren på frågan ”Hur länge bör Du hjälpa barnet med tandborstningen?”.



Figur 3. Föräldrarnas kännedom om hur länge de bör hjälpa barnen med tandborstningen.

Endast 50% av föräldrarna ansåg att fluortandkräm bör användas när första tanden kommer fram, tabell 1. En deltagare svarade inte på frågan.

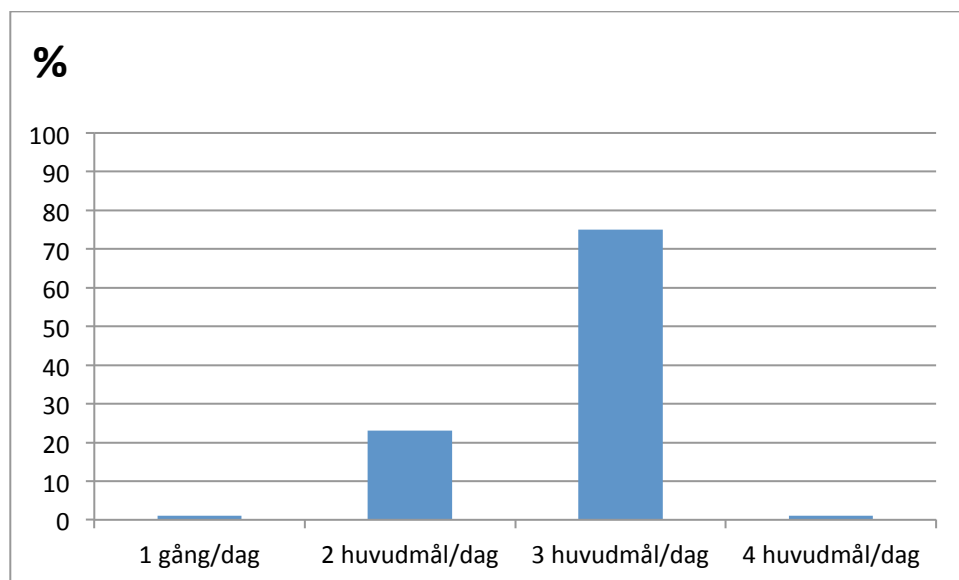
Tabell 1. Föräldrarnas kännedom om när fluortandkräm bör introduceras till barn.

Kategori	Föräldrar (%)
När barnet är 1 år	19
När barnet är 3 år	18
När den första tanden kommer fram	50
Fluortandkräm bör inte användas på barn	12

På frågan ”Varför borstar Du barnets tänder?” svarade 92% av föräldrarna för att *undvika karies (hål i tänderna)*, medan 6% svarade *för att få en ren munhåla*. Denna fråga exkluderades i två enkäter eftersom respondenten angett flera svarsalternativ.

5.3. Kostvanor

Barn bör enligt 75% av föräldrarna inta tre huvudmål dagligen, figur 4. På frågan om mellanmål angav 92% föräldrar att barn bör äta 2-3 mellanmål/dag, medan 8% angav 0-1 mellanmål/dag.



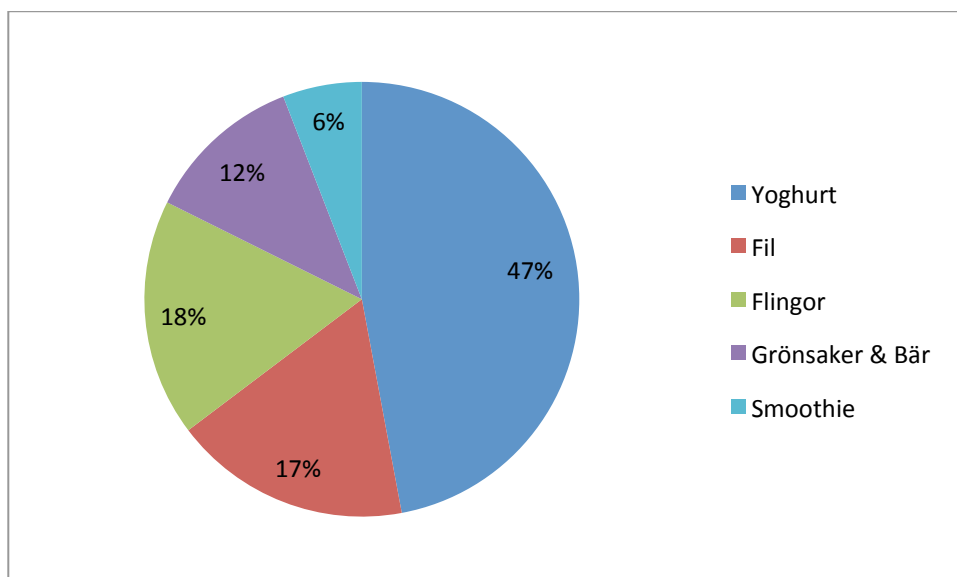
Figur 4. Antal huvudmål som angetts av respondenterna.

I tabell 2 redovisas föräldrarnas svar på frågan om vad ett barn kan få som näringsrikt mellanmål. Flera svarsalternativ kunde anges samt egna kommentarer under *annat*. Egna alternativ till näringsrikt mellanmål presenteras i figur 5.

