



Sociala faktorer och barns orala hälsa

En litteraturstudie

Social influences and children's oral health
A literature study

Camilla Eriksson
Josefine Nygren Härdig

Fakulteten för hälsa, natur- och teknikvetenskap

Oral hälsa

180hp

Handledare: Anita Boström

Examinator: Lena Hellqvist

April 2013

SAMMANFATTNING

Titel: Sociala faktorer och barns orala hälsa

En litteraturstudie

Social influences and children's oral health

Institution: Fakulteten för hälsa, natur- och teknikvetenskap, Karlstads universitet

Kurs: Oral hälsa Examensarbete, 15 hp

Författare: Camilla Eriksson

Josefine Nygren Härdig

Handledare: Anita Boström

Sidor: 18

Månad och år för examen: April 2013

Nyckelord: Barn, föräldrar, oral hälsa, socioekonomiska faktorer.

Introduktion: Barnet ska försäkras skydd och omvårdnad för att kunna utvecklas och leva ett hälsosamt liv, enligt FN:s barnkonvention. Orala sjukdomar ökar och karies är sjukdomen som har ökat mest i höginkomstländerna. Karies är också vanligaste sjukdomen under barnåren. Goda kostvanor, munhygien och fluor är viktiga faktorer för orala hälsan. I kommunikation med barn krävs en förståelse för hur barnet växer och utvecklas. Till och med nitton års ålder så har Folk tandvården ansvaret för en regelbunden tandvård.

Syfte: Syftet är att beskriva sociala faktorer som påverkar barns orala hälsa.

Frågeställningar: Vilka sociala faktorer kan påverka barns utveckling av karies? Vilka sociala faktorer kan påverka barns utveckling av gingivit?

Metod: En litteraturstudie baserad på vetenskaplig litteratur i databaserna PubMed och Cinahl.

Resultat: Resultatet visar att familjens socioekonomiska status har påverkan på barns orala hälsa. Socioekonomiska riskfaktorer såsom inkomstnivå, utbildningsnivå och etnisk tillhörighet inverkade på kariesförekomst, munhygienvanor och benägenheten att uppsöka tandvården. Föräldrar med låg socioekonomi och låg utbildning hade sämre kunskaper och negativa attityder till munhälsovanor och tandvård, vilket inverkade negativt på barnens munhälsovanor. Socioekonomiska faktorer inverkade på föräldrarnas känsla av sammanhang och kontroll lokus med påföljd att barnens munhälsovanor försämrades.

Konklusion: Genomgång av aktuell litteratur visar att föräldrarnas beteende, kunskap, attityd, känsla av sammanhang, kontroll lokus och socioekonomisk status kan påverka barns orala hälsa.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

Introduktion.....	1
Hälsans bestämningsfaktorer.....	1
Barns allmänna hälsa.....	1
Barns orala hälsa	2
<i>Karies</i>	2
<i>Gingivit</i>	2
Munhälsosvanor.....	3
<i>Kostvanor</i>	3
<i>Munhygien</i>	3
<i>Fluor</i>	4
Barns utveckling.....	4
<i>Fysisk utveckling</i>	4
<i>Kognitiv utveckling</i>	4
<i>Socioemotionell utveckling</i>	5
Hälsoteorier	5
<i>Känsla av sammanhang</i>	5
<i>Kontroll lokus</i>	5
Tandvården i Sverige	6
<i>Tandvårdslagen</i>	6
<i>Tandhygienistens kompetens</i>	6
Syfte	6
Frågeställningar.....	6
Metod	6
Design	6
Definition av begrepp.....	6
Litteraturundersökning.....	7
Databaser.....	7
Sökord	7
Urval.....	7
<i>Urval 1</i>	7
<i>Urval 2</i>	7
<i>Urval 3</i>	8
<i>Tabell 1</i>	9
Etiska överväganden	10
Resultat.....	10
Socioekonomiska faktorer relaterat till barns orala hälsa	10
<i>Inkomstnivå</i>	10
<i>Utbildningsnivå</i>	11

<i>Etnisk tillhörighet</i>	11
<i>Tabell 2</i>	11
Socioekonomiska faktorer relaterat till kunskaper och attityder.....	13
<i>Inkomstnivå</i>	13
<i>Utbildningsnivå</i>	14
<i>Etnisk tillhörighet</i>	14
<i>Tabell 3</i>	14
Socioekonomiska faktorer relaterat till KASAM och kontroll lokus.....	15
<i>Tabell 4</i>	16
Diskussion.....	16
Resultatdiskussion.....	16
Metoddiskussion	18
Konklusion.....	18
Referenser	19

Introduktion

Enligt FN:s barnkonvention ska alla barn försäkras skydd och omvårdnad för att kunna utvecklas och leva ett hälsosamt liv (Utrikesdepartementet 2006). Gemensamma bestämningsfaktorer för både allmän och oral hälsa är sociala, ekonomiska, politiska och kulturella. Faktorerna är betydande och bättre hälsa kan uppnås genom åtgärder på flera områden i samhället för att förbättra individers levnadsvillkor. Genom att minska socioekonomiska skillnader och eftersträva jämlikhet ges förutsättningar till bättre hälsa (World Health Organisation [WHO] 2012).

Hälsans bestämningsfaktorer

Bronfenbrenner utvecklade år 1979 utvecklingsekologiska modellen som beskriver kopplingar mellan individ och samhälle och vilken betydelse det har för barns och ungdomars utveckling (Hwang & Nilsson 2011). Modellen används även i andra sammanhang för att beskriva hälsans bestämningsfaktorer. Människors levnadsvillkor har inverkan på individers livsstilsvanor, exempelvis rökning och kostvanor (Whitehead & Dahlgren 1991). Modellen består av fyra system som speglar olika nivåer i samhället och benämns; makro-, exo-, meso- och mikrosystemet. Makrosystemet omfattar politiska och kulturella normer i samhället som påverkar individens levnadsstandard. Exosystemet inverkar på människors närmiljö genom media, tillgång till arbete, inkomst och välfärdssystem. Mesosystemet utgör kopplingen mellan barnet, skolan och andra familjers kulturella normer och värderingar. Mikrosystemet är miljön som samspekar närmast barnet. Exempel på mikrosystem är föräldrar, syskon och andra familjemedlemmars normer och livsstilsvanor. Även skola, förskola och hälsofrämjande aktiviteter från hälso- och sjukvård och tandvård som barnet deltar i, kan vara med och påverka hälsan i positiv eller negativ riktning (Whitehead & Dahlgren 1991; Hwang & Nilsson 2011).

Barns allmänna hälsa

I flera avseenden tillhör Sverige länderna där barn har bäst hälsa i världen. Socialstyrelsen rapporterade att det förekommer en låg andel spädbarnsdödlighet, en låg andel barnolycksfall, samt en hög andel vaccinerade barn. Vanligaste kroniska sjukdomarna hos barn är astma och allergiska sjukdomar. Av svenska skolbarn har 5 - 10 procent astma som i första hand behandlas med läkemedel. Uppväxtvillkor och familjens sociala situation kan förknippas med barnets framtida hälsa (Socialstyrelsen 2009). Låg socioekonomisk status i såväl barndom som vuxenliv har påvisats leda till en sämre hälsa (Osler et al. 2009). Även Nicholson et al. (2012) studie visade att sämre hälsa kan förknippas med socioekonomiska faktorer.

Antalet barn med fetma och övervikt har fördubblats i Sverige under senaste två decennierna. Det förekommer dock mindre övervikt i Sverige än i andra europeiska länder (Socialstyrelsen 2009). En svensk studie av Blomqvist & Bergström (2007) visade att övervikt och fetma var vanligare hos flickor än hos pojkar. I kommuner där invånarna hade övervägande låga nivåer av socioekonomisk status (yrke, utbildning och inkomstnivå) var prevalensen av övervikt och fetma högre.

Barns orala hälsa

WHO rapporterade att tillgängligheten av hälso- och sjukvårdssystem samt tandvård har betydelse för förekomsten av oral sjukdom. En minskning av riskerna för sjukdom är bara möjlig om tjänsterna inriktas på primär och förebyggande vård (WHO 2012). I höginkomstländer, som Sverige, finns en etablerad tandvård i såväl privat som statlig regi. I utvecklingsländer, låg- eller medelinkomstländer finns tandvård i mindre omfattning och oftast i privat regi. Tandvården i utvecklingsländerna inriktas i högre grad på åtgärder för att förhindra eller åtgärda smärta, till skillnad mot höginkomstländer där det förekommer utarbetade promotions- och preventionsprogram för barn (Petersen 2008).

Karies

Enligt WHO rapporterades karies som fjärde kostsammaste sjukdomen i världen. Kariessjukdomen kommer att öka i takt med ökat sockerintag och utebliven exponering av fluor, oavsett vart i världen det sker. I höginkomstländer har karies ökat mest av alla sjukdomar (Petersen 2008).

