



Examensarbete, 15 hp, för  
Kandidatexamen i Oral hälsa  
VT 2018

# Munhygien- och kostvanor hos nyanlända asylsökande som är arabisktalande - En enkätstudie

Halah Al-Juboori & Naser Ismael

Sektionen för hälsa och samhälle

**Författare**

Halah Al-Juboori & Naser Ismael

**Titel**

Munhygien- och kostvanor hos nyanlända asylsökande som är arabisktalande från Irak och Syrien - En enkätstudie

**Engelsk titel**

Oral hygiene- and diet habits among newly arrived asylum seekers who are Arabic-speaking from Iraq and Syria – A survey

**Handledare**

Carina Mårtensson

**Examinator**

Pia Andersson

**Sammanfattning**

**Inledning:** Tandvården möter både barn och vuxna asylsökande som har omfattande tandvårdsbehov. I Sverige har asylsökande rätt till akut sjukvård och tandvård. **Syfte:** Syftet med studien var att undersöka munhygienvanor och kostvanor hos nyanlända asylsökande som var arabisktalande från Irak och Syrien. **Metod:** Metoden var en kvantitativ empirisk studie som utfördes med en enkät. Undersökningsgruppen var nyanlända asylsökande. Enkäterna delades ut på ett asylboende samt på ett migrationsverk. **Resultat:** Resultatet baseras på 105 besvarade enkäter där deltagarna kom från Irak (35%) och Syrien (65%). Majoriteten av studiedeltagarna (84%) borstade tänderna minst 1 gång per dag och använde fluortandkräm (87%). Det var 56% som inte använde något mellanrumshjälpmiddel för att rengöra mellan tänderna och det var 64% som inte använde extra fluortillskott. Gällande kostvanor visade sig att 59% av deltagarna åt 1–3 måltider per dag och 40% åt 4–6 gånger per dag. Mer än hälften åt frukost dagligen, 90% åt lunch dagligen och 43% åt middag dagligen. Det var 33% som konsumerade läsk 1–2 gånger dagligen. **Slutsats:** Nyanlända asylsökande hade bristfälliga tandborstvanor då de flesta borstade endast en gång per dag och att många inte använde approximala hjälpmiddel. Även kostvanorna var bristfälliga då många åt för få huvudmål. Information om munhygien och kostvanor behöver förbättras till gruppen.

**Ämnesord**

*Arabisktalande, asylsökande, Irak, kostvanor, munhygienvanor, nyanlända, Syrien.*

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1. Introduktion .....	1
1.1. Asylsökandes rätt till vård och tandvårdsbehov .....	1
1.2. Tandvårdens organisation .....	2
1.2.1. Tandvården i Irak och Syrien .....	2
1.2.2. Tandvården i Sverige.....	2
1.3. Oral hälsa .....	3
1.3.1. Gingivit .....	3
1.3.2. Parodontit.....	3
1.3.3. Karies .....	4
1.4. Munhygienvanor.....	4
1.4.1. Munhygiensvanor hos individer med utländsk bakgrund .....	6
1.5. Kostvanor .....	6
1.5.1. Kostvanor hos individer med utländsk bakgrund.....	7
1.6. Tandhygienistens roll .....	7
2. Syfte .....	8
3. Material och metod .....	8
3.1. Genomförande och tillvägagångssätt.....	8
3.2. Enkät.....	10
3.3. Pilotstudie .....	11
3.4. Bearbetning av data.....	11
4. Etiska aspekter .....	11
5. Resultat .....	12
5.1. Munhygienvanor.....	13
5.2. Kostvanor .....	15

6. Diskussion .....	17
6.1. Metoddiskussion .....	17
6.2. Resultatdiskussion .....	20
7. Slutsats .....	24
8. Referenser .....	25

Bilaga 1 – Informationsbrev till dig som ska svara på enkäten

Bilaga 2 – Enkät

Bilaga 3 – Informationsbrev (översatt på arabiska)

Bilaga 4 – Enkät (översatt på arabiska)

# 1. Introduktion

Under år 2017 kom 25 666 asylsökande till Sverige. Dessa individer kom framförallt från Afghanistan, Syrien, Eritrea och Irak (UNHCR, 2014; Migrationsverket, 2017a). Arabisktalande asylsökande kommer främst från Irak och Syrien. I Sverige har asylsökande rätt till akut sjukvård och tandvård. Det erbjuds även abortvård, förlossningsvård och kostnadsfri hälsoundersökning. För akutvård eller tandvård måste personen ha ett *LMA-kort* som hänvisar till lagen om mottagande av asylsökande. LMA-kortet representerar en identitetshandling och visar att asylsökande har rätt att vara i landet under asylväntetiden (Migrationsverket, 2017a; Region Skåne, 2013).

Begreppet *Flykting* definieras som en person som tvingats lämna sitt land till följd av krig, hot eller konflikt. Personen kan vidare behövt lämna sitt land till följd av risk för konflikter eller förföljelse på grund av ras, religion, politik, eller samhällsgrupp (Nationalencyklopedin, 2017; Sverige för UNHCR, 2017). En asylsökande söker oftast skydd/fristad i ett land, annat än i sitt hemland, av samma skäl som flyktingar (McBrien, 2017). Resultatet av att söka asyl kan bli antingen att avvisas från eller få uppehållstillstånd i ett land (Nationalencyklopedin, 2017; UNHCR, 2017). Vidare får personer som söker asyl oftast ekonomisk ersättning i form av dagsersättning. Denna ersättning ska räcka till mat, skor, kläder, medicin, hygienartiklar, fritidsaktiviteter, sjukvård och tandvård. Det finns även andra ersättningar som migrationsverket ger i form av särskilt bidrag och bostadsbidrag (Migrationsverket, 2017b).

Hos nyanlända asylsökande är behovet av tandvård varierande beroende på huruvida personen har sjukdomar i munhålan eller inte. Det beror också på vilket land dessa individer kommer från. Karies och parodontit är två tandproblem som är vanligt förekommande hos asylsökande (Socialstyrelsen, 2016a).

## 1.1. Asylsökandes rätt till vård och tandvårdsbehov

Tandvården möter både barn och vuxna asylsökande som har omfattande kariesangrepp. Den omfattningen av personer nyanlända med karies representerar en likadan folkmängd i Sverige för 40 år sedan (Socialstyrelsen, 2016a). Folk tandvården i Uppsala redovisade att asylsökande

barn hade fyra gånger flera lagningar och tio gånger fler extraktioner än svenska barn i 15 årsåldern. Det var även 25% av de nyanlända asylsökande barnen som fick rotfyllning utförd medan endast 1% av svenska barn i samma åldersgrupp fick rotfyllning (Socialstyrelsen, 2016b). En studie från Australien visade att nyanlända asylsökande i åldrarna 15–65 år oftare hade fler kariesskador, färre antal tänder, sämre parodontalt status samt en hög kariesaktivitet än den australiensiska vuxenpopulationen (Davidson et al. 2006).

## **1.2. Tandvårdens organisation**

Tandvård ser olika ut i olika länder. Antalet tandläkare, tandhygienister och tandsköterskor skiljer sig åt i länderna Irak, Syrien och Sverige (WHO, 2015).

### **1.2.1. Tandvården i Irak och Syrien**

I Irak finns endast tandläkare som tandvårdspersonal och inga tandhygienister eller tandsköterskor (WHO, 2015). Besöken hos tandläkare är oftast kopplade till operativ- och smärtbehandling (Ahmed et al. 2007). De personer som har tillgång till tandvård i Irak är oftast de som har hög inkomst. Anledningen till detta är för att de flesta tandläkarna endast är tillgängliga inom den privata sektorn. Tandvården i Irak är gratis för barn mellan 6–16 år i den offentliga sektorn (EMRO & WHO, 2006; Beiruti & van Palenstein Helderman, 2004).

I Syrien finns både tandläkare och tandhygienister som tandvårdspersonal. Vidare finns ortodontiutbildningar i Syrien för både tandhygienister och tandvårdspersonal. Däremot ger tandhygienistutbildningen otillräckliga kunskaper då utbildningen inte ger kompetenser i yrket som möter befolkningens behov och sjukdomssituation (Beiruti & van Palenstein Helderman, 2004).

### **1.2.2. Tandvården i Sverige**

Tandvårdspersonal i Sverige består av en tandläkare, tandhygienister och tandsköterskor (Kravitz et al. 2015). Enligt svensk lag är tandvården kostnadsfri för barn och ungdomar upp till 21 år (SFS,1985:125). Stegvis kommer denna åldersgräns att höjas 2019 till 24 år (Försäkringskassan, 2018). Alla barn och ungdomar som är svenska medborgare kallas till undersökningar och andra behandlingar som profylax i förebyggande syfte. Samma rättigheter har även asylsökande barn och ungdomar under 18 år som bor i Sverige. Från och med året

individen fyller 23 år har alla som bor i Sverige rätt till tandvårdsstöd genom bidrag. Bidraget rör sig emellan 300 kronor (för personer mellan åldern 30–64) och 600 kronor (för personer mellan åldern 24–30 och till de som är 65 år eller äldre). En individ får tandvårdsstöd varje år från försäkringskassan (Försäkringskassan, 2018; Kravitz et al. 2015). Enligt tandvårdslagen SFS (1985:125) är tandvård till för att upptäcka orala sjukdomar, utföra åtgärder för att förebygga och behandla sjukdomar samt skador i munhålan. Tandvårdens mål är att alla ska ha god oral hälsa (Tandvårdslagen SPF 1985:125).

### **1.3. Oral hälsa**

Oral hälsa definieras som ett tillstånd av att vara fri från ansiktssmärta, orala sjukdomar, oral infektion, sår, muncancer, halscancer, karies, parodontala sjukdomar, tandförlust samt andra förändringar och sjukdomar som påverkar munhålan. Det finns många riskfaktorer som kan påverka orala sjukdomar som tobak, ohälsosam kost, missbruk av alkohol och dåliga munhygienvanor (World Dental Federation, 2016). De vanligaste orala sjukdomarna är gingivit, parodontit och karies (Petersen, 2003).

#### **1.3.1. Gingivit**

Gingivit är en tandköttsinflammation. Inflammationen utvecklas när bakterieansamlingar (plack) vid tandköttskanten uppstår. Kroppens immunologiska försvarssystem reagerar på plack med inflammatorisk reaktion (Page & Eke 2007). Detta leder till symptom till följd av lättblödande tandkött, ömhet, rodnad och svullenhet. (SBU, 2004; Pihlstrom et al. 2005; Sharma et al. 2008). Oftast uppstår gingivit på grund av bristande munhygien. Bristande munhygien och avsaknad av behandling för gingivit kan vidare utvecklas till parodontit (Petersen, 2003; Kinane et al. 2008; Kim et al. 2013; Freitas et al. 2016).

#### **1.3.2. Parodontit**

Parodontit "tandlossning" definieras som en inflammatorisk sjukdom som orsakas av en bakteriell infektion i det alveolära benet runt tänderna och tandens stödjevåvnader. Infektionen leder till fördjupade tandköttsfickor som kan orsakar obehag, smärta försämrade tuggförmågor (Kinane et al. 2015; Choi et al. 2014; Pihlstrom et al. 2005; SBU, 2004; Papapanou & Lindhe, 2015; Darby & Walsh, 2010). Sjukdomen kan förekomma i *kronisk* eller *aggressiv* form. (Kinane, 2001; SBU, 2004).

*Kronisk parodontit*: den kroniska tandlossningen är den vanligaste formen av tandlossningssjukdomar både i Sverige (7–20%) och globalt (80%) som förekommer bland individer över 50 år. Sjukdomen är inte ärftlig (SBU, 2002a; Kinane et al. 2015).

*Aggressiv parodontit*: Har ett snabbt sjukdomsförlopp med benförlust och fästeförlust som är ärftlig. Den utvecklas oftast hos individer som är 30 år och yngre. Prevalensen för sjukdomen är <0,1% (Maurizio et al. 2015).