Tabell 2. Föräldrarnas uppfattning av vad som är ett näringsrikt mellan mål till barn (mer än ett svarsalternativ kunde anges).

Mellanmål	Föräldrar (%)
Frukt	93
Fullkorns smörgås (pålägg ost eller skinka)	89
Kakor	2
Godis	2
Annat*	19

* Presenteras i figur 5.



Figur 5. Andra typer av mellanmål som ansågs näringsrika utöver de fasta svarsalternativen i enkäten.

I tabell 3 redovisas svaren på frågan om hur ofta barnen bör inta sötsaker. Det vanligaste svarsalternativet var en gång i veckan (70%).

Tabell 3. Intagsfrekvensen på hur ofta ett barn bör inta sötsaker.

Intagsfrekvens	Föräldrar (%)
Varje dag	1
1 gång/veckan	70
2-3 gånger/veckan	16
1 gång/månad	4
Aldrig	9

På frågeställningen ”Vad kan den bästa törstsläckaren vara för barn?”, kunde föräldrarna ange flera svarsalternativ. De olika svarsalternativen presenteras i tabell 4.

Tabell 4. Bästa törstsläckaren för barn.

Dryck	Föräldrar (%)
Mjölk	33
Vatten	99
Juice	2
Saft	2
Läsk	0
Annat	0

Åttiotre procent av föräldrar uppgav att barn inte får äta efter tandborstningen, medan 17% uppgav att barn får äta. Dessa barn får äta frukt, macka, välling, måltidskost eller sockerfria produkter efter tandborstning.

På frågan om barn får dricka efter tandborstning uppgav 92% föräldrar att de får dricka efter munhygienrengöring där vatten var den vanligaste drycken att inta, men även mjölk, välling, juice och saft framkom i mindre omfattning.

6. DISKUSSION

6.1. Metoddiskussion

Studien utfördes i Helsingborg på fyra förskolor med användning av enkäter. Valet av kvantitativ metod ansågs bäst kunna besvara syftet eftersom studien grundade sig på ett stort antal deltagare. En kvalitativ metod hade kunnat ge djupare förståelse av föräldrarnas kunskaper, men nackdelen hade varit färre antal deltagare samt att studiens bredd hade gått förlorad.

Studiens inklusionskriterier innebar att alla föräldrar inte kunde delta i studien till exempel på grund av svårigheter att förstå det svenska språket. Tidigare studier har visat att familjer med annan kulturell bakgrund har andra kostvanor, vilket medförde att kariesprevalensen och kariesrisken var högre (Wennhall et al. 2008; Hjern & Grinddefjord, 2000). Det är möjligt att om flera föräldrar med annan kulturell bakgrund kunnat delta hade påverkat utfallet av studien. Översättning av enkäten hade varit nödvändig för att kunna nå föräldrar med begränsad kunskap i svenska språket, men eftersom tiden var begränsad bedömdes inte detta

genomförbart. En egenhändig framtagen enkät av författarna användes. En egenkomponerad enkät ska vara enkel, entydig, begriplig, inga dubbla, ledande eller förutsättande frågor, samt ska den besvara studiens syfte (Olsson & Sörensen, 2011). I studiens enkätfråga fem fanns det en respondent som inte kryssade i något svarsalternativ, eftersom frågan saknar ett ”vet inte”-alternativ kan respondenten ha hoppat över frågan. Enkätens fråga sex ”Varför borstar Du barnets tänder?”, kan ha missuppfattats då regelbunden tandborstning både minskar karies och gör rent munhålan då tandborstningen avlägsnar bakteriebeläggningar (Ghazal et al. 2015; Willershhausen & Watermann, 2001).

Svarsfrekvensen i den nuvarande undersökningen kan ha påverkats av geografiskt område eller föräldrarnas bakgrund. Endast 91 av 161 enkäter lämnades tillbaka vilket ger en svarsfrekvens på 56,5% och ett externt bortfall på 43,5%. Möjliga anledningar till bortfallet kan vara att föräldrarna hade glömt att besvara eller avbrutit sitt deltagande. Dessutom var det många föräldrar som inte lämnade sina barn varje dag, vilket innebar att det fanns barn som var lediga eller sjuka när författarna var på plats. Författarna hade förutsagt att nå ut till alla 295 barns föräldrar på de aktuella förskolorna, men föräldrar som hade flera barn i förskolan inlämnade endast en enkät. Det är vanligt att enkätundersökningar inte når 50% som svarsfrekvens (Ejlertsson, 2014). Enligt Lindén-Boström & Persson (2010) förekom en tendens att svenskfödda var de som svarade tidigt på en enkät, medan individer som haft ekonomiska problem svarade sent, detta oavsett kön, ålder, bakgrund och utbildningsnivå. Samma författare påtalade att iaktta försiktigheter med generaliseringar efter undersökning utförts i mindre områden eller i specifika befolkningsgrupper (Lindén-Boström & Persson, 2010).

Genom att författarna kom i med föräldrarna är det möjligt att detta påverkade deras val av svar i enkäten.

6.2. Resultatdiskussion

Föräldrarna hade hög kunskap kring kostvanor, men lägre kunskap om munhygien och tandborstning med fluortandkräm.