Under barnåren förekommer karies som främsta kroniska sjukdom enligt Statens beredning för medicinsk utvärdering [SBU] (2007). Socialstyrelsens epidemiologiska data rapporterade att med undantag för treåriga flickor så fortsätter tandhälsan att förbättras i Sverige. Majoriteten av barnen i Sverige idag är kariesfria, tandhälsan är god och andelen kariesfria barn och ungdomar ökar. För Sverige påvisade epidemiologiska data från år 2008 att kariesprevalensen för manifest karies i det primära bettet för treåringar var 5 procent, för sexåringar 26 procent och för tolvåringar 39 procent (Socialstyrelsen 2010b). Significant Caries Index (SiC) utgör medelvärdet för Decayed Filled Teeth (DFT) för tredjedelen av Sveriges befolkning som har mest kariesskador (Socialstyrelsen 2010a). Kariesförekomsten hos barn i Sverige rapporterades av Socialstyrelsen emellertid vara ojämnt fördelad inom populationen. Mellan flickor och pojkar återfinns mycket små skillnader i tandhälsa (Socialstyrelsen 2011). År 2010 var medelvärdet för SiC 2.35 i Sverige, dock skiljde sig statistiken mellan olika län (Socialstyrelsen 2010b).

En studie av Edbäck & Persson (2012) visade sociodemografiska skillnader i kariesförekomst uttryckt i måttet kariesad yta Decayed Surface (DS/ds) i fem olika områden i Örebro stad. I olika områden gjordes jämförelser på DS/ds mellan individer som var över sjuttiofem år, svenskfödda, ensamstående föräldrar samt hade låg inkomst och utbildning.

Gingivit

Gingivit uppstår när patogena mikroorganismer ostört får växa till i tandköttskanten och orsakar en inflammation. Regelbunden munhygien och användning av manuell tandborste eller eltandborste kan minska gingivit (Igit et al. 2011). I en studie av Kallar et al. (2011) jämfördes plackreducering hos barn under en tolvveckorsperiod. Gruppen som använde eltandborste reducerade sin plackförekomst med 45 procent jämfört med 29,8 procent för gruppen med manuell tandborste.

Pähkla et al. (2010) studie visade att bland mödrar med kronisk parodontit ökade barnets risk att själv drabbas av gingivit och parodontit. Parodpatogener som fanns hos

modern återfanns även hos två eller flera familjemedlemmar. Bland friska mödrar och barn återfanns ingen gemensam patogen.

Jacobsson et al. (2011) epidemiologiska studie redovisade data för gingivit bland barn i åldrarna tre, fem och tio år. I studien beräknades medelvärdet för gingivalindex (GI) på sex ytor per tand. Barnen i åldrarna 3-5 år hade full dentition i det primära bettet, det vill säga 20 tänder. Hos tioåringarna inberäknades endast permanenta tänder. Barnen indelades i två grupper, en med utländsk bakgrund och en med svensk bakgrund. År 1993 i gruppen med utländsk bakgrund hade treåringarna ett GI på 14,6 procent, femåringarna 11,9 procent och tioåringarna 26,1 procent. År 2003 hade treåringarna ett GI på 9,7 procent, femåringarna 8 procent och tioåringarna 14,9 procent, vilket visade en minskning av gingivit hos gruppen med utländsk bakgrund.

Bland barn med svensk bakgrund år 1993 var förekomsten av GI bland treåringar 4,4 procent, femåringar 8,7 procent och tioåringar 17,2 procent. År 2003 hade treåringarna ett GI på 5,2 procent, femåringarna 3,2 procent och tioåringarna 8,9 procent. Det visade på en ökning av gingivit hos gruppen treåringar och en sänkning i gruppen femåringar och tioåringar med svensk bakgrund.

Munhälsovanor

Kostvanor

Svenska barns dagliga energiintag rapporterades av Statens beredning för medicinsk utvärdering bestå till en fjärdedel av småätande. I jämförelse med 2000-talets början äter dagens barn och ungdomar mindre sötsaker och godis. Intaget av läsk, snacks, godis och glass i åldrarna fyra, åtta och elva år är dock fortfarande högt, vilket påverkar tandhälsan negativt (SBU 2007). Chankanka et al. (2011) påvisade i en studie att ett högt intag av socker och/eller törstsläckare av annat slag än vatten kunde sammankopplas med kariesaktivitet hos barn. Tidsaspekten för hur länge och ofta kolhydrater fick närvara i munnen var också av betydelse.

Munhygien

SBU rapporterade att tandborstning bör påbörjas när barnets första tand erupterat med en liten mjuk tandborste och en tandkrämclick stor som en ärtä. Från två till tre års ålder kan barnet själv börja öva tandborstteknik med hjälp och övervakning av målsman så att tandkrämen inte sväljs. Barn i åldern ett till tre år, som borstar tänderna minst en gång per dag med fluortandkräm, har större chans till kariesfria tänder jämfört med barn som har dålig munhygien (SBU 2007).

Das & Singhal (2009) studie från Indien visade totala tiden som barn utförde tandborstning. Barn i åldern tre till fem år borstade i snitt 45 sekunder per gång. Barnen greppade tandborsten långt bak, hårt, snett och med skedhållning och en stor andel valde att växla mellan olika grepp. Inget av barnen klarade av att hålla ett preciserat grepp om tandborsten.

En studie av Alm et al. (2008) visade att barn som hade plack på incisiverna i överkäken vid ett års ålder och endast utförde sporadisk rengöring var associerat med karies vid femton års ålder. Barnen hade upp till 4 approximala kariesskador som femtonåringar. Barnen som hade plackfria incisiver vid ett års ålder och rengjorde tänderna två gånger

eller mer med hjälp från föräldern, var fria från approximala kariesskador vid femton års ålder.

Barns munhälsa rapporterades av European Archives of Paediatric Dentistry [EAPD] gynnas vid användandet av fluortandkräm tillsammans med munhygieninstruktioner. Vid behov kan komplettering med andra metoder såsom kostrådgivning, fissurförsegling och fluortillskott ske (EAPD 2009).

Fluor

Samhällen och länder med liten eller ingen exponering för fluor rapporterades ha en högre risk för karies enligt WHO (2012). År 1960 började befolkningen i Sverige att använda fluortandkräm. Fluortandkrämen har bidragit till att kariesangreppen har minskat. Vid kariesskador i emaljen kan fluor motverka att skadan blir större (Socialstyrelsen 2009). Användning av fluor har en viktig roll i kariesförebyggande syfte enligt en studie av Chachra et al. (2011). Försiktighet måste dock vidtas kring fluorpreparat för att undvika överdosering. Preparaten ska ge maximerad effekt mot karies men får emellertid inte orsaka dental fluoros (EAPD 2009).

Barns utveckling

För att kunna kommunicera med ett barn krävs en förståelse och känsla för hur barnet utvecklas fysiskt, kognitivt och socioemotionellt. Kommunikation och undervisningsmetoder kan utvecklas till det mer komplexa ju äldre barnet blir (Hwang & Nilsson 2011).

Fysisk utveckling

Vid födseln väger ett barns kropp cirka 5 procent och hjärnan 25 procent av normala vikten vid vuxen ålder. Nervsystemet är viktigt för bland annat hjärt- och tankeverksamhet, andning, syn, känsel, vakenhet och informationsutbyte. Nervneuronerna är i stort sett färdigutvecklade vid födseln. Myeliniseringen av nervtrådarna pågår upp till tonåren och är viktiga för att nervimpulserna ska kunna transporteras snabbare. Sinnena och kroppsrörelser är det som utvecklas först i hjärnan. Hjärnhalvorna utvecklar varandra vid stimulering. Redan vid födseln är barnet utrustat med olika reflexer. Sök- och sugreflexen och att blinka är exempel på några. Motoriska utvecklingen ser ut på samma sätt världen över. Barn lyfter huvudet innan förmågan att sitta upp finns och böjer armen innan kontrollen att röra fingrarna finns. Däremot kan det finnas individuella skillnader från barn till barn, i hur lång tid det tar (Hwang & Nilsson 2011).

Kognitiv utveckling

Jean Piaget representerade det kognitiva perspektivet. Piaget menade att utvecklingen av barns tänkande kan indelas i fyra stadier som är åldersrelaterade och följer efter varandra som trappsteg. I åldern noll till två år är barnet i det senso-motoriska stadiet. Hur barnet uppfattar omgivningen utgörs av saker som barnet kan rikta handlingarna mot. Barnet tänker endast genom motoriska färdigheter och sinnena och skaffar nya kunskaper om världen genom att använda färdigheterna. När barnet är tre till sex år ses omvärlden från ett eget perspektiv och barnet är egocentrisk i tänkandet. Förmågan att förstå hur andra tänker och känner kommer gradvis senare. I sex till tolv års ålder har

barnet förmågan att tänka logiskt om konkreta saker i omgivningen. Uppfattningen om tid och rum, samt förmågan att hantera ett problem ur flera aspekter blir nu möjlig för barnet. Barnet blir mer flexibelt i tänkandet (Hwang & Nilsson 2011).