### 1.3.3. Karies

Hål i tänderna eller karies är den vanligaste sjukdomarna i munhålan bland vuxna och barn. Karies uppstår på tandens krona och rot i det permanenta och primära bettet (Petersen et al. 2005; WHO, 2012; Selwitz et al. 2007; Yadav & Prakash 2016). Karies är en multifaktoriell sjukdom. Faktorer som muntorrhet, ansamling av plack (Choi et al. 2014; Weinberg et al. 2015), bakterier, kost och dålig munhygien (Nishikawara et al. 2006) kan bidra till utveckling av karies. Bakterier som bidrar till utveckling av karies är *Streptococcus mutans* och *Lactobaciller* dessa finns naturligt i munhålan (Selwitz et al. 2007; Plonka et al. 2012). PH-värdet i munhålan ligger naturligt på 7 i värde men kan förändras vid dryck- och matintag (Selwitz et al. 2007). *Streptococcus mutans* och *Lactobaciller* bryter ner fermentabla kolhydrater och producerar mjölksyra. Vid denna process sjunker pH-värdet i munnen till cirka 5,5 vilket resulterar i en nedbrytning av tandens mineraler. En demineralisering sker där kalcium och fosfatjoner i tandens emalj löses upp (Plonka et al. 2012; Yadav & Prakash, 2016; Moynihan & Kelly, 2014). Då pH värdet överstiger 5,5 och däröver resulterar det till neutralisering i munnen genom ämnen i saliven som: kalcium, bikarbonat och fosfor. Det sker då en *remineralisering* som innebär att en återgång av mineraler sker till tanden (Plonka et al. 2012; Yadav & Prakash, 2016; Moynihan & Kelly, 2014).

## 1.4. Munhygienvanor

Goda munhygienvanor har betydelse för en frisk mun och förebygger de vanligaste orala sjukdomarna som karies, gingivit och parodontit (SBU, 2002a; Deacon et al. 2010). Det är viktigt att borsta tänderna regelbundet. I de Nationella riktlinjerna rekommenderas tandborstning två gånger om dagen med rätt teknik (Socialstyrelsen, 2011). Borstningen görs



morgon och kväll för att avlägsna plackbeläggningar (Gomez et al. 2010). Effekten av tandborstens plackreducering påverkas av fyra faktorer. Dessa är: tandborstningsteknik, tid, tandborstens utformning och tandborstfrekvens (Van & Hioe, 2005). Tandborsttekniken är framförallt viktig, då en bra teknik avgör huruvida användaren når alla ytor och kan avlägsna plack (Graetz et al. 2013; Van & Hioe, 2005).

Tekniken vid tandborstning med manuell tandborste samt eltandborste är olika och det är viktigt att veta vilken teknik som bör användas för att bäst avlägsna plack och nå alla ytor (Graetz et al. 2013).

Vid användning av en manuell tandborste och eltandborste bör tandborsten vinklas 45 grader mot tandköttskanten, tandborsthuvudet placeras strax under tandköttsranden. Tandborstning bör ske, i minst två minuter och tandborsten bör vara mjuk eller extra mjuk och liten för bra avlägsning av plack och för att minska skador på tandköttet (Darby & Walsh, 2010).

Gnuggmetoden rekommenderas att använda vid användning manuell tandborste (Yaacob et al. 2014; Sharma et al. 2015; Creeth et al. 2009). När det gäller eltandborste kan borsthuvudet antingen vara *cirkulärt* där den bör hållas stilla, vinklas mot ena mellanrummet sedan mitten och därefter mot det andra mellanrummet eller med borststrån placerade i *rader* som den manuella tandborsten där gnuggmetoden används (Kösedag, 2014; Schlueter et al. 2010; Rode et al. 2012; Avinash et al. 2017). Studier visar att eltandborsten är effektivare på att avlägsna plack än manuell tandborste (Heasman & McCracken, 1999; Deacon et al. 2011)

Det rekommenderas att borsta tänderna med användning av fluortandkräm som innehåller 1000–1500 ppm fluor. För extra fluortillskott, förutom det som finns i tandkrämen, kan fluortabletter, fluortuggummi, fluortandsticka eller fluorlösning användas. Extra fluortillskott kan också ges av tandvårdspersonal i form av fluorlackning (Socialstyrelsen, 2011).

För att göra rent mellan tänder används approximala hjälpmedel. De vanligaste approximala hjälpmedlen är tandsticka, tandtråd och mellanrumsborste. Användning av approximala hjälpmedel skall ske en till två gånger per dag för friskare tandkött (Petersen, 2003; Freistas et al. 2016; Särner et al. 2010). Ett munhygienhjälpmedel som används i Nordafrika, Sydamerika och Asien och muslimska länder är Miswak (Chaurasia et al. 2013). Miswak är ett arabiskt ord som betyder "Tooth-cleaning stick" (Halawany, 2012). Miswak används istället för manuell

tandborste. Miswak är lättillgängligt och innehåller naturliga kemiska ämnen. Med en positiv påverkan på den orala hälsan är den också kostnadseffektiv (Chaurasia et al. 2013).

#### **1.4.1. Munhygiensvanor hos individer med utländsk bakgrund**

Munhygiensvanorna hos invandrare från Irak och Iran är olika beroende på om individen är äldre eller yngre. I en studie i Sverige undersöktes munhygiensvanor hos individer från Irak och Iran. Äldre personer borstade tänderna med salt och med hjälp av fingrarna, medan de yngre använde tandborste. Personer som bodde i ett stadsområde i sitt hemland hade tillgång till tandborste redan när de var små, vilket var en skillnad gentemot de som bodde på landet som inte hade det (Gunn & Ringsberg, 2006).

Mattila et al. (2016) undersökte egenvård hos två grupper. En grupp bestod av *invandrare* (personer som flyttar från ett land till ett annat för att bosätta sig där) som studerade på en vuxenutbildning och den andra gruppen bestod av asylsökande som bodde i en flyktingmottagning i Finland från 15 olika länder: Afghanistan, Irak, Iran, Kina, Marocko, Ryssland, Somalia, Slovakien, södra Sudan, Syrien, Sverige, Thailand, Turkiet, Ungern och Vietnam. Resultatet visade att munhygiensvanor hos gruppen invandrare var bättre än hos gruppen asylsökande. Invandrare hade mer kunskap om munhygien än asylsökande, däremot använde ingen av grupperna tandtråd eller ett annat hjälpmedel för att rengöra mellanänderna. Det visade sig vidare att kvinnorna var mer noga med sin munhygien än männen (Mattila et al. 2016).

### **1.5. Kostvanor**

Optimala kostvanor innebär att en individ äter regelbundna måltider. Dessa är indelade i fem måltider; tre huvudmål (frukost, lunch och middag) och två mellanmål. En hälsosam kost ska ge den energi kroppen behöver och den optimala kosten innehåller omättat fett, grönsaker, baljväxter (tex. bönor, linser), frukt, havregryn, pasta, brunt ris, nötter och fullkorn (WHO, 2015; Hawkes, 2013). En onyttig kost kan avse kost som innehåller socker som läsk, godis, choklad, glass, bullar och kakor (Livsmedelverket, 2017a; Morenga et al. 2013). God kost kan förebygga och minska risken för hjärt- och kärlsjukdomar, övervikt, fetma, undernäring, typ-2 diabetes, cancer och karies (NNR, 2014; WHO, 2015; Morenga et al. 2013). Konstanta och täta

intag av socker kan påverka den allmänna och orala hälsan (Scardina & Messina, 2012; Lussi et al. 2004) då det framförallt ökar risken för karies (Gil et al. 2015; Peres et al. 2016).

### **1.5.1. Kostvanor hos individer med utländsk bakgrund**

En studie som undersökte kostvanor hos skolbarn i Syrien där 122 000 barn ingick visade att 86% av barnen åt bröd, ris, popcorn och chips dagligen. Det visade sig också att sockerkonsumtionen var hög generellt, då 45% av barnen konsumerade socker 3–7 gånger om dagen och 29% av barnen mellan åldrarna 6–12 år konsumerade socker mer än 7 gånger om dagen. De vanligaste socker innehållande produkterna var te med socker, kex med choklad och choklad (Jaghasi et al. 2012). Det visade sig i en annan studie från Tyskland (Schneider et al. 2013) att barn i åldrarna 3–6 år med arabisk bakgrund i större utsträckning hade högre sockerkonsumtion än barn med tysk bakgrund i åldrarna 3–6 år.

Musaiger & Kalam (2014) utförde en studie i Syrien med 356 deltagare i åldrarna 15–18 år. Studien visade att hälften av samtliga ungdomar konsumerade grönsaker, frukt och rött kött mer än tre gånger per veckan. Studien visade också att ungdomarna sällan åt fisk. Musaiger & Kalam, (2014) redovisade också att 75% pojkar var mer benägna att konsumera mjölk och mejeriprodukter än flickor (58%). Vidare konsumerade 19% pojkar mer snabbmat än flickor (10%). Pojkar konsumerade också mer läsk än flickor. Flickor konsumerade mer grönsaker än pojkar och att mer än hälften av deltagarna inte åt frukost då en högre andel åt kvällsmat istället.

## **1.6. Tandhygienistens roll**

Tandhygienister arbetar främst i förebyggande syfte med munhälsovård hos vuxna, ungdomar och barn (Socialstyrelsen, 2004; STHF, 2017). Tandhygienisten ska ha patientens välbefinnande och hälsa som främsta mål samt arbete inte får påverkas av patientens religiösa- eller etniska tillhörighet (STHF, 2017). Inom tandvården har det visat sig att med ett ökat antal asylsökande flyktingar ökar också tandvårdsbehov då de har mer kariesangrepp och andra orala problem (Socialstyrelsen, 2016b; MSB, 2015). Mot denna bakgrund är det viktigt för tandhygienister att ha kunskap om nyanlända asylsökandes kost- och munhygienvanor. Av denna anledning anser författarna i studien att undersöka kunskap inom det aktuella området är av betydelse.

## **2. Syfte**

Syftet med studien är att undersöka munhygienvanor och kostvanor hos nyanlända asylsökande som är arabisktalande från Irak och Syrien.

## **3. Material och metod**

Studien har genomförts som en kvantitativ empirisk studie, där data samlats in via enkäter och redovisas med tabeller och diagram. Enkätstudier används när informationen ska samlas in på kort tid från många personer (Polit & Beck, 2017). Kvantitativa enkätstudier erhåller oftast stängda frågor som går att mäta. Fördelarna med enkätstudier är att de utgör en effektiv datainsamlingsmetod (Polit & Beck, 2017).

I studien användes en intervju (under ledning) där författarna var på den fysiska platsen för undersökningen i syfte att nå deltagarna direkt (Bryman, 2011; Polit & Beck, 2017).

Målgruppen för studien och inklusionskriterierna utgjordes av vuxna män och kvinnor som var 18 år eller äldre, hade arabiska som modersmål, kom från Irak eller Syrien och hade anlänt och bor i Skåne län samt sökt asyl under max ett år. Deltagarna rekryterades från ett asylboende i Skåne och de som var på besök hos migrationsverket för att ansöka om asyl. Studiens baseras på bekvämlighetsurval och icke slumpmässigt urval (Henricson, 2017).

Det icke slumpmässiga urvalet innebär att de individer som finns tillgängliga vid rekryteringstillfället rekryteras. Bekvämlighetsurvalet innebär att deltagarna subjektivt väljs ut beroende på vad som studeras (Bryman, 2011).

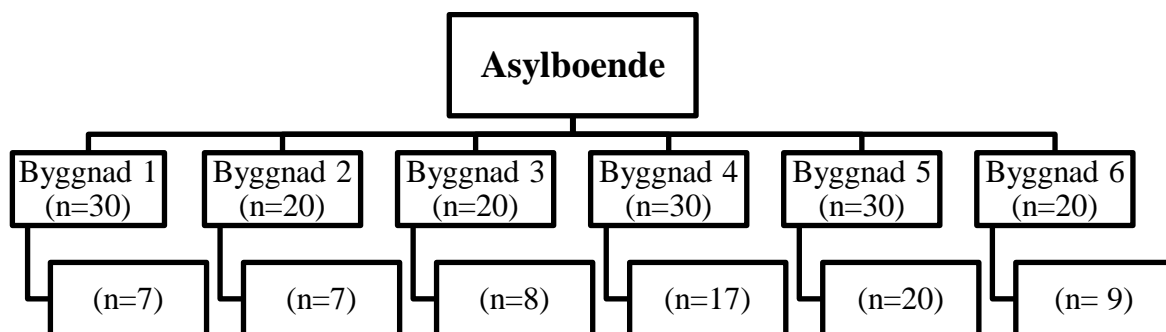
### **3.1. Genomförande och tillvägagångssätt**

Kontakt togs med chefer, via telefon, som var ansvariga för ett asylboende i norra Skåne samt migrationsverket i nordöstra Skåne, för att begära tillstånd för att genomföra studien. Vid denna kontakt gavs muntlig information om studien och dess syfte. Efter att ha fått tillstånd att genomföra studien bestämdes datum och tid för rekrytering av deltagare och utdelning av enkäter.

Vid genomförandet av enkätundersökningen togs kontakt med potentiella deltagare som fick muntlig och skriftlig information på arabiska (Bilaga 3) om studiens syfte och genomförande. I den muntliga informationen informerades om studieprocessen och hur ett potentiellt deltagande skulle se ut och utformas samt att enkätundersökningen var anonym. Deltagarna informerades även om att det var frivilligt att delta och att de kunde avbryta sin medverkan när som helst utan att behöva ange orsak. Den muntliga informationen fanns nerskrivet i informationsbrevet och var översatt från svenska (Bilaga 1) till arabiska (Bilaga 3) av en auktoriserad tolk.