Majoriteten av föräldrarna var medvetna om att tandborstningen borde utföras två gånger per dag redan när första tanden bryter fram, detta överensstämmer med data från Adair et al. (2004). Tolv procent av föräldrarna angav att fluortandkrämen inte bör användas på barn alls. Av dessa 12% av föräldrarna var 9% födda i Sverige och 3% kom från annat land. Fluor tillförs lokalt vanligen genom användning av fluorinnehållande tandkräm. Tandborstning två

gångar om dagen med fluortandkräm ger kariesförebyggande effekt. Barn som inte regelbundet använder fluortandkräm får inte optimalt kariesskydd (Stecksén-Blicks et al. 2008). I en studie av Blinkhorn et al. (2001) kände endast hälften av respondenterna till att de skulle använda fluortandkräm i liten ärtas storlek på tandborsten, och 3% av dessa respondenterna visste att fluorhalten var 1 000 ppm (0,1%) i barntandkräm. Detta tyder på att tandvården inte har lyckats nå alla föräldrar med information om vikten av fluorinnehållande tandkräm, vilket kan påverka barnens orala hälsa negativt. Dagens fluorrekommendationer är baserade på vetenskapliga studier för kariesförebyggande metoder (SBU, 2002). Rapporten från SBU (2014) konstaterade att tandborstning två gånger om dagen med fluortandkräm är ett effektivt sätt att förbygga karies hos barn och ungdomar. Den mängd fluor som barnet får i sig, i samband med tandborstning, är begränsad och därmed är risken för biverkningar obetydlig (Scientific Committee on Consumer Safety/SCCS, 2005). Studien av Jensen et al. (2012) undersökte kunskapen, attityden och vanor angående fluortandkräm och tandborstning hos olika åldersgrupper i Sverige. Studien visade sig att majoriteten av respondenterna svarade att fluorets största effekt var att göra tänderna starkare, men fler tonåringar visste inte om fluorets betydelse och angav att ämnet gör tänderna vitare (Jensen et al. 2012). Endast ett fåtal av respondenterna angav att fluortandkräm är viktigt för att förebygga karies (Jensen et al. 2012). Det är viktigt att tandvården lägger mer fokus på att uppmärksamma föräldrar som inte låter sina barn använda fluortandkräm för att kunna bemöta deras oro om fluor på ett professionellt sätt. Tandvårdspersonal har en roll som representant för en god oral hälsa genom att förmedla det vetenskapliga underlag som framhäver fluorets positiva effekter för tandhälsan (Adair et al. 2004; Jensen et al. 2014).

I resultatet framkom att föräldrar hade olika uppfattningar om hur länge de borde hjälpa barnet med tandborstningen. Majoriteten av föräldrarna svarade att barnet borde få hjälp med tandborstningen fram till 10-12-års ålder. En del föräldrar angav åldrar under 10-år. Föräldrarna bör hjälpa sina barn med munhygien fram till 10-års ålder (Pine et al. 2000; Sandström et al. 2011). Tandborstning utförd av barn yngre än 10-års ålder anses vara ineffektivt, beroende på brist på motivation och dålig fingerfärdighet. Det handlar om att finmotoriken är åldersrelaterad och är inte färdigutvecklad före 10-års ålder (Sharma et al. 2012; Sandström et al. 2011).

Föräldrars kunskap om kostvanor var ganska högt. Studien av ElKarmi et al. (2015) undersökte föräldrarnas kunskap om kostvanor hos barn via enkäter, och kom fram till att barn borde inta tre eller färre mellanmål dagligen. I Sverige ger Livsmedelsverket

kostrekommendationer. Regelbundna måltider innebär att risken att insjukna i hjärt-kärlsjukdomar, metabolt syndrom, vissa cancerformer reduceras samt att risken för viktuppgång minskar (Socialstyrelsen, 2009). Även om den nuvarande studien visade att föräldrarna hade goda kunskaper om kostvanor är det möjligt att dessa kunskaper inte alltid överensstämmer med rutinerna i hemmet, det vill säga att kunskapen finns men omsätts inte i handling.

På frågan om vad barn bör inta som näringsrikt mellanmål har de flesta föräldrar uppgett frukt och fullkorns smörgås (pålägg ost eller skinka). ElKarmi et al. (2015) angav att frukt, grönsaker, nötter eller ost anses som nyttiga mellanmål. Under svarsalternativet *annat*, var mejeriprodukterna (yoghurt och fil) ett ofta angett alternativ. Författarna är medvetna om att mejeriprodukter och flingor från sädeslag är typiska mellanmål som kan anses vara nyttiga för barn, men valde att inte ha med dessa som fasta svarsalternativ i enkäten. Anledningen är att dessa produkter kan vara sockerfällor som innehåller dolt socker. Garemo et al. (2007) beskrev att mejeriprodukterna utgör 29% av det totala fettintaget, och att 12% av sackaros kommer från mejeriprodukterna.