Socioemotionell utveckling

Det finns många synsätt på socioemotionella utvecklingen. Enligt Freud är första åren i livet avgörande för hur individen i framtiden klarar av att möta problem. Erik H Eriksson anser att barn utvecklas via olika konflikter som avgör hur barnet formas. Psykologen Bowlby talar om att spädbarn behöver knyta an till en vuxen person på grund av ett medfött behov av kontakt och närhet. Mellan två till sex års ålder utvecklas språket och liknar mer vuxnas. Enligt Eriksson behöver barn få känna duglighet för att nå en stark självkänsla, vilket kan ske i tidiga skolår. Barn i tidig skolålder har också en stark inlärningsförmåga, men kan lätt känna sig underlägsna beroende på hur utgången av uppdragen som utförs blir (Hwang & Nilsson 2011).

Hälsoteorier

Vid patientutbildning är målet att tillhandahålla information som individen behöver för att kunna göra en livsstilsförändring. Vikten av att patienten tar ett aktivt val till en förändring gällande hälsan började diskuteras under 1950- talet. Vid information om orala hälsan används olika hälsopsykologiska teorier med kognitiva processer, i form av attityder och motivation som grund för hälsobeteenden. Vanligaste förklaringsmodellerna är: Sense of coherence (känsla av sammanhang), Locus of control (kontroll lokus), Health belief model (modellen om hälsouppfattningar) och Self-efficacy (självförlit) (Hollister & Anema 2004).

Känsla av sammanhang

Antonovsky utvecklade en hälsoteori där känsla av sammanhang (KASAM) har stor betydelse för hälsa. Utgångspunkten i teorin är att hälsa (salutogenes) har mer betydelse än sjukdom (patogenes). Antonovsky skapade begreppet salutogenes som innebär hälsans ursprung. Begreppet ses som hälsa i ett kontinuum och har som grund individens förutsättningar och resurser. KASAM omfattar tre komponenter: begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. En individ kan ha olika mycket av komponenterna, vilket har betydelse för hur vardagen hanteras. Begriplighet handlar om hur individen kan greppa händelser av yttre och inre stimuli. Hanterbarhet och meningsfullhet kan hjälpa individen att undvika stressfaktorer, vilket medför att goda vanor utövas och att farliga situationer undviks. KASAM bygger även på det kognitiva, perceptuella och sociala runt individen och världsbilden (Hollister & Anema 2004).

Kontroll lokus

Teorin om kontroll lokus handlar om individers uppfattning och upplevelse av kontroll kring hälsoproblem. Teorin har använts världen över för orientering i hälsobeteenden.

Att ha extern kontroll lokus innebär att en individ uppfattar att andra tar kontroll över hälsobesluten. Påverkan kan vara, tro, ödet, tur, eller andra starka personer nära individen. Intern kontroll lokus uppstår när en individ uppfattar att personliga handlingar kan påverka hälsostatuset (Hollister & Anema 2004).

Tandvården i Sverige

Evidensbaserad kunskap är grunden inom tandvården. Allt arbete inom tandvården ska utgå från vetenskap och beprövad erfarenhet och behandling ska utformas och ske i samråd med patienten.

Tandvårdsteamet ska sträva efter ett arbete med prevention och promotion för att främja och bibehålla en god oral hälsa. Oavsett om mötet sker individuellt eller tillsammans med andra i en grupp ska tandvårdsteamet och patienten arbeta tillsammans mot ett gemensamt mål (Socialstyrelsen 2010c).

Tandvårdslagen

Enligt tandvårdslagen (SFS 1985:125) ska tandvården i Sverige arbeta med förebyggande åtgärder avseende sjukdomar och skador som rör munhålan. Att verka för en god tandvård och tandhälsa till hela befolkningen på lika villkor är målet. Inom landstingskommunerna har Folktandvården huvudansvaret kring regelbunden tandvård för barn till och med nitton års ålder.

Tandhygienistens kompetens

Socialstyrelsens kompetensbeskrivning (2005) för svensk legitimerad tandhygienist grundas på ett etiskt förhållningssätt och utgår från ett holistiskt perspektiv. Det innebär att tandhygienisten ska visa respekt för varje enskild patient och närstående, samt visa ett professionellt förhållningssätt gentemot värderingar och trosuppfattningar. Vidare ska tandhygienisten visa förmåga att aktivt utföra hälsopromotion och prevention, samt vid behov motivera till livsstilsförändringar. Tandhygienisten ska även förvissa sig om att given information är förståelig för patient eller närstående. Föreliggande litteraturstudie kan bidra med kunskap om barns levnadsförhållanden och hur det kan påverka orala hälsan.

Syfte

Syftet är att beskriva sociala faktorer som påverkar barns orala hälsa.

Frågeställningar

Vilka sociala faktorer kan påverka barns utveckling av karies?

Vilka sociala faktorer kan påverka barns utveckling av gingivit?

Metod

Design

Studien är en litteraturstudie.

Definition av begrepp

Barn (Infant, Preschool child, Child) innebär i föreliggande studie en individ i åldern 0-12 år (National Library of Medicine 2012).

Karies (Dental Caries) uppstår när en lokaliserad urkalkning sker i emaljen. Det kan skapa en kavitet i emaljen och tränga sig in i dentinet. Mikroorganismer i form av plack producerar syra som i sin tur bryter ner emaljen (National Library of Medicine 2012).

Gingivit (Gingivitis) uppstår när en inflammation finns i gingivan. Tandens har dock fortfarande sitt fäste kvar (National Library of Medicine 2012).

Oral Hälsa (Oral Health) är ett optimalt tillstånd där munhålan med organ har full funktion och är fri från sjukdom (National Library of Medicine 2012).

Litteraturundersökning

Databaser

Litteratursökning har genomförts i databaserna PubMed och Cinahl. PubMed är sammankopplad till Medline som är en gratis internetdatabas. Innehållet täcker områden som medicin, omvårdnad och odontologi. Majoriteten dokumenttyper i PubMed är vetenskapliga artiklar. PubMed omfattar vetenskapliga artiklar från år 1966 och framåt, där upp till 75 procent är skrivna på engelska. Cinahl är en databas specialiserad till omvårdnadsforskning inom området omvårdnad, sjukgymnastik och arbetsterapi. Innehållet består av tidsskrifter som inte återfinns i Medline, vetenskapliga tidsskrifter, doktorsavhandlingar och konferensabstrakt. Artiklar som återfinns i databasen är skrivna på olika språk från år 1982 och framåt (Forsberg & Wengström 2008).

Sökord

Sökord som använts är: "Socioeconomic factors", "Quality of life", "Social environment", "Social behavior", "Sociology, medical", "Oral Health", "Dental caries", "Gingivitis", "Periodontitis", "Child", "Parents".

Innebörden av sökord granskades som MeSH term i databasen PubMed och som Cinahl heading i databasen Cinahl. I Cinahl användes inte sökordet social environment då innebörden som Cinahl heading inte överensstämde med MeSH termen från PubMed. Något alternativt sökord till "social environment" återfanns inte i Cinahl.

Urval

För att begränsa antalet sökträffar vid litteratursökningen användes "Limits" i form av infant 0-23 månader, preschool child 2-5 år och child 6-12 år. Engelska som språk, fri fulltext och tidsbegränsning angavs för publicering som under senaste 5 åren. Artiklarna var publicerade från 2007-01-01 till och med 2012-12-17. I Cinahl gjordes begränsningen att sökorden skulle finnas med i titeln för att få ett hanterligt urval träffar. Artiklar söktes med enskilda sökord och i olika sökordskombinationer för att ytterligare begränsa antalet artiklar. Totala antalet artiklar utifrån olika sökordskombinationer har summerats och redovisas i en tabell (Tabell 1).

Urval 1

Vid urval 1 granskades 1595 antal titlar. För att gå vidare från urval 1 var ett kriterium att ett eller flera av sökorden fanns med i titeln och att titeln skulle vara relevant till syftet. I Cinahl utvaldes 58 artiklar och från PubMed 126 artiklar. Totalt inkluderades 184 artiklar för vidare granskning av abstract.

Urval 2

I urval 2 genomlästes alla 184 abstrakten. För att gå vidare till urval 3 skulle abstraktet innehålla syfte, metod, resultat och diskussion. Artiklar som inte fanns att tillgå i fulltext i databasen föll bort. I urval 2 exkluderades även 5 artiklar, 3 stycken från

Cinahl och 2 stycken från PubMed i form av dubletter. Dubbletterna anges inom parentes i Tabell 1. Totalt inkluderades 31 artiklar från Cinahl och 63 artiklar från PubMed.

Urval 3

Vid urval 3 genomlästes de 94 artiklarna i fulltext. Av 94 artiklar ansågs 36 stycken artiklar besvara syfte och frågeställningar. Samtliga 36 artiklar lästes igenom ytterligare en gång där varje artikel kvalitetsgranskades. Från Cinahl utvaldes 4 artiklar och från PubMed 11 artiklar som ansågs vara relevanta till syfte och frågeställningar. Totalt inkluderades 15 artiklar att ligga till grund för examensarbetet. Därefter inkluderades ytterligare 2 artiklar till resultatet genom fritextsök, för att belysa svensk forskning inom området då artiklarna saknades i ursprungliga sökningen (Tabell1).

Tabell 1. Översikt av litteratursökning i databaserna Cinahl och PubMed.