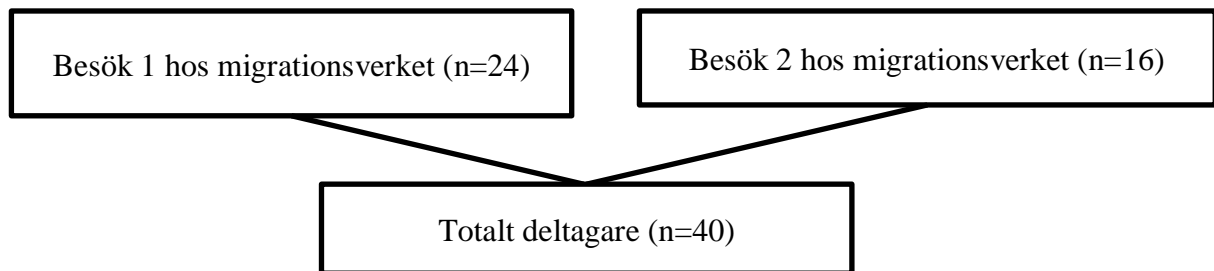
Enkäten delades ut till de deltagare som tackade ja till att delta i studien. Vid besvarandet av enkäten fanns författarna på plats om eventuella frågor skulle uppkomma. Tiden för att besvara enkätfrågorna var mellan 5–10 minuter. Deltagarna gav sitt samtycke till att delta i studien genom att besvara enkäten.

Första rekryteringstillfället genomfördes på ett asylboende i norra Skåne vid ett och samma tillfälle. Asylboendet var uppdelat i sex byggnader där 150 asylsökande var inskrivna. Vid rekryteringen utfördes förmedling av enkäter i samtliga byggnader till deltagare som fanns på plats för att komma i kontakt med så många asylsökanden som möjligt. Författarna besökte alla sex byggnaderna. Av de som var på plats på boendet rekryterades totalt 68 deltagare till studien (Figur 1) där samtliga fick muntlig och skriftlig information (Bilaga 3). Anledning till att fler inte kunde rekryteras från boendet var att personerna inte var arabisktalande eller inte fanns på boendet vid rekryteringstillfället.



Figur 1. Antal deltagare som medverkade på asylboendet

Andra rekryteringstillfället genomfördes hos migrationsverket i nordöstra Skåne. På samma vis som vid första undersökningstillfället gavs samtliga deltagare muntlig och skriftlig information (Bilaga 3). I det andra rekryteringstillfället delade författarna ut enkäten i ett väntrum till alla deltagare som fanns på plats. Rekryteringen genomfördes i två tillfällen. Detta gjorde att författare fick möjlighet att rekrytera fler deltagare till studien och totalt rekryterades 40 deltagare (Figur 2).



Figur 2. Antal deltagare som deltog i studien vid besök hos migrationsverket.

Totalt delades 108 enkäter ut och besvarades. Vid varje undersökningstillfälle fick deltagarna lägga besvarade enkäter i ett kuvert som sedan förseglades och därefter öppnades vid bearbetning av data.

Tre enkäter exkluderades från rekryteringen i asylboendet eftersom deltagarna ej uppfyllde inklusionskriterierna. Slutligvis kvarstod 105 besvarade enkäter.

### 3.2. Enkät

Enkäten innehåller totalt 21 frågor (Bilaga 2) och var uppdelade i tre delar. Enkäterna inleds med bakgrundsfrågor som kön, ålder, ursprungsland, längden på vistelsen i Sverige och utbildning i hemlandet. Frågorna 1–10 avser munhygienvanor och frågorna 11–21 avser kostvanor och intagsfrekvenser. Frågorna 3, 7, 12, 13 och 14 var hämtade från tidigare studier (Alubusi 2017, Aziz & Salar 2014), Frågorna 9, 16 och 17 hämtades i en studie av Hadi & Sefo (2015). Fråga 2, 5, 19–20 var hämtade från studier av Veseli & Neziri (2014) och frågorna 10, 21 kom från en studie av Jama (2017). Fråga 18 var egenkonstruerad och inspirerades av studier från (Omeirat & Trajkovski, 2016; Jama, 2017).

Enkäterna översattes från svenska till arabiska med hjälp av en auktoriserad tolk (Muhsen Awad, Orient Translator) för att underlätta deltagarnas förståelse för frågorna.

Enkäterna kodades för att veta på vilken plats enkäterna delats ut och besvarats. Enkäterna förvarades under studiens gång i ett låst skåp och kommer att förstöras då examenarbete blivit godkänt.

### **3.3. Pilotstudie**

En pilotstudie utfördes för att utvärdera frågorna i enkäten. Syftet med pilotstudien var att ta reda på hur enkätfrågorna upplevdes och om de var enkla att förstå samt hur lång tid enkäten tog att besvara (Ejlertsson 2014). Pilotstudien genomfördes på tre asylsökande som bott i Sverige max ett år. Inga ändringar har gjorts av enkätfrågorna eftersom de upplevdes enkla och tydliga att svara på. Enkäterna inkluderades inte i studiens resultat.

### **3.4. Bearbetning av data**

Resultatet beskrivs med deskriptiv statistik som bestod av tabeller och figurer. Frekvenstabeller har använts för att analysera resultatet. Data har bearbetats datorprogrammet SPSS (Statistical Package for the Social Sciences).

## **4. Etiska aspekter**

Arbetet har genomförts med beaktande av de forskningsetiska principerna, informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet. *Informationskravet* kunde uppfyllas då deltagarna fick både skriftlig och muntlig information från författarna. För att säkerställa att deltagarna förstod har informationsbrevet översatts från svenska till arabiska av en auktoriserad tolk. Muntlig information gavs på arabiska av författarna som har goda kunskaper i språket. *Samtyckeskravet* uppfylldes då deltagarna själv kunde bestämma om de ville delta i studien eller inte samt att de hade rätt att avbryta sin medverkan utan att ange orsak. Deltagarna gav sitt samtycke genom att besvara enkäten. *Konfidentialitetskrav* uppfylls då insamlade data från enkäten används endast vid denna studie och har förvarats inlåst under studiens gång (Bryman, 2011). All data och insamlade enkäter kommer att förstöras efter att studien är godkänd.

Rekrytering och utdelning av enkäterna till deltagare har skett av studiens författare. Detta kan leda till att deltagare kände sig tvingade till att de måste delta i undersökningen. Författarna har förtydligat, både muntlig och skriftligt, att deltagandet var frivilligt och att det går att avbryta deltagande utan orsak. Alla deltagare som besvarade enkäterna informerades om hur enkäten skulle användas och i vilket syfte samt att svaren skulle användas endast till denna studie.

## 5. Resultat

Resultatet redovisas under två rubriker *Munhygienvanor* och *Kostvanor*. I resultatet beskrivs svarsalternativen till respektive fråga i procent (%), ingen könsfördelning görs eller fördelning/statistisk skillnad görs mellan länderna som är Irak och Syrien.

Majoriteten som besvarade enkäten var män 60% och resten var kvinnor. Deltagarnas härkomst var från Syrien 65% och Irak 35%. Deltagarnas ålder varierade den mellan 19 till över 50 år (tabell 1).

Tabell 1. Fördelning av deltagarnas ålder i procent (N=105).

Ålder	Procent
19- 30	42%
31-50	41%
>50	17%

De flesta av deltagarna hade gymnasieutbildning (tabell 2).

Tabell 2. Fördelning av deltagarens utbildningsnivå i deras länder i procent (N=105)

Utbildningsnivån	Procent
Ingen utbildning	1%
Grundskola	9%
Gymnasium	42%
Högskola	31%
Universitetet	17%



På frågan ‘Tycker du att du har tillräckligt med kunskaper om din munhälsa’ svarade 35% av deltagarna ”ja” och 65% ”nej”.

## 5.1. Munhygienvanor

När det gällde frågan ‘Vad använder du när du rengör dina tänder?’ svarade 87% av deltagarna ‘tandborste och med tandkräm’, 4% ‘tandborste utan tandkräm’, 5% ‘inget alls’ och 4% angav ‘annat’, vilket var salt och vatten.

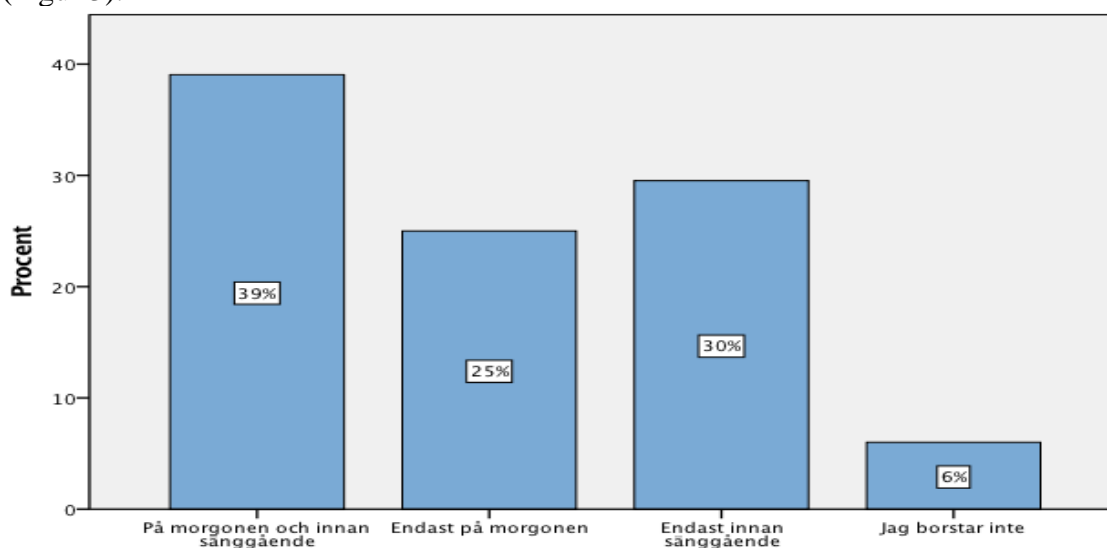
På frågan som gällde ‘Vilken typ av tandborste använder du?’ svarade 84% av deltagarna ‘vanlig tandborste’, 6% ‘eltandborste’ och 9% ‘ingen tandborste’. En deltagare uppgav ‘annat’ vilket var Miswak.

Det var 31% av deltagarna som borstade tänderna två gånger om dagen (Tabell 3).

Tabell 3. Svansfrekvens på frågan ‘Hur ofta borstar du tänderna?’ i procent (N=105)

Antal gånger	Procent
Mer än två gånger om dagen	9 %
Två gånger om dagen	30 %
En gång om dagen	44 %
Någon gång per vecka	11 %
Jag borstar inte	6 %

Det var 39% av deltagarna som borstade tänderna både på morgonen och innan sänggående (Figur 3).



Figur 3. Svansfrekvens på frågan ‘När brukar du borsta tänderna?’ i procent (N=105)

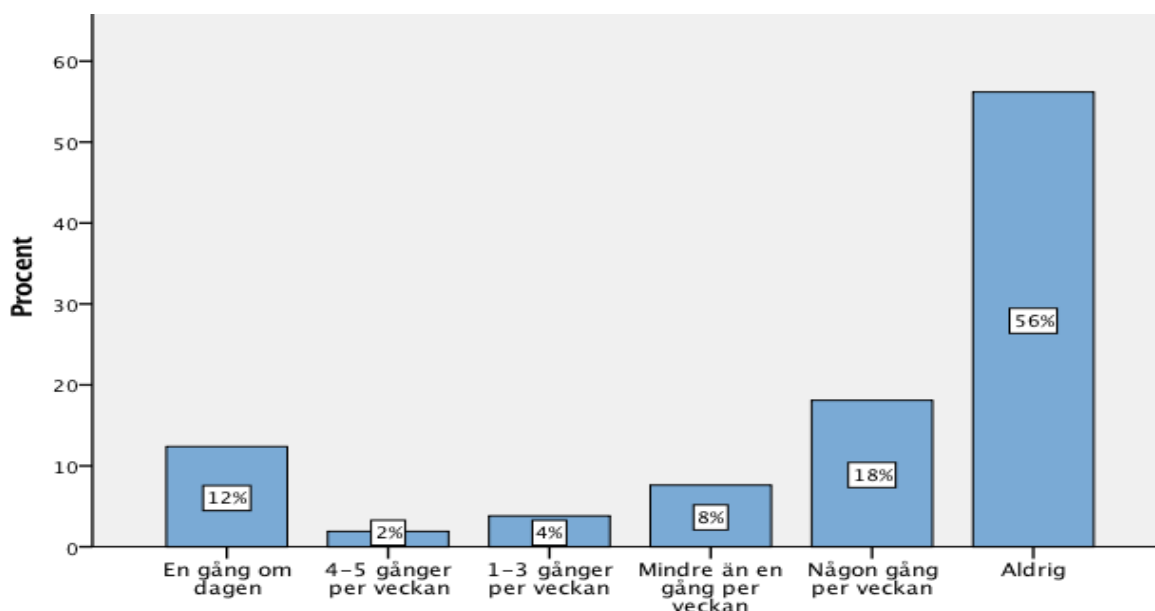
När det gällde frågan "Använder du fluortandkräm när du borstar?" svarade 83% "ja" och 17% av deltagarna "nej".