Studiens resultat visade att majoriteten av föräldrarna visste att barn borde inta sötsaker en gång i veckan. År 1954 publicerades Vipeholmsstudien som konstaterade att frekventa intag av kolhydrater orsakade karies på tänderna (Gustafsson et al. 1954). Efter studiens publicering kom Socialstyrelsen ut med begreppet ”lördagsgodis” som innebar en rekommendation att begränsa godisintaget till en gång i veckan (Socialstyrelsen, 2013). Att denna rekommendation har haft en påverkan verifieras i den nuvarande studien. Tandvården följer Socialstyrelsens rekommendation om ”lördagsgodis” i sin information och kostrådgivning till föräldrarna för att begränsa sockerintaget (Fure, 2001). Via kostrådgivningen får föräldrarna ökad förståelse om sambandet mellan sockerintag och kariesutveckling.

Föräldrarna ansåg att vatten och mjölk var de bästa törstsläckarna för barn. Detta kan tydas att föräldrarna ansåg att vatten är en neutral vätska som är skonsam för munhålan och inte fräter på tänderna, medan mjölk kan betraktas som en nödvändig dryck då den bidrar till näringsbehov som kalcium och vitamin D (Garemo et al. 2007). Vatten bidrar till att neutralisera pH-värdet i munnen vilket reducerar både kariesförekomsten och erosionsskador (Otsu et al. 2014). Mjölk ger också upphov till reduktion samt skydd mot erosionsskador (Salas et al. 2015).

7. SLUTSATS

Studien visar att majoriteten av föräldrar som deltog har god kunskap angående kostvanor, men lägre kunskap om munhygien och tandborstning med fluortandkräm.

8. ACKNOWLEDGEMENT

Författarna vill tacka förskolecheferna och förskolelärarna för samverkan till studiens genomförande i respektive förskola.

9. REFERENSER

Adair PM, Pine CM, Burnside G, Nicoll A, Gillett A, Anwar S, Broukal Z, Chestnutt I, Declerck D, Feng XP, Ferro R, Freeman R, Grant-Mills D, Gugushe T, Hunsrisakhun J, Irigoyen-Camacho M, Lo E, Moola MH, Naidoo S, Nyandindi U, Poulsen VJ, Ramos-Gomez F, Razanamihaja N, Shahid S, Skeie MS, Skur P, Splieth C, Soo TC, Whelton H, Young D (2004). Familial and cultural perceptions and beliefs of oral hygiene and dietary practices among ethnically and socioeconomically diverse groups. *Community Dental Health* 21(1), s. 102-111.

Agostoni C, Decsi T, Fewtrell M, Goulet O, Kolacek S, Koletzko B, Michaelsen KF, Moreno L, Puntis J, Rigo J, Shamir R, Szajewska H, Turck D, van Goudoever J (2008). Complementary Feeding: A Commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition* 46, s. 99-110.

Agostoni C, Braegger C, Decsi T, Kolacek S, Koletzko B, Fleischer Michaelsen KF, Mihatsch W, Moreno LA, Puntis J, Shamir R, Szajewska H, Turck D, van Goudoever J (2009). Breast-feeding: A Commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition* 49, s. 112-125.

Agostoni C, Bresson JL, Fairweather-Tait S, Flynn A, Golly I, Korhonen H, Lagioui P, Løvik M, Marchelli R, Martin A, Moseley B, Neuhäuser-Berthold M, Przyrembel H, Salminen S, Sanz Y, Strain J, Strobel S, Tetens I, Tomé D, van Loveren H, Hans Verhagen H (2009). Scientific Opinion on the appropriate age for introduction of complementary feeding of infants. *European Food Safety Authority Journal* 7(12), s. 1-38.

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.

Allen F (2003). Assessment of oral health related quality of life. *Health and Quality of Life Outcomes* 1, s. 1-8.

Arnadóttir IB, Saemundsson SR, Holbrook WP (2003). Dental erosion in Icelandic teenagers in relation to dietary and lifestyle factors. *Acta Odontologica Scandinavica* 61(1), s. 25-28.

Barbieri EH, Pearson M, Becker W (2003). Riksmaten – barn 2003: Livsmedels- och näringsintag bland barn i Sverige. Östervåla: Elanders Tofters AB, s. 183-184.

Bandura A (2004). Health promotion by social cognitive means. *Health education & behavior: the official publication of the Society for Public Health Education* 31(2), s. 143-164.

Bath-Balogh M & Fehrenbach M J (2011). *Illustrated dental embryology, histology, and anatomy*. St. Louis: Elsevier Saunders, s. 70,192, 255-256.

Blinkhorn AS, Wainwright-Stringer YM, Holloway PJ (2001). Dental health knowledge and attitudes of regularly attending mothers of high-risk, pre-school children. *International Dental Journal* 51(6), s. 435-438.

Bryngelsson S (2006). *Socket - fakta och hälsomässiga aspekter*. Swedish Nutrition Foundation Rapport 2006.

Cortés DE, Réategui-Sharpe L, Spiro Iii A, García RI (2012). Factors affecting children's oral health: perceptions among Latino parents. *Journal of Public Health Dentistry* 72(1), s. 82-89.