Databas Cinahl	Sökord/Sökkombinationer	Antal Träffar	Urval 1 Titel	Urval 2 Abstract	Urval 3 Fulltext	Vald artikel
#1	Socioeconomic factors	38398				
#2	Quality of life	57501				
#3	Social behavior	21534				
#4	Sociology, medical	322				
#5	Oral health	11773				
#6	Dental caries	4582				
#7	Gingivitis	862				
#8	Periodontitis	2185				
#9	Child	243048				
#10	Parents	41361				
	#1 OR #2 OR #3 OR #4 AND #5 AND #9	280	15	12	5	2
	#1 OR #2 OR #3 OR #4 AND #6 AND #9	190	5	2 (2)	1	1
	#1 OR #2 OR #3 OR #4 AND #7 AND #9	276	1	1 (1)	0	0
	#1 OR #2 OR #3 OR #4 AND #8 AND #9	190	0	0	0	0
	#1 OR #2 OR #3 OR #4 AND #5 AND #10	174	19	6	1	0
	#1 OR #2 OR #3 OR #4 AND #6 AND #10	191	16	8	1	1
	#1 OR #2 OR #3 OR #4 AND #7 AND #10	27	1	1	0	0
	#1 OR #2 OR #3 OR #4 AND #8 AND #10	26	1	1	0	0
Databas PubMed	Sökord/Sökkombinationer	Antal träffar	Urval 1 Titel	Urval 2 Abstract	Urval 3 Fulltext	Vald artikel
#1	Socioeconomic factors	308930				
#2	Quality of life	102430				
#3	Social environment	81526				
#4	Social behavior	163708				
#5	Sociology, medical	2345				
#6	Oral health	9176				
#7	Dental caries	34784				
#8	Gingivitis	9624				
#9	Periodontitis	21547				
#10	Child	1450649				
#11	Parents	64444				
	#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 AND #6 AND #10	67	35	17	12	4
	#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 AND #7 AND #10	73	27	13	7	3
	#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 AND #8 AND #10	1	1	1	1	0
	#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 AND #9 AND #10	2	1	1	0	0
	#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 AND #6 AND #11	75	46	20 (1)	5	2
	#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 AND #7 AND #11	14	11	7	1	1
	#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 AND #8 AND #11	4	3	2 (1)	1	1
	#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 AND #9 AND #11	5	2	2	1	0
	Fritextsök	2	2	2	2	2
	Totalt	1597	186	96	38	17

Etiska överväganden

Vid resultatredovisningen av vetenskapliga källor har författarna återgett innehållet objektivt utan att förvanska originalkällans innehåll.

Resultat

Resultatet av 17 vetenskapliga studier visar att familjens socioekonomiska status har påverkan på barns orala hälsa. Socioekonomiska riskfaktorer såsom inkomstnivå, utbildningsnivå och etnisk tillhörighet inverkar på kariesförekomst, munhygienvanor och benägenheten att uppsöka tandvården. Föräldrar med låg socioekonomi och låg utbildning hade sämre kunskaper och negativa attityder till munhälsovanor och tandvård, vilket inverkar negativt på barnens munhälsovanor. Socioekonomiska faktorer inverkar på föräldrarnas KASAM och kontroll lokus med påföljd att barnens munhälsovanor försämrades. Resultatet redovisas i löpande text och i tabeller.

Socioekonomiska faktorer relaterat till barns orala hälsa

Inkomstnivå

Fem artiklar visade att socioekonomisk status och låg familjeekonomi indirekt påverkade kariesförekomsten bland barn (Abanto et al. 2011; Cascaes et al. 2011; Cortés et al. 2012; Johansson et al. 2010; Paula et al. 2012). I studien av Cortés et al. (2012) rapporterade majoriteten av låginkomstföräldrarna (92 deltagare) karies i barnens primära och permanenta tänder. En förälder uppgav att barnen hade 11 kariesade tänder av 22 tänder i bettet. I en studie av Johansson et al. (2010) påvisades att barn hemmahörande i hushåll med en årsinkomst under medianinkomsten (USD 56,000) 14,5 procent, hade ökad risk att utveckla karies, jämfört med barn från familjer med en inkomst över medianvärdet, 7,1 procent. I studien av Paula et al. (2012) hade 16,5 procent (n=290) av barnen karies. Medelvärde för DMFT var 1.09, dmft 0.85 och SiC 3.12. Av föräldrarna angav 84,6 procent att tre eller färre minimilöner utgjorde familjens månadsinkomst och 54,5 procent var ägare till bostaden. Sämre oral hälsorelaterad livskvalitet (OHRQoL) uppgav barnen som hade karieslesioner, behov av tandvårdsbehandling och blödande tandkött.

I studien av Abanto et al. (2011) besvarade föräldrarna frågor om barnens orala hälsa. Svaren vägdes sedan mot socioekonomiska faktorer. Faktorerna var barnets ålder, manifest kariesskada i bettet, flera generationer boende i hushållet, familjens totala inkomst samt arbetande mödrar. Det konstaterades att manifest kariesskada hade en negativ inverkan på orala hälsorelaterade livskvaliteten. En större familjeinkomst hade en positiv effekt på förskolebarnens orala hälsorelaterade livskvalitet.

I en studie av Cascaes et al. (2011) visade resultaten att plackprevalensen var högre hos barn från familjer med låg inkomst. Hos 282 barn från låginkomstfamiljer var plackprevalensen 40,8 procent. Plackprevalensen var lägre hos familjer med hög inkomst, 27,3 procent. Av barn från familjer med låg inkomst var det 54,8 procent som hade oregelbundna munhygienvanor, jämfört med 32,3 procent för barn från familjer med hög inkomst.

Utbildningsnivå

Fyra artiklar visade att föräldrarnas utbildningsnivå påverkade barnens orala hälsa (Goettens et al. 2012; Martins-Junior et al. 2012; Morou-Bermudez et al. 2011; Southward et al. 2008). I studien Morou-Bermudez et al. (2011) påvisades att barn i åldrarna 3-6 år, till föräldrar med en utbildning mindre än universitetsutbildning hade mer karies, jämfört med barn till föräldrar med universitetsutbildning. Även studien av Southward et al. (2008) rapporterade att låg utbildningsnivå hos föräldrarna påverkade förekomsten av manifest karies i det primära bettet hos barnen.

I studien av Martins-Junior et al. (2012) påvisades att barn till föräldrar med lägre utbildningsnivå hade mer karies. En jämförelse gjordes mellan gruppen som hade karies och kariesfri gruppen, i avseende på föräldrarnas utbildningsnivå. Andelen barn som hade karies var 50,6 procent och andelen kariesfria var 49,4 procent. I kariesgruppen hade 62,9 procent av mödrarna och 59,4 procent av fäderna åtta år eller mindre i grundskoleutbildning. I kariesfria gruppen hade 56,3 procent av mödrarna och 58,9 procent av fäderna mer än åtta års grundskoleutbildning. En liknande studie av Goettens et al. (2012) påvisade att låg utbildning (ej avslutad grundskola) påverkade tandvårdsbesök. Låg utbildningsnivå innebar färre och oregelbundna tandvårdsbesök för såväl barn som mödrar. Barn till mödrar med åtta års utbildning eller mer, hade mer sannolikt besökt tandvården.

Etnisk tillhörighet

Tre artiklar beskrev hur familjens etniska tillhörighet påverkade barnens orala hälsa (Cortés et al. 2012; Skeie et al. 2008; Southward et al. 2008). Southward et al. (2008) redovisade i en studie från USA, att barn av afro-amerikanskt ursprung var mer benägna att utveckla manifest karies i primära dentitionen än barn av annan etnicitet.

I studien av Cortés et al. (2012) redovisades faktorer som påverkade barns orala hälsobeteenden. Barnen kom från familjer där föräldrarna var av latinskt ursprung och hade låg inkomst. Barnen rapporterades av majoriteten föräldrar ha karies i såväl primära som permanenta tänder. Felaktig kost och godisätande angavs av föräldrarna som orsaker till förekomst av karies. Föräldrarna angav även att ökad tillgång till pengar och godis var en svårighet i att hindra barnen från att inta sötsaker.

I en studie utförd i Norge av Skeie et al. (2008) rapporterades hur föräldrars etniska tillhörighet påverkade barns orala hälsa. Data till studien samlades in på barn i tre års ålder. Barnen indelades i två grupper, västerländskt födda barn och barn med invandrarbakgrund. Vid fem års ålder återfanns kariesskador på andra primära molaren hos fyra av tio barn i båda grupperna. Variabler som visade signifikant samband till kariesskador hos barnen var frekvent sockerintag, social status, sötdryck vid läggdags, ålder då tandborstningen startade samt föräldrarnas benägenhet att besöka tandvården. Föräldrarnas benägenhet att besöka tandvården påverkade signifikant kariesförekomst hos barn med invandrarbakgrund.

Tabell 2. Artiklar som påvisade socioekonomiska faktorer relaterat till barns orala hälsa.