När det gällde användning av något ytterligare än tandborste för att rengöra tänderna svarade mer än hälften av deltagarna "nej jag använder inget" (Tabell 4)

Tabell 4. Svartsfrekvens på frågan "Använder du något mer än tandborste när du rengör tänderna?" i procent (N=105)

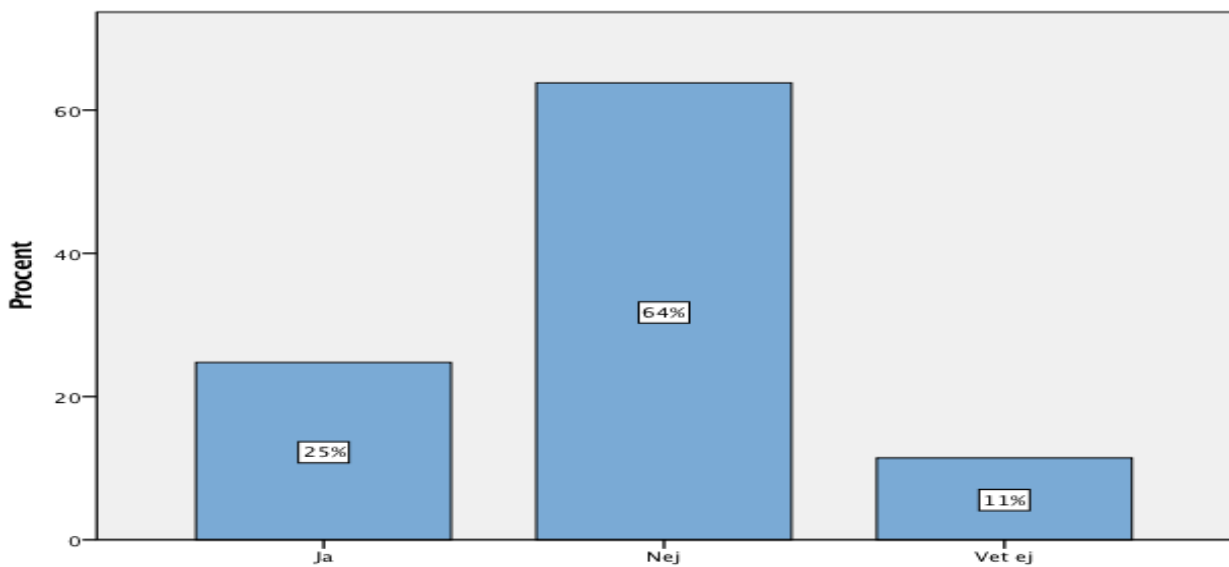
Hjälpmedel	Procent
Tandtråd	7%
Tandsticka/tandpetare	23%
Tungskrapa	3%
Salt och vatten	11%
Inget	56%
Annat	0%

Det var 56 % av deltagarna som inte rengjorde mellan tänderna medan 12% av deltagarna rengjorde en gång om dagen (Figur 4).



Figur 4. Svartsfrekvens på frågan "Hur ofta rengör du mellan tänderna?" i procent (N=105).

Vid frågan om deltagarna använde något extra fluortillförsel svarade 64% av deltagarna att de inte gjorde det. Detta redovisas i figur 5.



Figur 5. Svarsfrekvens på frågan ”Använder du extra fluor till exempel munsköljning, fluortabletter eller fluortuggummi?” (N=105).

På frågan ”Har du någon gång fått information/instruktion om hur du ska rengöra dina tänder?” svarade 24% av deltagarna ”ja” och 76% ”nej”.

## 5.2. Kostvanor

Vid frågan om ”Hur många måltider äter du per dag?” svarade 59% av deltagarna ”1–3” gånger per dag och 40 % ”4–6” gånger per dag. En procent äter ”7–10” gånger per dag. Ingen av deltagarna äter mer än 10 gånger per dag.

Det var 57 % av deltagarna som åt frukost varje dag, 90 % åt lunch varje dag och 43 % åt middag varje dag (Tabell 5).

Tabell 5. Deltagarnas fördelning av måltiderna (N=105)

Fråga	Svarsalternativ		
	Ja	Nej	Ibland
Äter du frukost varje dag?	57%	20%	23%
Äter du lunch varje dag?	90%	0%	10%
Äter du middag varje dag?	43%	9%	48%

Måltiderna innehöll ris, potatis eller bröd ”ofta” hos 84% av deltagarna. Chips, choklad, bullar, glass eller söta efterrätter intogs ”ibland” av 45% och saft, läsk, juice eller andra söta dricker mellan måltiderna ”ofta” av 19% (Tabell 6).

Tabell 6. Deltagarnas fördelning av måltidernas innehåll i procent (N=105).

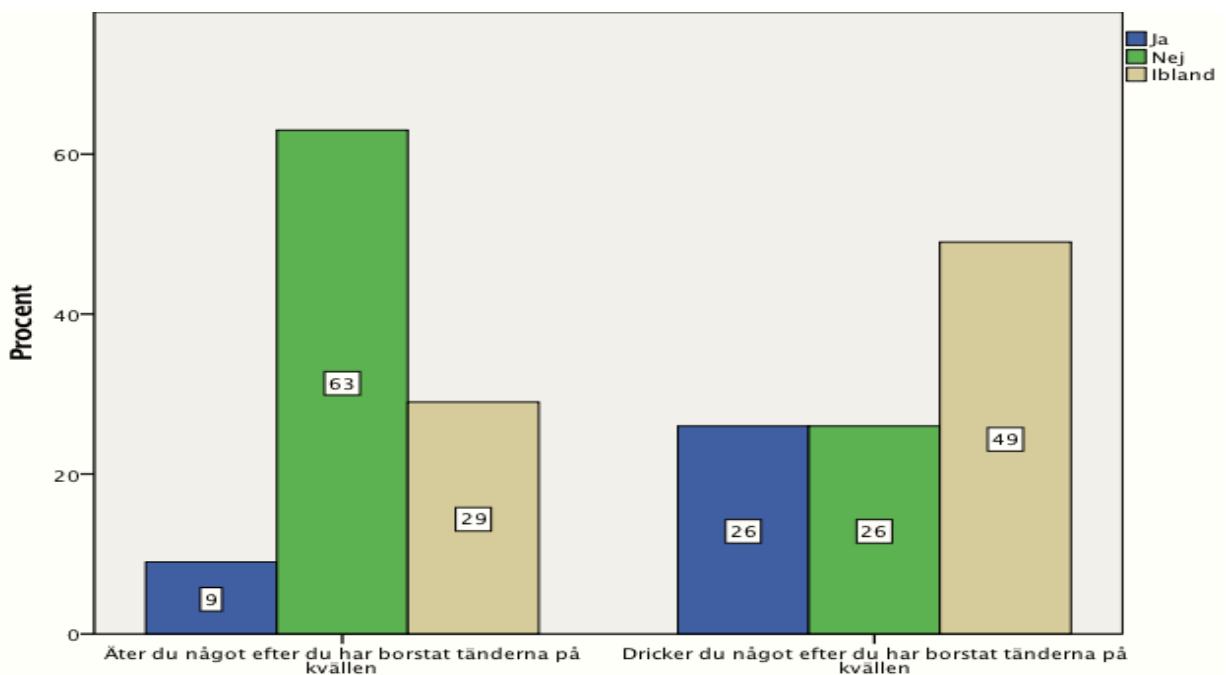
	Svarsalternativ				
	Ofta	Ibland	Sällan	Aldrig	Vet ej
Innehåller dina måltider något av följande: ris, potatis eller bröd?	84 %	14 %	1 %	1 %	0 %
Innehåller dina måltider något av följande: Chips, kex, choklad, bullar, glass eller söta efterrätter?	17 %	45 %	30 %	7 %	1 %
Dricker du något av följande mellan måltiderna: saft, läsk, juice eller andra söta dricker?	19%	57%	18%	5%	1%

På frågan ”Hur ofta äter du dessa produkter” svarade 43% att de intog kaffe/te med socker ”1–2 ggr/dag”, 43% åt frukt (banan, äpple mm..) ”1–2 ggr/dag”, 40 % åt grönsaker (sallad, gurka mm) ”1–2 ggr/dag” och 57% intog potatis eller ris ”1–2 ggr/dag” samt 68% åt bröd ”1–2 ggr/dag” (Tabell 7).

Tabell 7. Deltagarnas intagningsfrekvens av de olika produkter (N=105)

	Aldrig	1 ggr/vecka	2–3 ggr/vecka	4–6 ggr/vecka	1–2 ggr/dag	3–5 ggr/dag	Mer än 5 ggr/dag
Kaffe/te med socker	8%	5%	3%	3%	43%	31%	8%
Läskedrycker	11%	16%	18%	14%	33%	6%	1%
Fruktjuice	6%	16%	20%	12 %	38%	7%	1%
Saft	26%	17%	11%	16%	26%	5%	0%
Kakor/bullar	11%	35%	24%	17%	12%	0%	0%
Mjölchoklad/O’boy	42%	25%	13%	6%	13%	1%	0%
Torkad frukt	15%	16%	22%	14%	30%	3%	0%
Godis/ blandgodis	14%	27%	37%	12%	9%	1%	0%
Chips eller ostbågar	10%	29%	36%	11%	13%	2%	0%
Frukt	1%	8%	10%	30%	43%	8%	2%
Grönsaker	4%	8%	15%	23%	40%	8%	3%
Honung	29%	15%	14%	9%	31%	1%	1%
Potatis eller ris	2%	5%	14%	13%	57%	8%	1%
Bröd	2%	3%	7%	7%	68%	11%	3%

Det var 9% av deltagarna som åt något efter att de borstat tänderna på kvällen och 26% som drack något efter att de borstat tänderna på kvällen (Figur 8).



Figur 8. Svarefrekvens i procent. Frågorna är "Äter du något efter du har borstat tänderna på kvällen?" och "Dricker du något efter du har borstat tänderna på kvällen?" (N=105)

Det var 15% av deltagarna som hade fått någon information om matvanor i Sverige relaterad till sin munhälsa medan 85 % svarade att de inte har fått någon information om matvanor.

## 6. Diskussion

### 6.1. Metoddiskussion

En kvantitativ empirisk studie med en enkät har genomförts. Det finns fördelar och nackdelar med metodvalet. Enligt Ejlertsson (2014) finns det fördelar med kvantitativ enkätundersökning då den kan vara kostnadseffektiv samt att information kan smulas från många deltagare, på kort tid och från olika myndigheter.

Nackdelar med den valda metoden är att den kan resultera i ett bortfall av enkäter och enkätsvar. Dessa bortfall kan antingen vara interna och-/eller externa (Ejlertsson, 2014). Om studien hade syftat till att skapa en djupare förståelse kring asylsökandes upplevelser och uppfattning kring munhygienvanor och kostvanor, hade en kvalitativ metod med tonvikt på intervju varit lämplig.

Enkäten innehöll 21 frågor med fasta svarsalternativ (förutom fråga 7) som översattes till arabiska. En pilotstudie genomfördes som visade på att enkätfrågorna upplevdes enkla och tydliga att svara på. Därför har inga förändringar gjorts av enkätfrågorna efter pilotstudien. Pilotstudien utfördes på tre asylsökande vilket kan vara en svaghet. Om flera deltagare hade testat frågorna hade fler synpunkter kanske framkommit. En annan svaghet i studien kan vara att översättningen av enkäten inte genomfördes enligt Ejlertsson (2014) då översättning ska bestå av fyra olika steg: förberedelse, översättning, avstämning och re-översättning som ska helst vara av en annan översättare.

Enkäten bestod av både egenkomponerade frågor (1, 6, 8, 11, 15 och 18) och frågor hämtade från tidigare forskning (Alubusi 2017; Aziz & Salar 2014; Hadi & Sefo, 2015; Veseli & Neziri, 2014; Jama, 2017). De hämtade frågorna representerar redan använda och testade frågor, vilket leder till en minskning i interna bortfall (Bryman, 2011; Ejlertsson, 2014; Henricsson, 2017).