Declerck D, Leroy R, Martens L, Lesaffre E, Garcia-Zattera MJ, Vanden Broucke S, Debyser M, Hoppenbrouwers K (2008). Factors associated with prevalence and severity of caries experience in preschool children. *Community Dentistry and Oral Epidemiology* 36(2), s. 168-178.

de Onis M, Blossner M, Borghi E (2010). Global prevalence and trends of overweight and obesity among preschool children. *The American Journal of Clinical Nutrition* 92(5), s. 1257-1264.

Ejlertsson G (2014). *Enkäten i praktiken: en handbok i enkätmetodik*. Lund: Studentlitteratur, s. 7, 13, 52.

ElKarmi R, Shore E, O'Connell A (2015). Knowledge and behaviour of parents in relation to the oral and dental health of children aged 4-6 years. *European Archives of Paediatric Dentistry* 16, s. 199-204.

Fejerskov O & Kidd E (2008). *Dental Caries: The Disease and its Clinical Management*. Oxford: Blackwell Munksgaard, s.86, 346.

Finucane D (2012). Rationale for restoration of carious primary teeth: a review. *European Archives of Paediatric Dentistry* 13(6), s. 281-292.

Forskningsetiska delegationen (1990). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. (Elektronisk) Tillgänglig: <http://www.stingerfonden.org/> . (Läst: 2014-11-28).

Fure S (2001). Karies hos äldre. *Tandläkartidning: Vetenskap* 93(1), s. 1-9.

Garemo M, Lenner RA, Strandvik B (2007). Swedish pre-school children eat too much junk food and sucrose. *Acta Paediatrica* 96(2), s. 266-272.

Ghazal T, Levy SM, Childers NK, Broffitt B, Cutter GR, Wiener HW, Kempf MC, Warren J, Cavanaugh JE (2015). Factors associated with early childhood caries incidence among high caries-risk children. *Community Dentistry and Oral Epidemiology* 43(4), s. 366-374.

Gustafsson BE, Quensel CE, Lanke LS, Lundqvist C, Grahnen H, Bonow BE, 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* 11, s. 232-364.

Hasselkvist A, Johansson A, Johansson AK (2014). Association between soft drink consumption, oral health and some lifestyle factors in Swedish adolescents. *Acta Odontologica Scandinavica* 72(8), s. 1039-1046.

Helsingborgs stad (2014). *Förskolor i Helsingborg*. (Elektroniskt). Tillgänglig: <http://www.helsingborg.se/> . (Läst: 2014-10-28).

Hjern A & Grindekjord M (2000). Dental health and access to dental care for ethnic minorities in Sweden. *Ethnicity & Health* 5(1), s. 23-32.

Hugoson A, Koch G, Johansson S (red.) (2003). *Konsensuskonferens Oral Hälsa*. Stockholm: Gothia, s. 140-141.

Jacobson MF, Havas S, McCarter R (2013). Changes in sodium levels in processed and restaurant foods, 2005 to 2011. *JAMA Internal Medicine* 173(14), s. 1285-1291.

Jensen O, Gabre P, Sköld UM, Birkhed D (2012). Is the use of fluoride toothpaste optimal? Knowledge, attitudes and behaviour concerning fluoride toothpaste and toothbrushing in different age groups in Sweden. *Community Dentistry and Oral Epidemiology* 40(2), s. 175-184.

Jensen O, Gabre P, Sköld UM, Birkhed D, Povlsen L (2014). "I take for granted that patients know" – oral health professionals' strategies, considerations and methods when teaching patients how to use fluoride toothpaste. *International Journal of Dental Hygiene* 12(2), s. 81-88.

Koch G & Poulsen S (2009). *Pediatric Dentistry: A Clinical Approach*. Chichester: Wiley-Blackwell, s. 97, 99, 187, 197.

Lindén-Boström M & Persson C, 2010. Bortfall i folkhälsoenkäter - Spelar det någon roll? Uppföljning av Liv & hälsa 2004 i Örebro län. *Laboremus* 7, s. 38.

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.

Löe H, Theilade E, Jensen SB (1965). Experimental gingivitis in man. *Journal of Periodontology* 36, s. 177-187.

Lönnerblad V (1989). *Barnkonventionen i sin helhet*. (Elektroniskt). Tillgänglig: <https://unicef.se/> . (Läst: 2015-05-20).

Mattila ML, Rautava P, Sillanpaa M, Paunio P (2000). Caries in five-year-old children and associations with family-related factors. *Journal of Dental Research* 79(3), s. 875–81.

McGrath C, Yeung CY, Bedi R (2002). Are single mothers in Britain failing to monitor their oral health?. *Postgraduate Medical Journal* 78(918), s. 229-232.

Mennella JA, Finkbeiner S, Lipchok SV, Hwang LD, Reed DR (2014). Preferences for salty and sweet tastes are elevated and related to each other during childhood. *PLOS ONE* 9(3), s. 1-9.

Olsson H & Sörensen S (2011). *Forskningsprocessen: kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Stockholm: Liber, s. 42, 151.

Otsu M, Hamura A, Ishikawa Y, Karibe H, Ichijyo T, Yoshinaga Y (2014). Factors affecting the dental erosion severity of patients with eating disorders. *BioPsychoSocial Medicine* 8(25), s. 1-7

Pari A, Ilango P, Subbareddy V, Katamreddy V, Parthasarthy H (2014). Gingival diseases in childhood - a review. *Journal of Clinical and Diagnostic Research* 8(10), s. 1-4.