Författare, år, titel.	Syfte	Urval	Design	Metod	Kvalitets-Grad
Abanto, Carvalho, Mendes, Wanderley, Bönecker, Raggio. (2011). Impact of oral diseases and disorders on	Att bedöma effekten av karies i primära bettet, traumatiska tandskador och	260 barn, 2-5 år, deltog i studien.	Tvärsnittstudie.	Data samlades in genom frågeformulär och klinisk undersökning.	God 90%

oral health-related quality of life of preschool children.	bettavvikelser kopplat till socioekonomiska faktorer.				
Cortés, Réategui-Sharpe, Spiro Iii, García. (2012). Factors affecting children's oral health: perceptions among Latino parents.	Att förstå faktorer som påverkar orala hälsorelaterade beteenden hos barn till föräldrar med latinskt ursprung och låginkomst.	92 spansktalande föräldrar med låg inkomst deltog.	Kvalitativstudie med fokusgruppsintervjuer.	Genom djupintervjuer bedömdes föräldrarnas uppfattningar, erfarenheter och föreställningar om barnens munhälsa.	God 83%
Cascaes, Peres, Peres, Santos, Matijasevich, Barros. (2011) Validity of 5-year-old children's oral hygiene pattern referred by mothers.	Att bestämma validiteten av frågor som vanligen används i epidemiologiska studier av barns munhygien, samt att göra en övergripande jämförelse med resultaten av undergrupper av socioekonomisk status.	1122 barn och mödrar deltog i studien.	Tvärsnittstudie.	Barnen undersöktes kliniskt och mödrarna intervjuades hemma.	Medel 75%
Goettems, Ardenghi, Demarco, Romano, Torriani. (2012). Children's use of dental services: Influence of maternal dental anxiety, attendance pattern, and perception of children's quality of life.	Att utvärdera inflytandet på barn i kliniska situationer kopplat till mödrars påverkan på barnets livskvalitet och användning av tandvården.	608 mödrar och barn deltog i studien.	Tvärsnittstudie.	Data samlades in genom frågeformulär och klinisk undersökning.	God 91%
Johansson, Holgerson, Kressin, Nunn, Tanner. (2010). Snacking habits and caries in young children.	Att undersöka sambandet mellan småätande och karies, kopplat till munhygien och socioekonomi, hos en grupp barn med hög risk för karies boende i USA.	1206 barn i åldern 6 månader till 4 år deltog i studien.	Tvärsnittstudie.	Data samlades in genom kliniska undersökningar på barnen och frågeformulär som besvarades av föräldrarna.	God 90%
Martins-Júnior, Ramos-Jorge, Paiva, Marques, Ramos-Jorge. (2012). Validations of the Brazilian version of the Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS).	Att utvärdera psykometriska egenskaper av brasilianska versionen av Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS).	250 barn i åldern 2-5 år och deras föräldrar med portugisiska eller engelska som modersmål deltog.	Tvärsnittstudie.	Data samlades in med frågeformulär och klinisk undersökning utfördes på barnen.	God 83%
Morou-Bermudez, Elias-Boneta, Billings, Burne, Garcia-Rivas, Brignoni-Nazario, Suarez-Perez. (2011). Urease activity in dental plaque and saliva of children during a three-year study period and its relationship with other caries risk factors.	Att undersöka mönster och samband mellan saliv och placksammansättning kopplat riskfaktorer för karies hos barn.	80 barn i åldern 3-6 år deltog i studien.	Longitudinell studie.	Data samlades in genom kliniska undersökningar.	Medel 75%
Paula, Leite, Almeida, Ambrosano, Pereira, Mialhe. (2012). The influence of oral health conditions, socioeconomic status and home environment factors on schoolchildren's self-perception of quality of life.	Att undersöka påverkan av kliniska tillstånd och socioekonomisk status hos barn.	515 stycken 12-åringar deltog i studien.	Tvärsnittstudie.	Data samlades in med klinisk undersökning samt ett frågeformulär.	Medel 75%
Skeie, Espelid, Riordan, Klock. (2008). Caries	Att bedöma föräldrarnas	354 barn undersöktes år	Longitudinell studie.	Data samlades in genom kliniska undersökningar och	God 83%

increment in children aged 3–5 years in relation to parents' dental attitudes: Oslo, Norway 2002 to 2004.	attityder till tandvård kopplat till en ökning av karies barn i åldern 3 till 5 år.	2002 och 304 barn år 2004. Föräldrar till barnen deltog i studien.		frågeformulär.	
Southward, Robertson, Edelstein, Hanna, Wells-Parker, Baggett, Eklund, Crall, Silberman. (2008). Parrish, Oral health of young children in Mississippi Delta child care centers: a second look at early childhood caries risk assessment.	Att replikera prediktorer för karies och brådiskande tandvårdsbehov och bedöma ytterligare kariesriskfaktorer.	422 barn i åldern 3-5 år och föräldrar deltog.	Tvärsnittstudie.	Barnen undersöktes kliniskt och föräldrarna lämnade uppgifter om barnens nuvarande och tidigare orala hälsa, samt barnens orala livskvalitet.	God 83%

Socioekonomiska faktorer relaterat till kunskaper och attityder

Inkomstnivå

Fyra artiklar påvisade hur socioekonomiska faktorer relaterat till föräldrarnas kunskaper och attityder påverkade barnens orala hälsa (Cortes et al. 2012; Gussy et al. 2008; Jolanta et al. 2012; Vanagas et al. 2009). Studien av Vanagas et al. (2009) påvisade hur föräldrarnas kompetens och attityder påverkade barnens utveckling av munhygienvanor. Föräldrarnas medelinkomst kunde kopplas till munhygienvanorna. Föräldrar med goda munhygienvanor hade en ökad förståelse för betydelsen av att borsta barnens tänder. Det fanns stora skillnader mellan föräldrar med god munhygien respektive föräldrar med dålig munhygien när det gällde att förhindra kariesuppkomst. Ett högre antal föräldrar i gruppen med god munhygien kontrollerade barnens tandborstteknik.

I Litauen genomförde Jolanta et al. (2012) en studie som visade att mindre plackförekomst kunde sammankopplas med mer frekvent tandborstning. Tvåhundra trettiosju barn i åldern 12 till 13 år deltog. Tvåhundra fyra barn levde i en så kallad kärnfamilj medan 33 barn levde med en ensamstående förälder. I USA utförde Gussy et al. (2008) en studie som redovisade föräldrars attityder och kunskaper om orala hälsorelaterade beteenden. Familjerna som deltog hade socioekonomiska nackdelar och bodde i områden utan vattenfluoridering. När föräldrarna identifierade viktigaste orsaken till karies angav 49 procent söta drycker och mellanmål mellan måltiderna som orsak och 40 procent uppgav att karies uppkom på grund av att tänderna inte rengjordes varje dag. Tio procent ansåg att bakterier var främsta orsaken till karies och 5,5 procent angav att användning av flaskor nattetid utgjorde viktigaste faktorn. Kunskapen om fluor och fluorens verkan varierade hos föräldrarna. En majoritet av 74 procent av föräldrarna ansåg att fluor kunde förebygga karies, 22 procent saknade kunskap om det hade någon verkan och 4 procent ansåg att fluor inte hade någon verkan i att förebygga karies. Sjuttiosex procent var medvetna om att fluortandkräm rekommenderas till barn, medan 23 procent var osäkra på om rekommendationen var korrekt. Trettioen procent av föräldrarna ansåg att fluortandkräm inte skulle användas till små barn, i jämförelse med 13 procent som ansåg att det skulle användas. Majoriteten av föräldrarna ansåg att tandborstning skulle påbörjas vid eruption av första tanden. Femtiotvå procent ansåg att barnen kunde borsta tänderna på egen hand vid fyra års ålder, 16 procent saknade kunskap om huruvida fyraåringen kunde borsta tänderna själv och 29 procent ansåg att barnen inte klarade av det. Fyrtiofyra procent av föräldrarna kände trygghet med ansvaret att borsta barnens tänder medan 12 procent inte

kände trygghet. Mer säkerhet i att borsta barnens tänder innebar högre tandborstningsfrekvens.

I studien av Cortes et al. (2012) påvisades hur kunskaper, attityder och socioekonomisk status påverkade barns orala hälsa. Några föräldrar hade kunskaper om att sötsaker och otillräcklig munhygien kan leda till karies. Föräldrarna förstod vikten av goda munhygienrutiner för att barnen skulle upprätthålla en god oral hälsa. Att lära barnen goda munhygienvanor angavs dock som en utmaning. En av mödrarna i studien hade kunskapen om karies kopplat till att låta barnet gå till sängs med en nappflaska. Tillgången till tandvård påverkades i hög grad av socioekonomisk status. Att inneha en fullgod tandvårdsförsäkring angavs av föräldrarna som avgörande för friska tänder och god tandvård. Förutom tandvårdsförsäkring rapporterades tidsbrist som en barriär för god tandvård åt barnen. Föräldrarna ansåg att det tog för lång tid innan barnet fick komma till tandvården. Att behöva ta ledigt från arbetet, vilket ledde till mindre lön, och svårigheter med transport till tandvården, angavs av föräldrarna som en konflikt.

Utbildningsnivå

En artikel visade hur socioekonomiska faktorer relaterat till kunskaper och attityder hos föräldrarna påverkade barnens orala hälsa. Studien av Vanagas et al. (2009) visade att det fanns skillnader i att kontrollera barnens sockerkonsumtion samt hur allvarligt föräldrarna upplevde kariesskador hos barnen. Ett större antal föräldrar kontrollerade barnens intag av socker samt tandborstteknik i gruppen med god munhygien och högre utbildning.