Frågorna 4 och 5 som handlade om antal gånger deltagarna borstade tänderna kunde ha gjorts i en och samma fråga, där vi hade kunnat utveckla svarsalternativen, till exempel då deltagarna kryssade i borstar "*En gång om dagen*" skulle det ha funnits följdsvår som "*endast på morgonen*" eller "*endast på kvällen*" för att få bättre redovisning av resultatet.

Fråga 7 som handlar om approximal rengöring hade ett svarsalternativ som var *tandsticka/tandpetare*. Tandsticka och tandpetare har olika användningsområde och därför borde de inte varit i samma svarsalternativ. Andra svarsalternativ som inte var relevanta för frågan var tungskrapa samt salt och vatten.

Fråga 18 var en inspirerad från tidigare studier (Omeirat & Trajkovski, 2016; Jama, 2017). Denna fråga hade behövt vidare bearbetning eftersom det fanns stora skillnader i svarsalternativen. Skillnader i svarsalternativen kan ha gjort att det blev svårt för deltagarna att välja. Vid bearbetning av data upplevdes svaren i vissa fall svårtolkade, vilket kan ha påverkat resultatet i studien. En anledning till detta är att skillnaden i svarsalternativen - från "*daglig*

förbrukning” till ”veckoförbrukning” är för stora. Författarna borde haft med en följdfråga på veckobaserad intagningsfrekvens som utformades på följande sätt: ‘1 gång/vecka’, ‘2–3 ggr/vecka’, ‘4–6 ggr/vecka’ eller dagligen: ‘1–2 ggr/dag’, ‘3–5 ggr/dag’ och ‘mer än 5 ggr/dag’.

Fråga 20 hämtades från en studie av Veseli & Neziri (2014). Författarna upplevde i efterhand att frågan inte var relevant för studiens syfte. Om frågan ställts som ”*Dricker du något efter att du har borstat tänderna på kvällen förutom vatten?*” där man kunde exkludera vatten hade den varit relevant.

Frågorna om kön och utbildningsnivå upplevas ej relevanta då studiens syfte inte handlade om könsskillnader eller jämföra deras utbildningsnivå, men är till fördel för att kunna beskriva gruppen.

Svarsalternativen ”oftast”, ”ibland”, ”sällan” och ”aldrig” i frågorna kan medföra en misstolkning och kan tolkas olika från person till person. Dessa svarsalternativ fanns i frågorna 15, 16 och 17.

En styrka i studien kan vara att författarna fanns på plats när deltagarna besvarade enkätfrågorna. Deltagarna kunde ställa frågor vilket kan ha minskat missförstånd angående enkätens frågor och bortfall i svarsfrekvensen. Samtidigt kan författarnas närvaro ha varit en nackdel för studien då deltagarna kan ha känt sig påtvingade att medverka.

Individerna som kommer från Irak och Syrien valdes till studien framförallt på grund av att det flesta nyanlända asylsökande som kom år 2017 kom från dessa länder. De flesta är arabisktalande vilket är ett språk som författarna behärskar. Detta underlättade studiens genomförande om frågor behövde ställas gällande enkäten.

Studien är utförd i Skåne län där deltagarna kom från Irak och Syrien. Resultatet i studien kan endast ge en överblick i de nyanlända asylsökande munhygien- och kostvanor men inte generaliseras på alla asylsökande som har olika bakgrund till Sverige.

## 6.2. Resultatdiskussion

Resultatet visade att deltagarna (44%) borstade tänderna en gång om dagen, vilket är färre än i en studie utförd i Sverige av Moayed & Talib (2017) som visade att majoriteten (90%) av nyanlända vuxna med utländsk bakgrund borstade tänderna en gång om dagen. En anledning till att det fanns en stor skillnad mellan studierna kan bero på att deltagarna i studien Moayed & Talib (2017) inte endast var arabisktalande, utan att var mångkulturellt, där deltagarna hade assyriska, tigreanska, kurdiska och bosniska som modersmål. En annan anledning kan vara att det fanns endast 8% av deltagarna som hade bott i Sverige i mindre än ett år (Moayed & Talib, 2017) som motsvarar gruppen i studien som har bott i Sverige i max ett år. Enligt studien Attin & Hornecker (2005) kan noggrann tandborstning en gång per dag vara tillräckligt för att förhindra uppkomsten av parodontala sjukdomar samt karies. Andra studier visar att det är viktigt med tandborstning två gånger om dagen för att behålla munnen frisk (Socialstyrelsen, 2011; Nguyen et al. 2008; Kumar et al. 2016; Gomez et al. 2010; Lundgren et al. 2016). Tandborstning två gånger per dag resulterar i att bakteriebeläggningar (plack) avlägsnas som bildar sig runt tänderna om man inte borstar tänderna, bakterieansamling (plack) kan orsaka karies, tandköttsinflammation och tandlossningssjukdom. Därför bör deltagarna borsta tänderna två gånger om dagen istället för en gång för och förebygga orala sjukdomar och bibehålla det friska samt medverka mot dålig andedräkt.

Det framkom i resultatet från samma fråga att 6% av deltagarna inte borstade tänderna alls och 11% borstade några gånger i veckan. Alubusi (2017) kom fram till att 3% av vuxna individer med utländsk bakgrund inte borstade tänderna. Liknande resultat visade Moayed & Talib, (2017) i en studie hos nyanlända, där 8% av deltagarna sällan/aldrig borstade tänderna. Anledningar kan vara att målgruppen har utsatts för konflikter, traumatiska upplevelse och/eller sociala orättvisor (Socialstyrelsen, 2015; Schwendicke et al. 2015). Den orala hälsan har prioriterats i mindre utsträckning och inte räknas som en del av den allmänna hälsan hos individer med utländsk bakgrund (Socialstyrelsen, 2016a). För att kunna förbättra situationen är det viktigt att tandvårdspersonal är medvetna om detta för att kunna erbjuda målgruppen profylaktiska åtgärder.

De flesta deltagarna (83%) borstade tänderna med fluortandkräm. Anledningen till att detta kan bero att det i Sverige är vanligt med tandkräm som innehåller fluor (Gomez et al. 2010).



Socialstyrelsen (2011) rekommenderar att borsta tänderna med fluortandkräm för att förebygga karies. Kumar et al. (2016), Gomez et al. (2010) och Lundgren et al. (2016) visar att tandborstning med fluortandkräm krävs dagligen för att få en kariesförebyggande effekt. En andel av deltagarna (17%) uppgav att de använde tandkräm utan fluor. En anledning till detta kan vara bristande kunskap och information om fluorets goda effekter på tänderna saknas (Gomez et al. 2010; Skeie et al. 2006; Alubusi 2017; Toivanen 2017). En ytterligare faktor kan vara språket, då nyanlända inte alltid förstår språket och därför inte kan skilja på tandkrämen innehåller fluor eller inte.

Resultatet visade att endast 23% av deltagarna använde approximala hjälpmedel i form av tandsticka eller tandpetare. Det förekom i andra studier av Mattila et al. (2016), Olusile et al. (2014) och Veseli & Neziri (2014) att deltagarna inte använder approximala hjälpmedel som ett komplement till daglig munhygien. En trolig förklaring till detta kan vara att tandsticka/tandpetare inte används för förebyggande syfte utan endast vid behov för att avlägsna matrester mellan tänderna. Hadi & Sefo (2015) och Ledin & Norlin (2015) visade att det i vissa länder i Afrika, Asien, Europa, Nordamerika, Sydamerika är traditionellt att använda tandsticka/tandpetare efter maten för att ”peta bort” matrester mellan tänderna. En anledning till att de inte används som ett komplement till daglig munhygien kan vara att det inte finns tandhygienister i deltagarnas länder och därför saknas information om approximal rengöring. Befolkningen besöker oftast tandläkare för akuta besvär, där endast operativ- eller smärtbehandling utförs (Ahmed et al. 2007). På grund av bristande kunskap då de inte blivit informerade eller rekommendera att använda detta. En ytterligare orsak till att approximala hjälpmedel inte används kan bero på att det inte är tillgängligt i deltagarnas länder. De behöver rätt munhygieninstruktioner och information som är mer individuellt anpassad till produkterna i svenska marknaden.

På frågan om deltagarna har fått information eller instruktion om hur man rengör tänderna svarade 76% av deltagarna att de inte har fått någon information eller instruktion. I en studie Olaniran & Tomtélius (2016) om munhygienvanor hos vuxna med utländsk bakgrund visade att de inte hade fått information och instruktion gällande munhygien från tandvårdspersonal i deras hemländer. Tandhygienister har en viktig roll inom tandvården när det gäller förebyggande och hälsofrämjande arbete med munhälsa, då tandhygienister instruerar och informerar om tandborststeknik samt approximala hjälpmedel (Öhrn, 2004). Eftersom

tandhygienistyrket inte finns i alla länder är det viktigt att belysa och medvetengöra målgruppen om tandhygienistens kompetens och vikten av det preventiva och förebyggande arbetet tandhygienister utför. Goda resultat kan uppnås genom tandhygienistens profession då tandhygienister arbetar preventivt och kan vägleda mot en bättre oral hälsa genom instruktion, information och motivation.

När det gäller kostvanor var det 59% av deltagarna som uppgav att de äter 1–3 gånger per dag. Detta överensstämmer med resultatet i en studie av Hadi & Sefo (2015) som visade att nyanlända invandrare äter tre gånger per dag, vilket kan bero på individens livsstil och levnadsvanor (Christensen, et al. 2010). Mattson et al. (2014) uppger att det vanligaste ätmönstret i dagens samhälle är att äta tre måltider per dag. En hälsosam kostrekommendation enligt WHO (2015) är att äta fem måltider om dagen som innehåller tre huvudmåltider och två mellanmål (USDA, 2015). När det gäller kostvanor ur ett kariesperspektiv är regelbundna måltider (5–6 måltider per dag), viktigt för att förhindra kariesutveckling samt progression (Peres et al. 2016, SBU 2007 och Scardina & Messina 2012). Enligt rekommendationer är fem mål om dagen det optimala, dels för att tänderna ska kunna återhämta sig mellan måltiderna (remineralisering) och därav förhindra risken för att utveckla karies och dels för den allmänna hälsan. Att äta 1–3 gånger per dag kan orsaka sämre uthållighet, ohälsa samt instabilt blodsocker. Det har även visats att sämre koncentrationsförmåga kan förekomma om individen inte äter fem måltider per dag (USDA, 2015). Det är viktigt att målgruppen får information om vikten av att äta mellanmål då de endast äter 1–3 måltider per dag (frukost, lunch, middag). För att kunna förbättra kostvanor hos målgruppen är det viktigt att tandvårdspersonal och framförallt att tandhygienister ger information och utför insatser om en hälsosam kost som WHO (2015), Hawkes (2013) och Livsmedelverket (2017a) rekommenderar, där man ska äta tre huvudmåltider och två mellanmåltider, då det ingår i tandhygienisternas kompetens att ge råd om kostvanor.

Resultatet visade att 33% av deltagarna konsumerade läskedrycker en till två gånger dagligen. 37% av deltagarna konsumerade godis två till tre gånger i veckan. Detta kan bero på att det i Sverige finns en större tillgänglighet till godis än i deltagarnas hemland. I många av världens länder är ledningsvatten inte drickbart, därför kan det vara naturligt att köpa sötad dryck eller läsk som törstsläckare (Folktandvården Skåne 2016). Steen-Jørgensen (2002) visade att intag

av sötsaker såsom läsk och godis ökar bland individer med utländsk bakgrund. En ytterligare studie av Hasselkvist et al. (2014) visade att individer med utländsk bakgrund hade hög läskkonsumtion. Studiens resultat visade även att deltagarna konsumerade mindre godis (9%) än läsk (33%) per dag. Veseli & Neziri (2014) visade i en studie att konsumtionen av läsk var högre än konsumtion av godis. Detta kan bero på att godis ofta innehåller gelatin som på grund av religiösa anledningar inte intas. Konsumtion av läsk dagligen kan medföra karies (Moynihan et al. 2014) och *erosionsskador* på tänderna som innebär att tandsubstansen förloras, vilket kan ha en påverkan på den orala hälsan (Jarkander, 2014; Johansson & Carlsson, 2006).

Många av de nyanlända asylsökande kommer att bo kvar i Sverige. Därför är fortsatt forskning inom orala hälsan viktig för att identifiera vilken kunskap som finns när det gäller munhygien och kostvanor. Detta kan eventuellt genomföras som en kvalitativ intervjustudie för att få en djupare kunskap inom området. Dessutom kan vidare forskning vara en jämförelse mellan vuxna individer med utländsk bakgrund och de som är födda i Sverige angående informationen de fick från tandvården samt deras inställning till tandvården. Vidare kan det också vara intressant att ta reda på vad individerna i studien har för mål med sin orala hälsa och vad de främst prioriterar, så att tandvårdspersonal kan hjälpa dem på bästa sätt. Genom att identifiera vilken kunskap målgruppen har inom kost- och munhygien vanor kan den information som behövs ges till målgruppen.