Pine CM, McGoldrick PM, Burnside G, Curnow MM, Chesters RK, Nicholson J, Huntington E (2000). An intervention programme to establish regular toothbrushing: understanding parents' belief and motivating children. *International Dental Journal* 50, s. 312-323.

Pine CM, Adair PM, Nicoll A, Burnside G, Petersen PE, Beighton, D, Gillett A, Anderson R, Anwar S, Brailsford S, Broukal Z, Chestnutt IG, Declerck D, Ping FX, Ferro R, Freeman R, Gugushe T, Harris R, Lin B, Lo EC, Maupomé G, Moola, MH, Naidoo S, Ramos-Gomez F, Samaranayake LP, Shahid S, Skeie MS, Splieth C, Sutton BK, Soo TC, Whelton H (2004). International comparisons of health inequalities in childhood dental caries. *Community Dental Health* 21(1), s. 121.

Petersen PE, Bourgeois D, Bratthall D, Oqawa H (2005). Oral health information systems-towards measuring progress in oral health promotion and disease prevention. *Bulletin of the World Health Organization* 83(9), s. 686-93.

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.

Qiu RM, Wong MC, Lo EC, Lin HC (2013). Relationship between children's oral health-related behaviors and their caregiver's sense of coherence. *BioMed Central Public Health* 13(239), s. 1-7.

Rode Sde M, Gimenez X, Montoya VC, Gómez M, Blanc SL, Medina M, Salinas E, Pedroza J, Zaldivar-Chiapa RM, Pannuti CM, Cortelli JR, Oppermann RV (2012). Daily biofilm control and oral health: consensus on the epidemiological challenge-Latin American Advisory Panel. *Brazilian Dental Journal* 26(1), s. 133-143.

Salas MM, Nascimento GG, Vargas-Ferreira F, Tarquinio SB, Huysmans MC, Demarco FF (2015). Diet influenced tooth erosion prevalence in children and adolescents: Results of a meta-analysis and meta-regression. *Journal of Dentistry* 48(8), s. 865-875.

Sandström A, Cressey J, Stecksén-Blicks C (2011). Tooth-brushing behaviour in 6-12 year olds. *International Journal of Paediatric Dentistry* 21, s. 43-49.

Sarmadi R, Gahnberg L, Gabre P (2011). Clinicians' preventive strategies for children and adolescents identified as at high risk of developing caries. *International Journal of Paediatric Dentistry* 21(3), s. 167-174.

Statens beredning för medicinsk utvärdering. SBU (2002). Karies – diagnostik, riskbedömning och icke-invasiv behandling. Nr 161. (Elektronisk). Tillgänglig: www.sbu.se/. (Läst:2015-07-02).

Statens beredning för medicinsk utvärdering. SBU (2007). SBU-rapport Kariesdiagnostik, riskbedömning och icke-invasiv behandling. Nr 188. Stockholm.

Statens beredning för medicinsk utvärdering. SBU (2014). En systematisk kartläggning och granskning av systematiska översikter inom barn- och ungdomstandvården – vad vet vi egentligen?. (Elektronisk). Tillgänglig: www.sbu.se/. (Läst:2015-07-02).

Scaramucci T, Hara AT, Zero DT, Ferreira SS, Aoki IV, Sobral MA (2011). In vitro evaluation of the erosive potential of orange juice modified by food additives in enamel and dentine. *Journal of Dentistry* 39(12), s. 841-848.

Scientific Committee on Consumer Safety. SCCS (2005). The safety of fluorine compounds in oral hygiene products for children under the age of 6 years. (Elektronisk). Tillgänglig: ec.europa.eu/ . (Läst: 2015-07-31).

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.

Skeie MS, Espelid I, Riordan PJ, Klock KS (2008). Caries increment in children aged 3–5 years in relation to parents' dental attitudes: Oslo, Norway 2002 to 2004. *Community Dentistry and Oral Epidemiology* 36(5), s. 441–450.

Socialdepartementet (1985). Tandvårdslag (1985:125). (Elektroniskt). Tillgänglig: www.riksdagen.se/ . (Läst: 2015-05-20).

Socialstyrelsen (2004). Kompetensbeskrivning för legitimerad tandhygienist. (Elektroniskt). Tillgänglig: www.socialstyrelsen.se/ . (Läst: 2015-05-20).

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

Socialstyrelsen (2010). Befolkningens tandhälsa 2009. Regeringsuppdrag om tandhälsa, tandvårdsstatistik och det statliga tandvårdsstödet. (Elektronisk). Tillgänglig: www.socialstyrelsen.se/ . (Läst 2015-05-20).

Socialstyrelsen (2011). Näring för god vård och omsorg: en vägledning för att förebygga och behandla undernäring. Socialstyrelsen: 2011, s. 76.

Socialstyrelsen (2012). Tandvård och tandhälsa. (Elektronisk). Tillgänglig: www.socialstyrelsen.se/ . (Läst 2015-05-04).