Etnisk tillhörighet

En artikel visade hur socioekonomiska faktorer relaterat till föräldrarnas kunskaper och attityder påverkade barnens orala hälsa. Studien av Skeie et al. (2008) visade att föräldrars attityd till kost hade signifikant samband med ökning av manifesterad kariesskada i bettet bland barn med västerländskt ursprung. Relativt fler barn av invandrarbakgrund exponerades för föräldrars attityder. Barn till föräldrar med negativa attityder år 2004 hade sannolikt högre karieserfarenhet redan vid tre års ålder. Sjuttiofem procent av barnen som exponerades för negativa attityder till kost och eftergivenhet hos föräldrarna hade utvecklat nya manifesterade kariesskador mellan år 2002 och år 2004. I jämförelse var siffran för nya manifesterade kariesskador under samma period 10,6 procent för barnen som exponerades för positiva attityder.

Tabell 3. Artiklar som påvisade socioekonomiska faktorer relaterat till kunskaper och attityder.

Författare, år, titel.	Syfte	Urval	Design	Metod	Kvalitets-Grad
Cortés, Réategui-Sharpe, Spiro Iii, García. (2012). Factors affecting children's oral health: perceptions among Latino parents.	Att förstå faktorer som påverkar orala hälsorelaterade beteenden hos barn till föräldrar med latinskt ursprung och låginkomst.	92 spansktalande föräldrar med låg inkomst deltog.	Kvalitativstudie med fokusgruppsintervjuer.	Genom djupintervjuer bedömdes föräldrarnas uppfattningar, erfarenheter och föreställningar om barnens munhälsa.	God 83%
Gussy, Waters, Riggs, Lo, Kilpatrick. (2008). Parental knowledge, beliefs and behaviors for oral health of toddlers residing in rural Victoria.	Att undersöka föräldrars kunskaper och attityder till oral hälsa samt rapporterade hälsobeteenden.	294 barn i 12-24 månaders ålder deltog.	Tvärsnittstudie.	Data samlades in genom kliniska undersökningar, frågeformulär och intervjuer.	God 83%
Jolanta, Brukienė. (2012). Parenting Style,	Att undersöka munhälsa hos 12 -	237 stycken 12-13 åringar	Tvärsnittstudie.	Datansamling skedde med hjälp av ett frågeformulär och	Medel 75%

Locus of Control, and Oral Hygiene in Adolescents.	åringar och eventuell koppling till locus of control och eller uppfostringstil efter kontroll av demografiska faktorer	deltog i studien.		klinisk undersökning.	
Skeie, Espelid, Riordan, Klock.(2008). Caries increment in children aged 3–5 years in relation to parents' dental attitudes: Oslo, Norway 2002 to 2004.	Att bedöma föräldrarnas attityder till tandvård kopplat till en ökning av karies barn i åldern 3 till 5 år.	354 barn undersöktes år 2002 och 304 barn år 2004. Föräldrar till barnen deltog i studien.	Longitudinell studie.	Data samlades in genom kliniska undersökningar och frågeformulär.	God 83%
Vanagas, Milasauskiene, Grabauskas, Mickeviciene. (2009) Associations between parental skills and their attitudes toward importance to develop good oral hygiene skills in their children.	Att analysera anknytningen mellan föräldrars munhygienvanor, attityder och vikten av utveckling av goda munhygienvanor hos barnen.	397 föräldrar till barn i 3-4 års ålder deltog i studien.	Tvårsnittstudie.	Data samlades in genom frågeformulär.	Medel 75%

Socioekonomiska faktorer relaterat till KASAM och kontroll lokus

Fyra artiklar visade hur socioekonomiska faktorer relaterat till KASAM och kontroll lokus påverkade barns orala hälsa (Bonanato et al. 2009; Da Silva et al. 2010; Lencova et al. 2008; Lindmark et al. 2011). Studien av Bonanato et al. (2009) visade att mödrars känsla av sammanhang, KASAM, och socioekonomisk status påverkade femåriga barns orala hälsa. Barn till mödrar med lägre grad av KASAM hade högre kariesförekomst. Barnen hade 1,59 gånger högre sannolikhet att tandpulpan exponerades till följd av kariesskador och 1,85 gånger större chans att inneha tänder med fyllningar. Barn från lägre samhällsklasser hade 1,7 gånger större risk att drabbas av kariesskador, 3,2 gånger större risk att få karies där pulpan involverades och 6,2 gånger större risk att inneha rotrester. Enligt en svensk studie av Lindmark et al. (2011) hade individer med hög känsla av sammanhang, KASAM, dubbelt så hög chans till ett friskare beteende.

Studien av Da Silva et al. (2011) påvisade hur låg socioekonomi och mödrars KASAM påverkade barnens användning av tandvård. Etthundrafemtiofyra mödrar med låg socioekonomisk status boende i Brasilien, rapporterade barnens tandvårdsbesök. Rutinkontroller som främsta orsak till barnens tandvårdsbesök angavs av 42,9 procent av mödrarna. Barn till mödrar med högre KASAM hade signifikant högre odds för att besöka tandvården. Barnen besökte i högre grad tandläkaren endast för rutinkontroll i jämförelse med barn till mödrar med en lägre KASAM. Förekomsten av karies var lägre bland barn som endast besökte tandvården för rutinkontroller jämfört med barn som besökte tandvården för att få behandling. Barn till mödrar med högre nivåer av KASAM var två gånger mer benägna att besöka tandvården endast för rutinkontroll.

Studien av Lencova et al. (2008) visade hur föräldrars utbildningsnivå och kontroll lokus påverkade barnens kariesförekomst. Majoriteten av föräldrarna, över 80 procent var gifta, vilket tydde på att majoriteten av barnen levde i en kärnfamilj. Majoriteten av mödrarna hade genomfört grundskola, 64,2 procent, och 27,4 procent hade en högskole- eller universitetsutbildning. Resultatet visade att barnen hade större chans att vara kariesfria om föräldrarna hade högre kontroll lokus. Barnen till föräldrar med starkast kontroll lokus hade 2,81 gånger större sannolikhet att vara kariesfria jämfört med barn

till föräldrar med lägst kontroll lokus. Resultatet överensstämde före och efter justeringar och jämförelse av föräldrarnas ålder, utbildning och familjestatus, samt barnens kön och ålder.

Tabell 4. Artiklar som påvisade socioekonomiska faktorer relaterat till föräldrars KASAM och kontroll lokus.

Författare, år, titel.	Syfte	Urval	Design	Metod	Kvalitets-Grad
Bonanato, Paiva, Pordeus, Ramos-Jorge, Barbabela, Allison. (2009). Relationship between mothers' sense of coherence and oral health status of preschool children.	Att undersöka förhållandet mellan mödrars känsla av sammanhang (KASAM) och oral hälsa hos 5-åriga förskolebarn.	546 mödrar och deras 5-åriga barn, slumpmässigt utvalda från förskolor.	Tvärsnittstudie.	Data från mödrarna samlades in genom enkäter och på barnen utfördes kliniska undersökningar.	God 83%
Da Silva, Mendonça, Vettore. (2010). The association between low-socioeconomic status mother's Sense of Coherence and their child's utilization of dental care.	Att undersöka förhållandet mellan mödrar med låg socioekonomisk status känsla av sammanhang och barnens användning av tandvård i en stad i sydöstra Brasilien.	190 skolbarn i åldern 11-12 och deras mödrar.	Tvärsnittstudie.	Data samlades in genom kliniska undersökningar av barnen och intervjuer med mödrarna.	God 83%
Lencová, Pikhart, Broukal, Tsakos. (2008). Relationship between parental locus of control and caries experience in preschool children - cross-sectional survey.	Att utvärdera relationen mellan föräldrars locus of control och karieserfarenhet samt icke behandlad karies hos barn.	285 barn och deras föräldrar.	Tvärsnittstudie.	Datansamling skedde genom klinisk undersökning av barnen och frågeformulär som besvarades av föräldrarna.	God 83 %
Lindmark, Hakeberg, Hugoson.(2011). Sense of coherence and its relationship with oral health-related behaviour and knowledge of and attitudes towards oral health.	Att undersöka sambandet mellan KASAM och kunskap och attityder till oral hälsa, samt oralt hälsorelaterade beteenden.	264 kvinnor och 261 män i åldern 20-80 år deltog i studien.	Tvärsnittstudie.	Data samlades in genom frågeformulär och kliniska undersökningar.	God 90%

Diskussion

Resultatet visar att föräldrars utbildningsnivå och inkomst har en påverkan på barns orala hälsa. Barn från familjer med låga nivåer av socioekonomi visar en högre plackprevalens och högre kariesförekomst. Även föräldrarnas kunskapsnivå och attityder kan påverka barns oral hälsa.