Ur samhällsperspektiv är det viktigt för att kunna nå och ge den viktiga informationen som målgruppen saknar att utforma information i form av handböcker eller broschyrer på deras hemspråk som skall ges till nyanlända asylsökande som kommer till Sverige för att få en överblick och komma direkt i kontakt med tandvården.

Ur ett annat samhällsperspektiv behöver tandvården också informera dessa individer noga när de besöker klinikerna på deras hemspråk genom att det antingen finns tolk eller kunniga tandvårdspersonal som behärskar deras språk och försöka göra ett program som arbetar med att informerar om de både orala sjukdomar samt egenvårdshjälpmiddel på ett lättförstått sätt på deltagarnas hemspråk där tandvårdspersonal exempelvis kan besöka asylsökande beläggningar.

## **7. Slutsats**

Nyanlända asylsökande hade bristfälliga tandborstvanor då de flesta borstade endast en gång per dag och att många inte använde approximala hjälpmedel. Även kostvanorna var bristfälliga då många åt för få huvudmål. Information om munhygien och kostvanor behöver förbättras till gruppen.

## 8. Referenser

Ahmed A, Aström N, Skaug N, Petersen P (2007). Dental caries prevalence and risk factors among 12-year old schoolchildren from Baghdad, Iraq: a post-war survey. *International Dental Journal* 57(1), s. 36–44

Alubusi S (2017) Munhygienvanor och kunskap om oral hälsa hos vuxna individer med utländsk bakgrund - en enkätstudie. Kandidatuppsats. Karlstads Universitet, tandhygienistprogrammet. Hämtad från <http://www.diva-portal.se/smash/get/diva2:1107925/FULLTEXT01.pdf>

Attin T & Hornecker E. (2005). Tooth brushing and oral health: how frequently and when should tooth brushing be performed? *Oral health & preventive dentistry* 3(3), s.135–40

Avinash J, Singh A, Singh DK (2017). Powered Toothbrush vs Manual Toothbrush: Generation X of Mechanical Plaque Control. *International Journal of Preventive and Clinical Dental Research* 4(2), s.122–132.

Aziz E & Salar T (2014). Kost-, munhygien- och tandvårdsvanor hos en grupp med utländsk bakgrund. Oral hälsa Kandidatuppsats. . Karlstads Universitet, tandhygienistprogrammet. Hämtad från <http://www.diva-portal.se/smash/get/diva2:712063/FULLTEXT01.pdf>

Beirut N & van Palenstein Helderma WH (2004) Oral Health in Syria. *International Dental Journal* 54(1), s. 383–388.

Chaurasia A, Patil R, Nagar A (2013). Miswak in oral cavity – An update. *Journal of Oral Biology and Craniofacial Research* 3(2), s. 98-101.

Choi S, Kim B, Cha J & Hwang C (2014). Impact of malocclusion and common oral diseases on oral health–related quality of life in young adults. *American Journal Of Orthodontics & Dentofacial Orthopedics* 147(5) s. 587-595

Creeth JE, Gallagher A, Sowinski J, Bowman J, Barrett K, Lowe S, Patel K, Bosma ML (2009) The effect of brushing time and dentifrice on dental plaque removal in vivo. *Journal of Dental Hygiene* 83(3) s. 111-6.

Darby M.L & Walsh MM (2010). Dental hygiene, Theory and practice, Philadelphia: N.B Saunders Company. s. 305-347.

Davidson N, Skull S, Calache H, Murray SS, & Chalmers J (2006). Holes a plenty: oral health status a major issue for newly arrived refugees in Australia. Australian Dental Journal 51(4) s. 306-311

Deacon SA, Glenny AM, Deery C, Robinson PG, Heanue M, Walmsley AD, Shaw WC. (2011). Different powered toothbrushes for plaque control and gingival health. Australian Dental Journal 56(2) s. 231–233

Ejlertsson G (red.) (2014). Enkäten i praktiken – En handbok i enkätmetodik. Lund: Studentlitteratur, s.52, 89–90, 121, 158.

Folktandvården Skåne Intranät (2016). Kostvanor; Kostrådgivning och kostrekommendationer överensstämmer för såväl allmän som oral hälsa. (Elektronisk). Tillgänglig <https://intranat.folktandvardenskane.se/> (Läst 2018/08/04)

Freitas GC, Pinto TMP, Grellmann AP, Dutra DAM, Susin C, Kantorski KZ, Moreira, CHC (2016). Effect of self-performed mechanical plaque control frequency on gingival inflammation revisited: a randomized clinical trial. Journal of Clinical Periodontology 43(4) s. 354–8.

Försäkringskassan (2018). Tandvården- statligt tandvårdsstöd- Högkostnadsskydd i tandvårdsbesöket. . (Elektronisk). Tillgänglig <https://www.forsakringskassan.se/> (Läst: 2018-02-01)

Gomez FJ, Crystal YO, Ng MW, Crall JJ, Featherstone JD. (2010). Pediatric dental care: prevention and management protocols based on caries risk assessment. Journal of the California Dental Association 38(10) s. 746–61

Graetz C, Bielfeldt J, Wolff L, Springer C, El-Sayed KM, Sälzer S, Badri-Höher S, Dörfer CE (2013). Toothbrushing education via a smart software visualization system. Journal of Periodontology 84(2) s. 186-195.

Gunn LK & Ringsberg CL (2006) Experiences of oral health care among immigrants from Iran and Iraq living in Sweden. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being* s. 120-127.

Hadi S & Sefo R (2015) Kunskap och vanor om oral hälsa hos nyanlända invandrare i Jönköpingskommun. Kandidatuppsats. Jönköping Universitet, tandhygienistprogrammet. Hämtad från <http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:820814/FULLTEXT01.pdf>

Halawany HS, (2012), A review on miswak (*Salvadora persica*) and its effect on various aspects of oral health. *The Saudi Dental Journal* 24 s. 63–69.

Hawkes C (2013). Promoting healthy diets through nutrition education and changes in the food environment: an international review of actions and their effectiveness. Food and Agriculture Organization of the United Nations (FAO). Hämtad från <http://www.fao.org/docrep/017/i3235e/i3235e.pdf>

Henricsson M. (red) (2017). Enkäter, Vetenskaplig teori och metod – Från idé till examination inom omvårdnad. Lund: Studentlitteratur. s.121–132.

Jaghasi I, Hatahet W, Dashash M (2012). Dietary patterns and oral health in schoolchildren from Damascus, Syrian Arab Republic. *Eastern Mediterranean Health Journal*. 18 (4) s. 358–64.

Jama KI (2017). Attityd och kunskap om tandhälsa samt kost och munhygienvanor hos nyanlända ungdomar En enkätstudie. Kandidatuppsats. Högskolan i Jönköping tandhygienistprogrammet. Hämtad från <http://www.diva-portal.se/smash/get/diva2:1116795/FULLTEXT01.pdf>

Jarkander M (2014). Dental erosion hos barn och ungdomar. Barntandvårdsdagarna Karlstad

Johansson AK & Carlsson GE (2006). Dental erosion : bakgrund och kliniska. Hämtad från <http://spf.nu/wp-content/uploads/2013/11/Maria-Jarkander-Dental-erosion-hos-barn-och-ungdomar.pdf>

Kim JJ, Kim CJ & Camargo PM (2013). Salivary biomarkers in the diagnosis of periodontal diseases. *Journal of the California Dental Association*. 41(2) s. 119-124.

Kinane D, Berglundh T, Lindhe J (2008). Pathogenesis of Periodontitis. Clinical Periodontology and Implant Dentistry. Oxford: Blackwell Munksgaard, s. 285-306

Kinane D, Lindhe J, Trombelli L (2015). Chronic Periodontitis, Clinical Periodontology and Implant Dentistry Oxford: Blackwell Munksgaard s.381.

Kravitz AS, Bullock A, Cowpe J, Barnes E (2015). Manual of Dental practice 2015 Sweden. Council of European Dentists. Edition 5.1. Cardiff University, Wales, United Kingdom.

Kumar S, Tadakamadla J, Johnson NW (2016). Effect of toothbrushing Frequency in incidence and increment of Dental caries. A Systematic Review and Meta- Analysis. Journal of Dental Research. 95(1) s. 1230–1236

Kösedag E (2014). Plackavlägsnande effekt, jämförelse mellan manuell och elektrisk tandborste. Examensarbete i oral hälsa. Sektionen för hälsa och samhälle, högskolan Kristianstad. Hämtad från <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:725638/FULLTEXT01.pdf>

Ledin M & Norlin K (2015) En grupp invandrades munhygienvanor, tobaksvanor och kunskap om oral hälsa- en enkätstudie. Tandhygienistprogrammet. Oral hälsa Examensarbete 15 hp. Karlstads universitet. Hämtad från <http://www.diva-portal.se/smash/get/diva2:805695/FULLTEXT01.pdf>

Livsmedelsverket (2017a) Socker. (Elektronisk). Tillgänglig: [www.livsmedelsverket.se](http://www.livsmedelsverket.se) (Läst: 2018/2/15)

Livsmedelsverket (2017b) Spannmål, potatis och ris. (Elektronisk). Tillgänglig: [www.livsmedelsverket.se](http://www.livsmedelsverket.se) (Läst 2018/03/30)

Lundgren A-M, Öhrn K, Jönsson B (2016). Do adolescents who are night owls have a higher risk of dental caries? – a case–control study. International Journal of Dental Hygiene 14, s. 220–225.

Lussi A, Kaeggi T, Zero D. (2004). The role of diet in the aetiology of dental erosion. Caries Research, s. 34–44.



Mattila A, Ghaderi P, Tervonen L, Niskanen L, Pesonen P, Anttonen V, Laitala ML. (2016), Self-reported oral health and use of dental services among asylum seekers and immigrants in Finland-a pilot study. *The European Journal of Public Health*. 26(6) s.1006-1010

Mattson MP, Allison DB, Fontana L, Harvie M, Longo VD, Malaisse WJ, Mosley M, Notterpek L, Ravussin E, Scheer FA, Seyfried TN, Varady KA, Panda S (2014) Meal frequency and timing in health and disease. *Proceedings of the national Academy of Sciences the USA*. 25; 111(47) s. 16647–16653.

Maurizio S, Mombelli A, Tonetti (2015). *Aggressive Periodontitis Clinical Periodontology and Implant Dentistry*. Oxford: Blackwell Munksgaard. s. 390.

McBrien J.L (2017). Refugees, asylum seekers, and other immigrants: Help for teachers with problematic definitions, *Social Studies Research and Practice* 12(2) s.113-124.

Migrationsverket (2017a). Hälsa- och sjukvård för asylsökande- Du som ansöker om asyl i Sverige har rätt till akut sjuk- och tandvård och vård som inte kan vänta. (Elektronisk). Tillgänglig: [www.migrationsverket.se](http://www.migrationsverket.se) (Läst 2017/10/13)

Migrationsverket (2017b). Ekonomiskt stöd- Ekonomiskt stöd för asylsökande. (Elektronisk). Tillgänglig: [www.migrationsverket.se](http://www.migrationsverket.se) (Läst 2017/10/13)

Moayed M & Talib H, (2017). Nyanländas munhygienvanor och kunskap om orala sjukdomar. Examenarbete i Oral hälsovetenskap. Jönköping universitet. Hämtad från [www.diva-portal.org/smash/get/diva2:1110067/FULLTEXT01.pdf](http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:1110067/FULLTEXT01.pdf)

Morenga LT, Mallard S, Mann J (2013) Dietary sugars and body weight: systematic review and meta-analyses of randomised controlled trials and cohort studies 15(346) s.7492.

Moynihan PJ1 & Kelly SA (2014), Effect on caries of restricting sugars intake: systematic review to inform WHO guidelines. WHO Collaborating Centre for Nutrition and Oral Health, Centre for Oral Health Research, Institute for Ageing and Health, Newcastle University, UK; and Institute of Public Health, University of Cambridge, UK. *Journal of dental research* 93(1) s. 8–18.

MSB- Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (2015). Rapportering av MSB:s uppdrag från regeringen avseende flyktingsituationen. (Elektronisk). Tillgänglig: [www.msb.se](http://www.msb.se) (Läst 2017-10-13)

Musaiger OA & Kalam F (2014). Dietary habits and lifestyle among adolescents in Damascus, Syria. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine* 21(2), s. 416–419.