Socialstyrelsen (2013). Sociala skillnader i tandhälsa bland barn och unga – Underlagsrapport till Barns och ungas hälsa, vård och omsorg 2013. (Elektronisk). Tillgänglig: www.socialstyrelsen.se/ . (Läst 2015-07-02).

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.

Stecksén-Blicks C, Kieri C, Nyman JE, Pilebro C, Borssén E (2008). Caries prevalence and background factors in Swedish 4-year-old children - a 40-year perspective. International Journal of Pediatric Dentistry 18(5), s. 317-324.

Taji S & Seow WK (2010). A literature review of dental erosion in children. Australian Dental Journal 55(4), s. 358-367.

Utbildningsdepartementet (2010). Skollag (2010:800). (Elektroniskt). Tillgänglig: www.riksdagen.se/. (Läst: 2015-05-20).

Whitehead M & Dahlgren G (1991). What can be done about inequalities in health?. The Lancet 338(8774), s.1059-1063.

World Health Organization. WHO (2003). Definition of health. (Elektronisk). Tillgänglig: www.who.int/ . (Läst 2015-05-20).

World Health Organization. WHO (2012). Oral health. (Elektronisk). Tillgänglig: www.who.int/. (Läst 2014-10-10).

World Health Organization. WHO (2012). Strategies for oral disease prevention and health promotion Oral health within WHO strategic directions. (Elektronisk) Tillgänglig: www.who.int/. (Läst: 2015-05-21).

Wennhall I, Matsson L, Schröder U, Twetman S (2008). Outcome of an oral health outreach programme for preschool children in a low socioeconomic multicultural area. International Journal of Paediatric Dentistry 18(2), s. 84-90.

Willershausen B & Watermann L (2001). Longitudinal study to assess the effectivity of electric and manual toothbrushes for children. *European Journal of Medical Research* 6(1), s. 39-45.

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

Informationsbrev till ledning/förskolechefen på berörd förskola.

Hej!

Vi är två tandhygieniststuderande från Högskolan Kristianstad som skriver en kandidatuppsats inom Oral hälsa under våren 2015. Syftet med studien är att undersöka kunskap om munhygien och kostvanor hos föräldrar till förskolebarn. Vi har valt att göra en enkätstudie som riktar sig till föräldrar till barn i förskola. Enligt muntlig överenskommelse med förskolechefen den X februari 2015, fick vi godkännande och tillåtelse att genomföra denna enkätstudie på er förskola.

Vi är tacksamma om förskolelärarna kan informera föräldrarna om studien och utdelning av enkäter i början av vecka X samt **vid början av vecka X** göra en påminnelse till föräldrar, som har glömt att besvara enkäten. Informationen och påminnelsen till föräldrarna kan ske via den kanal förskolan använder sig av för att informera föräldrarna. Vi vore även tacksamma om förskolelärarna kunde ta emot och förvara de ifyllda enkäterna i en särskild låda som ges av författarna i samband med första mötet. Några extra enkäter kommer att ges till förskolelärarna ifall någon förälder blivit av med den första enkäten.

Studien kommer att genomföras under vecka X, då författarna är på plats och delar ut informationsbrev, kuvert och enkäter till föräldrarna. Därefter har föräldrarna tre dagar på sig att besvara enkäterna, som lämnas till förskolan i de igenklitrade kuverten. Författarna kommer att vara på varsin avdelning under morgonen vecka X och vid början av vecka X kommer författarna att hämta de besvarade enkäterna.

Föräldrarna kommer att vara anonyma, vilket innebär att varken författare eller förskolelärarna skall kunna identifiera dem. Sammanställningen av enkäterna, som redovisas i resultatet i studien, kommer heller inte att visa vilken skola studien är utförd på. Efter att kandidatuppsatsen har blivit godkänd kommer enkäterna att förstöras.

Datum: XXXX-XX-XX.

Dalya Elias

Tandhygieniststuderande

dalya.elias0012@stud.hkr.se

Telefon: XXX-XXX XX XX

Wendy Nguyen

Tandhygieniststuderande

wendy.nguyen0001@stud.hkr.se

Telefon: XXX-XXX XX XX

Ansvarig handledare:

Seida Erovic Ademovski

Universitetsadjunkt i oral hälsa

Sektionen för hälsa och samhälle

E-mail: seida.erovic_ademovski@hkr.se

Medgivandeformulär

Medgivande av skolläda/förskolechefen på berörd skola.

Härmed ger undertecknat samtycke till att tandhygieniststudenterna Dalya Elias och Wendy Nguyen, Högskolan Kristianstad, för att genomföra en enkätundersökning på aktuell förskola. Undersökningen är för att få ett underlag till kandidatuppsats där syftet är att undersöka kunskap om munhygien och kostvanor hos föräldrar till förskolebarn.

Ort och Datum

Underskrift

Namnförtydligande

Förskola

Informationsbrev angående undersökningen om kunskap hos föräldrar om munhygien och kostvanor till förskolebarn.

Hej!

Vi är två studenter från Tandhygienistprogrammet vid Högskolan Kristianstad och skriver en kandidatuppsats inom Oral hälsa. Vårt syfte är att undersöka kunskap om munhygien och kostvanor hos föräldrar till förskolebarn. Studiens genomförande kommer att ske via enkäter. Vi som tandhygienister arbetar både hälsofrämjande och förebyggande mot ohälsa i munnen. Därför är det viktigt att ta reda på föräldrarnas kunskap om munhygien och kostvanor hos barn.