Resultatdiskussion

Resultatet visar att sociala faktorer påverkar barns orala hälsa. Familjer med låg utbildning och låg inkomst har en negativ inverkan på barnens munhälsa. Barn till föräldrar med låg socioekonomi har mer plackförekomst, karies, samt oregelbundna kost- och egenvårdsvanor, jämfört med barn till föräldrar med en medelinkomst eller mer. Studier av (Cortés et al. 2012; Cascaes et al. 2011; Johansson et al. 2010; Morou-Bermudez et al. 2011; Paula et al. 2012; Southward et al. 2008) visar att låg socioekonomi påverkar barnens kariesförekomst. Studierna av Cascaes et al. (2011) och Jolanta et al. (2012) visar att barns plackförekomst är högre i familjer med låg inkomst. Ett flertal studier (Southward et al. 2008; Martins-Junior et al. 2012; Morou-Bermudez et al. 2011) visar att låg utbildningsnivå är en riskfaktor för karies. Cortés et al. (2012)

rapporterar att föräldrarna har kunskap om att sämre munhygienvanor och oregelbundna kostvanor kan leda till högre förekomst av karies. Betydelsen av föräldrarnas kunskaper och attityder för att utveckla goda munhygienvanor kan förknippas med föräldrarnas inkomst enligt en studie av Vanagas et al. (2009). Barn till föräldrar med högre inkomst och utbildningsnivå uppsöker tandvården i större utsträckning än barn till föräldrar med lägre utbildning eller inkomst. Barn som uppsöker tandläkare har mindre kariesförekomst än barn som aldrig uppsöker en tandläkare (Da Silva et al. 2011; Cortes et al. 2012; Southward et al. 2008).

Studierna av Cortés et al. (2012), Skeie et al. (2008) och Southward et al. (2008) beskriver hur familjens etniska tillhörighet påverkade barnens orala hälsa. Skeie et al. (2008) beskriver att föräldrarnas kunskap och attityd har en inverkan på barnens ökning av manifest kariesskada i bettet. Barn med utländskt ursprung påverkas mer av föräldrars attityder än barn med västerländskt ursprung. Cortés et al. (2012) redovisar faktorer som påverkar den orala hälsan hos barn med latinskt ursprung från låga socioekonomiska förhållanden. Föräldrarna anger felaktig kost och godisätande som orsak till barnens kariesskador.

Sociala bestämningfaktorer har inverkan på föräldrars, syskons och andra familjemedlemmars normer och livsstilsvanor. Det finns många personer runt barnet som kan vara med och påverka hälsan i positiv eller negativ riktning. Tandvårdens roll finns med under barnets uppväxt. Tandhygienisten har en viktig roll i att vägleda hela familjen mot goda kost- och munhälsovanor. Med hjälp av olika hälsoteorier kan tandhygienisten genomföra ett patientcentrerat samtal med barnet och föräldrarna. Det är viktigt att ta tillvara på möjligheterna som ges för att utföra ett hälsofrämjande arbete som tandhygienist. Att ha kunskap om vilken hjälp som behövs i en familj för att alla ska må bra är av stor vikt. Exempelvis kan tandhygienisten stödja med samtal kring kost- och egenvårdsvanor, karies och gingivit (Whitehead & Dahlgren 1991; Hwang & Nilsson 2011; Socialstyrelsen 2005).

Kunskap om kontroll lokus och känsla av sammanhang är två teorier som kan vara en god grund till ett samtal med patienten (Hollister & Anema 2004). Lencova et al. (2008) visar att barn till föräldrar med högre utbildning och högre kontroll lokus har mindre kariesaktivitet jämfört med barn till föräldrar med låg utbildning och lågt kontroll lokus. Da Silva et al. (2011) påvisar att föräldrarna med högre inkomst och högre KASAM (känsla av sammanhang) kan påverka barns benägenhet att besöka tandvården. Ett högre KASAM gör att barnen är två gånger mer benägna att uppsöka tandvården, än barn till föräldrar med en låg inkomst och lägre KASAM.

Hög eller låg socioekonomisk status är en påverkansfaktor till barns orala hälsa oberoende av vilket land studien utförts i. Dock är det viktigt att se till olika länder och socioekonomisk situation. Exempelvis har barn som deltagit i studier från Brasilien inte samma förutsättningar och levnadsvillkor som barn med låg socioekonomisk status från Norge. Tandhygienisten bör ha i åtanke att anpassa varje patientmöte utifrån förutsättningarna som finns beroende på vart i världen barnen kommer ifrån. I Sverige är tandvården kostnadsfri till och med nitton års ålder (SFS 1985:125). Socialstyrelsens (2011) epidemiologiska data visar kariesförekomsten för barn i Sverige. SIC visar att det finns en tredjedel som har mer kariesförekomst än övriga barn i åldern 3-12 år. Det förekommer skillnader mellan olika kommuner och landsting. Enligt studier och rapporter som ligger till grund i föreliggande litteraturstudie kan socioekonomisk status utgöra en prediktor för barns orala hälsa.

Metoddiskussion

I föreliggande litteraturstudie ligger vetenskapliga artiklar publicerade under senaste fem åren till grund för resultatet. Artiklarna har en bred spridning från olika länder världen över. Databasen PubMed innehåller vetenskapliga artiklar ut ett biomedicinskt- och beteendevetenskapligt perspektiv. Majoriteten av resultatartiklarna är framtagna med MeSH-termer i databasen PubMed och överensstämde med syfte och frågeställningar. Det innebär att artiklarna omfattar det ämnesområde som är avsett för syftet.

Fördelar med litteraturstudiens metod är att det var enkelt att finna artiklar i ämnet. Utvalda artiklar granskades enligt mall framtagen av Willman & Stoltz (2008). Artiklarna till resultatet håller god till medelgod kvalitet. Nackdelar med metoden var att sökningen begränsades till fri fulltext för att få ett hanterbart antal träffar. En annan nackdel är att artiklar till resultatet kan ha förbisetts i första urvalet på grund av stort antal sökträffar och kravet om att titeln skulle innehålla något av sökorden för att gå vidare i urvalsprocessen. Artiklar har exkluderats där åldersangivelse på urvalsgruppen varit sammanblandad med barn över tolv år, då det inte överensstämde med litteraturstudiens begränsning. Det kan ha påverkat litteraturstudiens validitet.

Av sju resultatartiklar var fjorton stycken tvärsnittsstudier, två var longitudinella med upprepade tvärsnittundersökningar och en var en kvalitativ studie. Majoriteten av resultatartiklarna var tvärsnittsstudier vilket innebär att artiklarnas datainsamlingar endast skett vid ett specifikt tillfälle. Det kan ha påverkat föreliggande litteraturstudies reliabilitet. Om studiepopulationen följts över tid kunde litteraturstudiens reliabilitet ökat. En ytterligare nackdel är att två artiklar äldre än fem år har använts i introduktionen, då det saknades nyare forskning om gingivitprevalens. Vid litteratursökning i databaserna PubMed och Cinahl påträffades noll antal artiklar med avseende på gingivit och parodontit. Epidemiologisk data gällande gingivit och parodontit är av mindre omfattning (Socialstyrelsen 2010b). Epidemiologisk data gällande barns orala hälsa bör kartläggas i större omfattning för att få ett större underlag att utgå från inom tandvården.

I föreliggande litteraturstudie går det inte att dra för stora slutsatser av hur känsla av sammanhang och kontroll lokus inverkar på orala hälsobeteenden och oral hälsa. Materialet visar däremot att ytterligare studier behövs inom ämnet för att undersöka hur olika hälsoteorier som exempelvis känsla av sammanhang och kontroll lokus inverkar på barns orala hälsobeteenden och orala hälsa.

Konklusion

Slutsatsen i föreliggande litteraturstudie är att barns orala hälsa påverkas av personer som står nära barnet och den sociala miljö barnet vistas i. Hög inkomst- och utbildningsnivå, känsla av sammanhang och kontroll lokus ger bättre förutsättningar för barns orala hälsa jämfört med barns som utsätts för låga nivåer. Barn från låga socioekonomiska förhållanden har mer karies och sämre munhygienvanor än barn från högre socioekonomiska förhållanden. Munhygienvanor och rutiner skapas under barnåren. Föräldrar har en stor påverkan på de vanor som skapas. Därav är det av stor betydelse att tandhygienisten stöttar hela familjen för att främja en god oral hälsa.

Referenser

Artiklar markerade med * ingår i resultatet.