Nationalencyklopedin, asylsökande. (Elektronisk). Tillgänglig: <http://www.ne.se> (Läst 2017-10-06)

Nationalencyklopedin, flykting. (Elektronisk). Tillgänglig: <http://www.ne.se/> (Läst 2017-10-05)

Nguyen L, Häkkinen U, Knuuttila M, Järvelin MR (2008). Should we brush twice a day? Determinants of dental health among young adults in Finland. *Health Economics* 17 s. 267-286

Nishikawara F, Katsumura S, Ando A, Tamaki Y, Nakamura Y, Sato K, Nomura Y, Hanada N (2006). Correlation of cariogenic bacteria and dental caries in adults. *Journal of Oral Sciences* 48 (4): s.245-251.

NNR Nordic Nutrition Recommendations (2014) Nordic Nutrition Recommendations 2012 integrating nutrition and physical activity, 5th edition. Nordic Council of Ministers, Copenhagen.

Olaniran M & Tomtélius S (2016). Attityder och erfarenhet avseende munhygien hos en grupp vuxna med utländsk bakgrund i Sverige. Kandidatuppsats 15 hp. Högskolan i Jönköping. Hämtad från [www.diva-portal.se/smash/get/diva2:938033/FULLTEXT01.pdf](http://www.diva-portal.se/smash/get/diva2:938033/FULLTEXT01.pdf)

Olusile, AO, Adeniyi, AA, Orebanjo O. (2014). Self-rated oral health status, oral health service utilization, and oral hygiene practices among adult Nigerians. *Bio Med Central Oral Health*, 14, s.1–16.

Omeirat H & Trajkovski N (2016). Kost- och munhygienvanor hos asylsökande 15–16 åringar. Jönköping University. Hämtad från <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:954182/FULLTEXT01.pdf>

Page RC & Eke PI (2007). Case Definitions for Use in Population-Based Surveillance of Periodontitis. *Journal Periodontal* 78(7) s. 1387-1399.

Papapanou & Lindhe J (2015). Epidemiology of periodontal disease. *Clinical Periodontology and Implant Dentistry Oxford: Blackwell Munksgaard*(sjätte uppl., s.125).

Peres, MA, Sheiham A, Liu P, Demarco, FF, Silva AE, Assunção MC, Menezes AM, Barros FC & Peres KG (2016). Sugar Consumption and Changes in Dental Caries from Childhood to Adolescence. *Journal of Dental Research*, s. 388–394

Petersen PE (2003) World Mental Health Report 2003: kontinuerlig förbättring av oral hälsa i det 21: a århundradet - tillvägagångssättet i WHO Global Oral Health Program. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1, s. 3-23.

Petersen PE, Bourgeois D, Ogawa, Estupinan-Day S, Ndiaye C (2005). The global burden of oral disease and risk to oral health. *Bulletin to the World Health Organization* 3 (83) s. 661-669.

Pihlstrom BL, Michalowicz BS, Johnson NW (2005) Periodontal diseases. *Lancet* 336 (9499) s.1809-1820.

Plonka K A, Pukallus M L, Barnett A G, Walsh L J, Holcombe T F, Seow W K A (2012). Longitudinal study comparing mutans Streptococci and Lactobacilli colonisation in dentate children aged 6 to 24 months. *Centre for Paediatric Dentistry*, 46(4) s.385-393

Plonka K A, Pukallus M L, Barnett A G, Walsh L J, Holcombe T F, Seow W K A (2012). Longitudinal study comparing mutans Streptococci and Lactobacilli colonisation in dentate children aged 6 to 24 months. *Centre for Paediatric Dentistry*, 46(4) s.385-393.

Polit D & Beck C. (2017). Specific types of quantitative research. *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Research Philadelphia: Wolters Kluwer* (uppl 10) s-236-248 .

Region Skåne (2013). Regler kring tandvård för asylsökande - Enheten för tandvården, Region Skåne 2013

Regional Health System Observatory- EMRO & World Health Organization- WHO (2006) Health system profile IRAQ. (Läst 2017/11/05)

Rode S de 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.

SBU Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (2007) Karies - diagnostik, riskbedömning och icke-invasiv behandling. En systematisk granskning 188. Hämtad från [www.sbu.se](http://www.sbu.se) (Läst 2017-10-16)

SBU-statens beredning för medicinsk utvärdering. (2002a). Kronisk parodontit - prevention, diagnostik och behandling. (Elektronisk). Tillgänglig: <http://www.sbu.se/> (Läst 2017-10-16)

SBU-statens beredning för medicinsk utvärdering. (2002b). Att förebygga karies. (Elektronisk). Tillgänglig: <http://www.sbu.se/> (Läst 2017-10-16)

SBU, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (2004). Kronisk parodontit - prevention, diagnostik och behandling. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering SBU-rapport nr 169.

Scardina GA & Messina P (2012) Good Oral Health and Diet. Journal of Biomedicine and Biotechnology. 2012 (1). s.8

Schlueter N, Klimek J, Saleschke G, Ganss C (2010). Adoption of a toothbrushing technique: a controlled, randomised clinical trial. Clinical Oral Investigations. 14(1) s. 99-106.

Schneider S1, Jerusalem M, Mente J, De Bock F (2013) Sweets consumption of preschool children--extent, context, and consumption patterns. Clinical Oral Investigations. 17(5) s:1301–1309

Schwendicke F, Doost F, Hopfenmüller W, Meyer-Lueckel H, Paris S. (2015) Dental caries, fluorosis, and oral health behavior of children from Herat. Community Dental Oral Epidemiology. 43(6) s.521-31.

Selwitz RH, Ismail A I & Pitts NB (2007) Dental caries. Lancet. 369 (9555) s.51–59.

Sharma R, Trehan M, Sharma S, Jharwal V, Rathore N (2015) Comparison of effectiveness of manual orthodontic powered and sonic toothbrushes on oral hygiene of fixed orthodontic patients. Int J Clin Ped Dent. 8 s. 181-189.

Sharma S, Saimbi CS, Koiala B, Shukla R (2008). Effect of various mouthwashes on the levels of interleukin-2 and interferon-gamma in chronic gingivitis. Journal of Clinical Pediatric Dentistry 32 (2) s. 111-4.

Skeie MS, Riordan PJ, Klock KS, Espelid I (2006). Parental risk attitudes and caries-related behaviors among immigrant and western native children in Oslo. Community Dentistry and Oral Epidemiology. 34(2) s.103–13.

Socialstyrelsen (2004). Kompetensbeskrivning för legitimerad tandhygienist. Tillgänglig: <http://www.socialstyrelsen.se/>

Socialstyrelsen (2011). Nationella riktlinjer för vuxentandvård. Stöd för styrning och ledning. Tillgänglig: <http://www.socialstyrelsen.se/>

Socialstyrelsen (2015) Psykisk ohälsa hos asylsökande och nyanlända migranter – ett kunskapsunderlag för primärvården

Socialstyrelsen (2016a) hälso- och sjukvård och tandvård till asylsökande och nyanlända – slutrapport 2016.

Socialstyrelsen (2016b) tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård samt tandvård – lägesrapport 2016.

Steen-Jørgensen (2002) Stora luckor i kunskapen om invandrares hälsa och kost. (Elektroniskt) tillgänglig: <https://perspektiv.nu/sv/artiklar/stora-luckor-i-kunskapen-om-invandrares-halsa-och-kost.aspx?PID=23> (Läst 2018/05/10)

Sverige för UNHCR, Vem är flykting?\_(Elektronisk). Tillgänglig: [www.sverigeforunhcr.se](http://www.sverigeforunhcr.se) (Läst 2017-10-05)

Särner B, Birkhed D, Andersson P, Lingström P (2010). Recommendations by dental staff and use of toothpicks, dental floss and interdental brushes for approximal cleaning in an adult Swedish population. *Oral Health Prevention Dental* 8(2) s. 185–94.

Tandvårdslagen. SFS,1985:125.

Toivanen S (2017) Munhygienvanor och kunskap om oral hälsa hos vuxna individer med utländsk bakgrund. Fakulteten för hälsa, natur och teknikvetenskap. examensarbete 15 hp. Karlstads Universitet

UNHCR The UN refugees Agency, Asylum-Seekers, (Elektronisk). Tillgänglig: [www.unhcr.org](http://www.unhcr.org) (Läst 2017-10-05)

UNHCR- The UN refugees Agency (2014) World Refugee Day: Global forced displacement tops 50 million for first time in post-World War II era. (Elektronisk). Tillgänglig: [www.unhcr.org](http://www.unhcr.org) (Läst 2017-10-05)

USDA- U.S. Department of Agriculture (2015). 2015–2020 Dietary Guidelines for Americans. 8 :1-122. Tillgänglig <http://health.gov/dietaryguidelines/2015/guidelines/>.

Van GA & Hioe KPK.(2005) A systematic review of the effectiveness of self-performed mechanical plaque removal in adults with gingivitis using a manual toothbrush. *Journal of Clinical Periodontology*, 32: 214–228

Veseli Q & Neziri (2014) Munhygien- och kostvanor hos gymnasieelever i Prishtina, Kosovo. Tandhygienistprogrammet. Examenarbete i Oral hälsa 15 hp. Högskolan Kristianstad.

Weinberg, M.A, Theile C.W, Froum S.J, Segelnick S (2015) *Comprehensive periodontics for the dental hygienist*. (fjärde uppl.). Upper Saddle River: Pearson.

World Dental Federation (2016) Brush Day & Night. (Elektronisk). Tillgänglig: [www.fdiworlddental.org](http://www.fdiworlddental.org) (Läst: 2018-04-01).

World Dental Federation (2016). FDI's definition of oral health. [Elektronisk]. Tillgänglig: [www.fdiworlddental.org](http://www.fdiworlddental.org) (Läst: 2017-10-01).

World Health Organization WHO (2012) Oral Health. (Elektronisk). Tillgänglig: [www.who.int](http://www.who.int) (Läst: 2017-10- 1).

World Health Organization WHO (2015) Global Health Observatory (GHO) data - World Health Statistics 2015.

World Health Organization WHO (2015) Healthy Diet. (Elektronisk). Tillgänglig: [www.who.int](http://www.who.int) (Läst: 2018-2- 15).

World Health Organization WHO (2018). Unhealthy Diet. (Elektronisk). Tillgänglig: [www.who.int](http://www.who.int) (Läst: 2018-2-15).

Yaacob M, Worthington HV, Deacon SA, Walmsey AD, Robinson PG, Glenny AM (2014). Powered versus manual toothbrushing for oral health. Cochrane Database System Rev. 6

Yadav K & Prakash S (2016). Dental Caries: A Review, Asian Journal of Biomedical and Pharmaceutical Sciences. 6 (53).

Öhrn K (2004). The role of dental hygienists in oral health prevention. Oral Health Prevention Dental. 2(1) s. 277–281.

# Bilagor

## Bilaga 1 - Informationsbrev till dig som ska besvara enkäten

Hej!

Vi är två studenter från Högskolan Kristianstad, Halah Al-Juboori och Naser Ismael som läser sista terminen under våren 2018 på tandhygienistprogrammet. Vi ska skriva en kandidatuppsats inom Oral hälsa. För insamling av material till uppsatsen kommer en enkät att användas. Vårt syfte är att *undersöka kostvanor och munhygienvanor hos nyanlända asylsökande som är arabisktalande från Irak och Syrien.*

Insamling av material kommer att ske i form av en enkät. Enkätens frågor beräknas ta cirka 5–10 minuter att besvara. Enkäten besvaras anonymt och innehåller ingen information som kan spåras tillbaka till dig som individ. Din medverkan är frivillig och du kan avbryta din medverkan utan att behöva ge någon anledning. Under studiens gång kommer allt material att förvaras inlåst och endast författare har tillgång till materialet.

Enkätsvaren kommer endast att användas i studien. Då studien är examinerad och godkänd kommer enkäterna att förstöras.

Författarna kommer att finnas tillgängliga om ni har frågor under tiden ni besvarar enkäten. Besvarad enkät ska läggas i ett kuvert anvisat av författarna. Ditt samtycke ges genom att du besvarar enkäten.

Har ni frågor om studien är ni välkomna att kontakta någon utav oss:

Halah Al- Juboori

Naser Ismael

E-post: [halah.al-juboori0042@stud.hkr.se](mailto:halah.al-juboori0042@stud.hkr.se)

E-post: [naser.ismael0001@stud.hkr.se](mailto:naser.ismael0001@stud.hkr.se)

Handledarens namn: Carina Mårtensson

[Carina.martensson@hkr.se](mailto:Carina.martensson@hkr.se)

Telefon nr: +46 442 503 974



## Bilaga 2 - Enkät

Läs igenom frågeformuläret noga och markera i det svar som stämmer bäst för dig. Det är viktigt att du besvarar alla frågorna.