Dina svar kommer att vara anonyma och varken vi eller utomstående kommer att kunna identifiera vad Du har svarat. Svaren kommer endast att användas i studien och därefter förstöras, när studien har blivit godkänd. Medgivandet till att delta i studien ger Du genom att besvara enkäterna. Deltagandet är frivilligt och Du kan när som helst avbryta, utan att ange en anledning.

Den ifyllda enkäten lägger Du i ett svarskuvert som medföljer och sedan lämnas kuverten till förskoleläraren. Du har tre dagar på Dig att besvara och lämna tillbaka enkäten till förskolan. Skulle Du bli av med Din ordinarie enkät kan du fråga en förskolelärare om en ny.

Det insamlade materialet kommer att förvaras inlåst från obehöriga. Endast vi, författarna, har tillgång till dessa enkäter för bearbetning av resultatet. Läs igenom frågeformuläret noggrant och kryssa sedan för de svar som stämmer överens med Dig.

Dalya Elias
dalya.elias0012@stud.hkr.se

Wendy Nguyen
wendy.nguyen0001@stud.hkr.se

ENKÄT

Bakgrundsfrågor

1. Kön: <input type="checkbox"/> Kvinna <input type="checkbox"/> Man
2. Ålder:
<input type="checkbox"/> 20-29 år. <input type="checkbox"/> 30-39 år. <input type="checkbox"/> 40-49 år.
<input type="checkbox"/> 50-59 år.
3. Född i vilket land:
<input type="checkbox"/> Sverige <input type="checkbox"/> Annat land: _____
4. Din utbildning:
<input type="checkbox"/> Grundskola <input type="checkbox"/> Gymnasiet <input type="checkbox"/> Universitet/Högskola
<input type="checkbox"/> Ingen utbildning
5. Hur många barn har Du? _____ st.
6. Mitt/Mina barn är i förskoleåldern (kryssa i flera rutor om du har flera barn i förskoleåldern):
<input type="checkbox"/> 1 år. <input type="checkbox"/> 2 år. <input type="checkbox"/> 3 år. <input type="checkbox"/> 4 år.
<input type="checkbox"/> 5 år. <input type="checkbox"/> 6 år.

1. När bör Du börja borsta tänderna på Ditt barn? (ange **ett** alternativ).

- När barnet är 1 år.
- När barnet är 3 år.
- När den första tanden kommer fram.
- Vet inte.

2. Hur ofta ska Du borsta tänder på Ditt barn? (ange **ett** alternativ).

- 1 gång/dag.
- 2 gånger/dag.
- Fler än 2 gånger/dagen.

VÄND BLAD! 

3. När på dagen ska man borsta barnets tänder? (ange ett alternativ).
- På morgonen och kvällen.
 - Endast på morgonen.
 - Endast på kvällen.
 - Efter lunch.
4. Hur länge bör Du hjälpa barnet med tandborstningen? (ange ett alternativ).
- Tills 4-års åldern.
 - Tills 6-års åldern.
 - Tills 8-års åldern.
 - Tills 10-års åldern.
 - Tills 12-års åldern.
5. När bör barnet börja använda fluortandkräm? (ange ett alternativ).
- När barnet är 1 år.
 - När barnet är 3 år.
 - När den första tanden kommer fram.
 - Fluortandkräm bör inte användas på barn.
6. Varför borstar Du barnets tänder? (ange ett alternativ).
- Undvika karies (hål i tänderna).
 - För att få en ren munhåla.
 - För att få vitare tänder.
 - Jag borstar inte på Mitt barns tänder.

7. Hur många huvudmål bör ett barn inta per dag? (ange **ett** alternativ).
- 1 huvudmål/dag.
 - 2 huvudmål/dag.
 - 3 huvudmål/dag.
 - 4 huvudmål/dag.
8. Hur många mellanmål bör ett barn inta per dag? (ange **ett** alternativ).
- 0-1 mellanmål/dag.
 - 2-3 mellanmål/dag.
 - 4-5 mellanmål/dag.
9. Vad bör ett barn få som näringsrikt mellanmål? (**flera** alternativ kan anges).
- Frukt
 - Fullkorns smörgås (pålägg ost eller skinka)
 - Kakor
 - Godis
 - Annat: _____
10. Hur ofta anser du att barnet bör äta sötsaker som godis, choklad, kakor m.m.? (ange **ett** alternativ).
- Varje dag.
 - 1 gång/vecka.
 - 2-3 gånger/vecka.
 - 1 gång/månad.
 - Aldrig.

VÄND BLAD! 

11. Vad kan den bästa törstsläckaren vara för barn? (**flera** alternativ kan anges).

Mjök

Vatten

Juice

Saft

Läsk

Annat: _____

12. Får barnet äta efter tandborstningen?

Ja

Nej

Om Ja, vad för typ av mat:

13. Får barnet dricka efter tandborstningen?

Ja

Nej

Om Ja, vad för typ av dricka:

Tack för Din medverkan!