- *Abanto, Jenny., Carvalho-Thiago, S., Mendes-Fausto, M., Wanderley-Marcia, T., Bönecker, Marcelo., Raggio-Daniela, P. (2011). Impact of oral diseases and disorders on oral health-related quality of life of preschool children. *Community Dentistry & Oral Epidemiology*, 39 (2), 105-114.
- Alm, A., Wendt, L. K., Koch, G., Birkhed, D. (2008). Oral Hygiene and Parent-Related Factors during Early Childhood in Relation to Approximal Caries at 15 Years of Age. *Caries Research*. 42 (1), 28-36.
- Blomquist, H.K., Bergström, E. (2007). Obesity in 4-year-old children more prevalent in girls and in municipalities with a low socioeconomic level. *Acta Paediatrica*, 96 (1), 113-116.
- *Bonanato, K., Paiva, S.M., Pordeus, I.A., Ramos-Jorge, M.L., Barbabela, D., Allison, P.J. (2009). Relationship between mothers' sense of coherence and oral health status of preschool children. *Caries Resident*, 43 (2), 103-109.
- *Cascaes, A.M., Peres, K.G., Peres, M.A., Demarco, F.F., Santos, I., Matijasevich, A., Barros, A.J. (2011). Validity of 5-year-old children's oral hygiene pattern referred by mothers. *Revista de Saude Publica*. 45 (4), 668-675.
- Chachra, S., Dhawan, P., Kaur, T., Sharma, A.K. (2011). The most effective and essential way of improving the oral health status education. *Journal of the Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry*, 29 (3), 216-221.
- Chankanka, O., Cavanaugh, J.E., Levy, S.M., Marshall, T.A., Warren, J.J., Broffit, T.B., Kolker, J.L. (2011). Longitudinal associations between children's dental caries and risk factors. *Journal of Public Health Dentistry*, 71 (4), 289-300.
- *Cortés, D.E., Réategui-Sharpe, L., Spiro Iii, A., García, R.I. (2012). Factors affecting children's oral health: perceptions among Latino parents. *Journal of Public Health Dentistry*, 72 (1), 82-89.
- *Da Silva, A.N., Mendonça, M.H., Vettore, M.V. (2010). The association between low-socioeconomic status mother's Sense of Coherence and their child's utilization of dental care. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 39 (2), 115-126.
- Das, U.M., Singhal, P. (2009). Tooth brushing skills for the children aged 3-11 years. *Journal of the Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry*, 27 (2), 104-107.
- Ekbäck, G., Persson, C. (2012). Caries in five differens socio-economic cluster in Orebro county. Ekbäck & Persson. *Community of Dental Health*, 29 (3), 229-232.
- European Archives of Paediatric Dentistry. (2009). Guidelines on the use of fluoride in children: an EAPD policy document. *European Archives of Paediatric Dentistry*, 10 (3), 129-135.

- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2008). Att göra systematiska litteraturstudier. Stockholm: Natur & Kultur.
- *Goettems, M. L., Ardenghi, T.M., Demarco, F.F., Romano, A.R., Torriani, D.D. (2012). Children's use of dental services: Influence of maternal dental anxiety, attendance pattern, and perception of children's quality of life. *Community of Dental Oral Epidemiology*, 40, 451–458.
- *Gussy, M.G., Waters, E.B., Riggs, E.M., Lo, S.K., Kilpatrick, N.M. (2008). Parental knowledge, beliefs and behaviours for oral health of toddlers residing in rural Victoria. *Australian Dental Journal*, 53 (1), 52-60.
- Hwang, P. Nilsson, B. (2011). Utvecklingspsykologi. Stockholm: Natur och Kultur.
- Hollister, M.C., Anema, M.G. (2004). Health behavior models and oral health: a review. *Journal of Dental Hygiene*, 78 (3), 6.
- Igic, M., Kesic, L., Lekovic, V., Apostolovic, M., Mihailovic, D., Kostadinovic, L., Milasin, J. (2012). Chronic gingivitis: the prevalence of periodontopathogens and therapy efficiency. *European Journal of Clinical Microbiology & Infectious Diseases*, 31 (8), 1911-1915.
- Jacobsson, B.K G., Magnusson, T., Hugoson, A. (2011). Oral health in young individuals with foreign and Swedish backgrounds - a ten-year perspective. *European Archives of Paediatric Dentistry*, 12 (3), 151-158.
- *Johansson, I., Holgerson, P.L., Kressin, N.R., Nunn, M.E., Tanner, A.C. (2010). Snacking habits and caries in young children. *Caries Research*, 44 (5), 421-430.
- *Jolanta, A., Brukienė, V. (2012). Parenting Style, Locus of Control, and Oral Hygiene in Adolescents. *Medicina (Kaunas)*, 48 (2), 102-108.
- Kallar, S., Pandit, I.K., Srivastava, N., Gugnani, N. (2011). Plaque removal efficacy of powered and manual toothbrushes under supervised and unsupervised conditions: a comparative clinical study. *Journal of the Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry*, 29 (3), 235-238.
- *Lencová, E., Pikhart, H., Broukal, Z., Tsakos, G. (2008). Relationship between parental locus of control and caries experience in preschool children - cross-sectional survey. *BMC Public Health*, 8 (208), 1-9.
- * Lindmark, U., Hakeberg, M., Hugoson, A. (2011). Sense of coherence and its relationship with oral health-related behaviour and knowledge of and attitudes towards oral health. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 39 (6), 542-553.
- *Martins-Júnior, P.A., Ramos-Jorge, J., Paiva, S.M., Marques, L.S., Ramos-Jorge, M.L. (2012). Validations of the Brazilian version of the Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS). *Cadernos de Saude Publica*, 28 (2), 367-374.
- *Morou-Bermudez, E., Elias-Boneta, A., Billings, R.J., Burne, R.A., Garcia-Rivas, V., Brignoni-Nazario, V., Suarez-Perez, E. (2011). Urease activity in dental plaque

and saliva of children during a three-year study period and its relationship with other caries risk factors. *Archives of Oral Biology*, 56 (11), 1282-1289.

National library of medicine. (2012). Tillgänglig: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh> [2013-02-27]

Nicholson, J.M., Lucas, N., Berthelsen, D., Wake, M. (2012). Socioeconomic inequality profiles in physical and developmental health from 0-7 years: Australian National Study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 66 (1), 81-87.

Osler, M., Madsen, M., Nybo-Andersen, A.M., Avlund, K., McGue, M., Jeune, B., Christensen, K. (2009). Do childhood and adult socioeconomic circumstances influence health and physical function in middle-age? *Social Science & Medicine*, 68 (8), 1425-1431.

*Paula, J.S., Leite, I.C., Almeida, A.B., Ambrosano, G.M., Pereira, A.C., Mialhe, F.L. (2012). The influence of oral health conditions, socioeconomic status and home environment factors on schoolchildren's self-perception of quality of life. *Health and Quality of Life Outcomes*, 10 (6), 1-8.

Petersen, P.E (2008). World Health Organization global policy for improvement of oral health – World Health Assembly 2007. *International dental journal*, 58

Pähkla, E-R., Jögi, E., Nurk, A., Pisarev, H., Koppel, T., Naaber, P., Saag, M., Löivukene, K. (2010). Periodontal disease in mothers indicates risk in their children. *International Journal of Paediatric Dentistry*, 20 (1), 24–30.

*Skeie, M.S., Espelid, I., Riordan, P.J., Klock, K.S. (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), 441–450.

*Southward, L.H., Robertson, A., Edelstein, B.L., Hanna, H., Wells-Parker, E., Baggett, D.H., Eklund, N.P., Crall, J.J., Silberman, S.L., Parrish, D.R. (2008). Oral health of young children in Mississippi Delta child care centers: a second look at early childhood caries risk assessment. *Journal of Public Health Dentistry*, 68 (4), 188-195.

SFS 1985:125 Tandvårdslag. Socialdepartementet: Stockholm.

Socialstyrelsen (2009). *Folkhälsorapport*. Stockholm: Socialstyrelsen. Tillgänglig: http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8495/2009-126-71_200912671.pdf [2013-03-14]

Socialstyrelsen (2010b). *Karies hos barn och ungdomar – Epidemiologiska uppgifter för år 2010*. Stockholm: Socialstyrelsen. Tillgänglig: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2011/karieshosbarnochungdomar-epidemiologiskauppgifterfor2010> [2013-03-14]

Socialstyrelsen (2010a). *Karies hos barn och ungdomar. En lägesrapport för år 2008*. Stockholm: Socialstyrelsen. Tillgänglig: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/17949/2010-3-5.pdf> [2013-03-14]

- Socialstyrelsen (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad tandhygienist. Artikelnummer 2005-105-3*. Stockholm: Socialstyrelsen
- Socialstyrelsen (2011). *Lägesrapport 2011 – Hälso- och sjukvård och socialtjänst*. Stockholm: Socialstyrelsen. Tillgänglig:
<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18229/2011-2-1.pdf> [2013-03-14]
- Socialstyrelsen (2010c). *Övergripande nationella indikatorer för God tandvård*. Stockholm: Socialstyrelsen Tillgänglig:
<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18166/2010-11-7.pdf> [2013-03-14]
- Statens beredning för medicinsk utvärdering - SBU. (2007). *SBU-rapport Kariesdiagnostik, riskbedömning och icke-invasiv behandling*. Nr 188. Stockholm
- Utrikesdepartementet (2006). *Mänskliga rättigheter: Konventionen om barnets rättigheter*. Stockholm: Utrikesdepartementet
- *Vanagas, G., Milauskiene, Z., Grabauskas, V., Mickeviciene, A. (2009) Associations between parental skills and their attitudes toward importance to develop good oral hygiene skills in their children. *Medicina (Kaunas)*, 45 (9), 718-723.
- Whitehead, M. & Dahlgren, G. (1991). What can be done about inequalities in health? *Lancet*, 338 (8774), 1059-1063.
- World Health Organization (2012). *Strategies for oral disease prevention and health promotion Oral health within WHO strategic directions*. Tillgänglig:
http://www.who.int/oral_health/strategies/en/ [2013-03-14]