Kön:  Man  Kvinna

Födelseår: \_\_\_\_\_

Vilket land kommer du ifrån?  Irak  Syrien  Annat \_\_\_\_\_

Hur länge har du bott i Sverige? \_\_\_\_\_ månader

Vad har du för utbildning från ditt hemland?

Ingen utbildning  Grundskola  Gymnasium  Högskola  Universitet

1. Tycker du att du har tillräckligt med kunskaper om din munhälsa?

Ja  Nej

2. Vad använder du när du rengör dina tänder? (ange ETT alternativ)

Tandborste och tandkräm  Tandborste utan tandkräm  
 Inget alls  Annat \_\_\_\_\_

3. Vilken typ av tandborste använder du? (ange ETT alternativ)

Vanlig tandborste  Eltandborste  
 Ingen tandborste  Annat \_\_\_\_\_

**4. Hur ofta borstar du tänderna? (ange ETT alternativ)**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Mer än två gånger om dagen | <input type="checkbox"/> Två gånger om dagen  |
| <input type="checkbox"/> En gång om dagen           | <input type="checkbox"/> Någon gång per vecka |
| <input type="checkbox"/> Jag borstar inte           |   |

**5. När brukar du borstar tänderna? (ange ETT alternativ)**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> På morgonen och innan sänggående | <input type="checkbox"/> Efter lunch             |
| <input type="checkbox"/> Endast på morgonen               | <input type="checkbox"/> Endast innan sänggående |
| <input type="checkbox"/> Jag borstar inte                 | <input type="checkbox"/> Annat _____             |

**6. Använder du fluortandkräm när du borstar?**

- Ja
- Nej

**7. Använder du något mer än tandborste när du rengör tänderna? (ange ALLT du använder)**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ja, tandtråd           | <input type="checkbox"/> Ja, tandsticka/tandpetare |
| <input type="checkbox"/> Ja, tungskrapa         | <input type="checkbox"/> Ja salt och vatten        |
| <input type="checkbox"/> Nej jag använder inget | <input type="checkbox"/> Annat _____               |

**8. Hur ofta rengör du mellan tänderna? (ange ETT alternativ)**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> En gång om dagen     | <input type="checkbox"/> 4-5 gånger per vecka        |
| <input type="checkbox"/> 1-3 gånger per vecka | <input type="checkbox"/> Mindre än en gång per vecka |
| <input type="checkbox"/> Någon gång per vecka | <input type="checkbox"/> Rengör inte mellan tänderna |

**9. Använder du extra fluor till exempel munsköljning, fluortabletter eller fluortuggummi? (ange ETT alternativ)**

Ja

Nej

Vet ej

**10. Har du någon gång fått information/instruktion om hur du ska rengöra dina tänder? (ange ETT alternativ)**

Ja

Nej

**11. Hur många gånger äter du per dag? (ange ETT alternativ)**

1-3

4-6

7-10

Mer än 10 gånger/dag

**12. Äter du frukost varje dag? (ange ETT alternativ)**

Ja

Nej

Ibland

**13. Äter du lunch varje dag? (ange ETT alternativ)**

Ja

Nej

Ibland

**14. Äter du middag varje dag? (ange ETT alternativ)**

- Ja  
 Nej  
 Ibland

**15. Innehåller dina måltider något av följande: ris, potatis eller bröd (ange ETT alternativ)**

- Ofta  
 Sällan  
 Vet ej
- Ibland  
 Aldrig

**16. Innehåller dina måltider något av följande: chips, kex, choklad, bullar, glass eller söta efterrätter (ange ETT alternativ)**

- Ofta  
 Sällan  
 Vet ej
- Ibland  
 Aldrig

**17. Dricker du något av följande mellan måltiderna: saft, läsk, juice eller andra söta dricker? (ange ETT alternativ)**

- Ofta  
 Sällan  
 Vet ej
- Ibland  
 Aldrig

**18. Hur ofta äter du dessa produkterna? (ange ETT alternativ)**

	aldrig	1 gång/vecka	2-3 ggr/vecka	4-6 ggr/vecka	1-2 ggr/dag	3-5 ggr/dag	Mer än 5 ggr/dag
a) Kaffe/te med socker							
b) Läskedrycker							
c) Fruktjuice							
d) Saft							
e) Kakor/bullar							
f) Mjölchoklad/O'boy							
g) Torkad frukt (dadlar, fikon mm...)							
h) Godis/ blandgodis							
i) Chips eller ostbågar							
j) Frukt (banna, äpple mm...)							
k) Grönsaker (sallad, gurka mm...)							
l) Honung							
m) Potatis eller ris							
n) Bröd							

**19. Äter du något efter att du har borstat tänderna på kvällen? (ange ETT alternativ)**

Ja

Nej

Ibland

**20. Dricker du något efter att du har borstat tänderna på kvällen? (ange ETT alternativ)**

Ja

Nej

Ibland

**21. Har du fått någon information om matvanor i Sverige relaterad till din munhälsa**

Ja

Nej

Tack för din medverkan!

## Bilaga 3 – Informationsbrev (översatt på arabiska)

رسالة معلومات خاصة بالنسبة لك كي ترد على الاستبيان:

مرحبا

نحن طالبان من جامعة كريستيان ستاد، هالة الجبوري وناصر إسماعيل، حيث اننا ندرس في الفصل الدراسي النهائي الربيعي للعام الدراسي 2018 ضمن برنامج صحة الأسنان. سوف نكتب أطروحة التخرج فيما يخص صحة الفم. ومن أجل جمع المواد للأطروحة، سيتم استخدام طريقة الاستبيان. هدفنا هو دراسة العادات الغذائية والعادات الفموية لطالبي اللجوء الوافدين حديثا والذين هم من البلدان العربية

وسيتم جمع المعلومات في شكل دراسة استقصائية. ويقدر أن تستغرق أسئلة الاستبيان حوالي 5-10 دقائق للرد. يتم الرد على الاستبيان دون الكشف عن الهوية الشخصية ولا يحتوي على أية معلومات يمكن أن تعزى إليك كفرد. مشاركتك طوعية ويمكنك إلغاء مشاركتك دون إبداء أي سبب.

سيتم تخزين جميع المواد، أثناء الدراسة وستكون في مكان مقفل ويحق للمؤلفين فقط الحصول عليها. سيتم استخدام الاستبيان فقط للدراسة. بعد ان يتم تخرج الطلاب ونجاحهم، سيتم اطلاق الاستبيانات. ان المؤلفين سوف يكونوا متاحون إذا كان لديك أسئلة أثناء الإجابة على الاستبيان. يجب أن توضع الإجابة على الاستبيان في مغلف معين من قبل المؤلفين. إعطاء موافقتك ستكون عن طريق الإجابة على الاستبيان ذاته.

إذا كان لديك أي أسئلة حول الدراسة، فلا تتردد في الاتصال بأي منا

هاله الجبوري

E-post: [halah.al-juboori0042@stud.hkr.se](mailto:halah.al-juboori0042@stud.hkr.se)

ناصر إسماعيل

E-post: [naser.ismael0001@stud.hkr.se](mailto:naser.ismael0001@stud.hkr.se)

اسم المشرفة على الدراسة:

كارينا مورتسنسون

E-post: [Carina.martensson@hkr.se](mailto:Carina.martensson@hkr.se)

Telefon nr: +46 442 503 974

## Bilaga 4 – Enkät (översatt på arabiska)

إقرأ الاستبيان بعناية ووضعه علامة على الجواب الذي يناسبك. من المهم أن تجيب على جميع الأسئلة

سنة الميلاد .....

الجنس: رجل  امرأة

من اي بلد انت؟ العراق  سوريا  بلد آخر .....  
.....

منذ متى تقيم في السويد؟ عدد الأشهر .....

ما هو تحصيلك العلمي في بلدك؟

بدون تحصيل علمي  ابتدائية  ثانوية  معهد عالي/ جامعة  كلية

1 . هل تعتقد ان لديك معلومات كافية عن صحة فمك؟

نعم  كلا

2 . ماذا تستعمل عندما تنظف فمك؟ (حدد خيارا واحدا)

فرشاة اسنان ومعجون اسنان  فرشاة اسنان بدون معجون اسنان  
 لا أنظف ابدا  شيء آخر .....

3 . اي نوع فرشاة اسنان تستعمل؟ (اختر اجابة واحدة فقط)

فرشاة عادية  فرشاة كهربائية  
 بدون فرشاة  شيء آخر .....



4 . كم مرة تقوم بتنظيف اسنانك بالفرشاة؟ (حدد خيارا واحدا)

- أكثر من مرتين في اليوم  
 مرتين في اليوم  
 مرة واحد في اليوم  
 بعض المرات في الاسبوع  
 ولا مرة

5 . متى بالعادة تقوم بتنظيف اسنانك بالفرشاة؟ (حدد خيارا واحدا)

- عند الصباح وقبل الذهاب للنوم  
 بعد الغداء  
 في الصباح فقط  
 قبل الذهاب للنوم فقط  
 لا افعل هذا  
 وقت آخر .....

6 . هل تستعمل معجون الاسنان يحتوي فلور؟

- نعم  
 كلا

7 . هل تستعمل شيئا آخر غير فرشاة الاسنان عند تنظيف فمك (اذكر كل ما تستعمله)

- نعم، خيط تنظيف الاسنان  
 نعم، عود التنظيف  
 نعم، مكشطة/ منظفة اللسان  
 نعم، الماء والملح  
 كلا، لا استعمل  
 شيء آخر .....

8 . كم مرة تقوم بتنظيف ما بين اسنانك؟ (حدد خيارا واحدا)

- مرة واحد في اليوم  
 4-5 مرات في الاسبوع  
 1-3 مرات في الاسبوع  
 اقل من مرة في الاسبوع  
 بعض المرات في الاسبوع  
 لا اقوم بذلك

9 . هل تستخدم فلورايد إضافي على سبيل المثال غسول الفم، أقراص الفلورايد أو علكة الفلورايد؟ (حدد خيارا

واحد)

نعم

كلا

لا اعلم

10 . هل سبق لك أن تلقيت معلومات / تعليمات حول كيفية تنظيف أسنانك؟

نعم

كلا

11 . كم وجبة غذاء تتناول في اليوم؟ (حدد خيارا واحد)

4-6

1-3

أكثر من 10 مرات في اليوم

7-10

12 . هل تتناول الفطور كل يوم؟ (حدد خيارا واحد)

نعم

كلا

أحيانا

13 . هل تتناول الغداء كل يوم؟ (اختر اجابة واحدة)

نعم

كلا

أحيانا

1 4 . هل تتناول العشاء كل يوم؟ (أختار إجابة واحدة)

نعم

كلا

أحيانا

1 5 . هل تحتوي وجبتك على أي مما يلي: الأرز والبطاطا والخبز؟ (حدد خيارا واحدا)

أحيانا

غالباً

أبداً

نادرأ

لا اعلم

1 6 . هل تحتوي وجبتك على أي مما يلي: رقائق البطاطا، بسكويت، شوكولاتة، كعك، آيس كريم أو حلويات

حلوة؟ (حدد خيارا واحدا)

أحيانا

غالباً

أبداً

نادرأ

لا اعلم

1 7 . هل تشرب أيا مما يلي بين الوجبات: عصير، مشروبات غازية، عصير طبيعي أو مشروبات حلوة

أخرى؟ (حدد خيارا واحدا)

أحيانا

غالباً

أبداً

نادرأ

لا اعلم

8. 1 كم مرة تأكل المنتجات التالية؟ (حدد خيارا واحدا)

أبدا	مرة واحدة في الاسبوع	2-3 مرات في الاسبوع	4 مرات في الاسبوع	1-2 مرة في اليوم	3-4 مرات في اليوم	أكثر من 5 مرات في اليوم	
							قهوة/شاي مع سكر
							مشروبات غازية
							عصير فواكه
							عصير صناعي
							الكعك / الكعك المحلاة
							حليب بالشكولاتة / اوبوي
							فواكه مجففة (مثل تمر، تين.. الخ)
							حلوى / حلوى مختلطة
							رقائق البطاطا أو جبن (chips)
							فواكه (مثل الموز، التفاح... الخ)
							خضروات (مثل الخس والخيار... الخ)
							عسل
							بطاطا، رز
							خبز

19 . هل تأكل شيئا بعد تنظيف اسنانك في المساء؟ (حدد خيارا واحدا)

نعم

كلا

احيانا

20 . هل تشرب شيئا بعد تنظيف اسنانك في المساء؟ (حدد خيارا واحدا)

نعم

كلا

احيانا

21 . هل تلقيت أي معلومات عن عادات الأكل في السويد تلك المتعلقة بصحة الفم؟

نعم

كلا

شكرا لتعاونك! ☺