

Anna-Liisa Alastalo, Noora Mattila

Päiväkoti-ikäisten lasten suun terveyden edistämisen oppimateriaali

Metropolia Ammattikorkeakoulu
Suuhygienisti
Suun terveydenhuollon ko
Opinnäytetyö
19.11.2012

Tekijät Otsikko Sivumäärä Aika	Anna-Liisa Alastalo ja Noora Mattila Päiväkoti-ikäisten lasten suun terveyden edistämisen oppimateriaali 39 sivua + 8 liitettä 14.11.2012
Tutkinto	Suuhygienisti AMK
Koulutusohjelma	Suun terveydenhuollon koulutusohjelma
Ohjaaja	Lehtori THM Tuula Toivanen-Labiad Koulutusvastaava TtM Anu Keto
<p>Toiminnallisen opinnäytetyön lähtökohtana oli Metropolia Ammattikorkeakoulun Suun terveydenhuollon koulutusohjelmaan kuuluvan päiväkotiprojekti -nimellä kulkevan opintokokonaisuuden kehittämistarve. Päiväkoti-ikäisten lasten suun terveyden edistäminen vaatii osaamista monelta eri osa-alueelta.</p> <p>Tarkoituksena oli kehittää työtapoja terveydenhuollon ammattilaisille päiväkotikäisten lasten suun terveyden edistämiseen. Tavoitteena oli tuottaa näyttöön perustuva oppimateriaali sekä osallistua moniammatillisen päiväkotiprojektin suunnitteluun, kehittämiseen ja arviointiin osana Terve Suu-projektia. Terve Suu-projekti oli päiväkotilapsiin kohdennettu terveyden edistämishanke, jonka tarkoituksena oli syrjäytymisen ja terveyserojen ehkäisy Helsingin alueella. Kansalliset terveystieteelliset linjaukset ja niiden määrittelemä terveyserojen kaventamisen tarve kulki punaisena lankana läpi opinnäytetyömme.</p> <p>Menetelmät perustuivat tietoperustan rajaamisen haasteisiin. Pyrimme kehittämään käytännön toimintaa teoreettisen viitekehyksen avulla. Oppimateriaalin tarpeen kartoittamiseksi olimme mukana päiväkotiprojektissa tutoroitsijan roolissa ja suoritimme kyselyn opiskelijoille projektin haasteista. Oppimateriaalin käyttöä pilotoimme opiskelijoiden arvioimana, ja saimme palautetta sen hyödyistä opiskelijoille.</p> <p>Oppimateriaali sisältää valikoituja aihealueita suun terveyden edistämiseksi vastaan tulevien haasteiden kohtaamiseen. Käsittelemme päiväkotikäisen lapsen suun terveysongelmia ja haasteita, päiväkotikäisen lapsen kehitystä sekä terveyden edistämisen toimintatapoja ajankohtaisen tieteellisen teorian pohjalta.</p> <p>Opiskelijat arvioivat oppimateriaalin vaikuttavuutta. Vahvuuksina nähtiin muun muassa materiaalin monipuolisuus ja konkreettiset ohjeet lapsiin kohdistuvassa kasvatustyössä, terveysneuvonnan ja leikin suhteen käsittely sekä vuorovaikutustilanteiden huomioiminen. Vanhemmuuden tukemiseen kaivattiin lisää toimintamalleja ja tutkimusnäyttöä. Toivomme että opinnäytetyömme tuotos haastaa lukijansa pohtimaan ja ideoimaan uusia lähestymistapoja päiväkotikäisen lapsen suun terveyden edistämistyössä.</p>	
Avainsanat	päiväkoti-ikäinen lapsi, terveyden edistäminen, terveysneuvonta, suuhygienisti, oppimateriaali, moniammatillisuus

Authors Title Number of Pages Date	Anna-Liisa Alastalo and Noora Mattila Oral Health Promotion Theory Material for Kindergarten Aged Children 39 pages + 8 appendices 14 th November 2012
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Oral Hygiene
Instructors	Senior Lecturer MNSc Tuula Toivanen-Labiad Head of Department MHS Anu Keto
<p>The leading idea in this final project was developing a Kindergarten project, which is a part of Metropolia University of Applied Sciences degree program Oral Hygiene. Promotion of the oral health of kindergarten-aged children is challenging by many different aspects. The purpose of this study was to gather methods for Oral Hygiene professionals. The aim was to produce evidence based learning material for Dental Hygienist students and take part in planning, developing and assessing a multiprofessional kindergarten-project, which was part of Healthy mouth -project. Healthy mouth –project was a health promotion project targeted for kindergarten-aged children with objective to prevent social exclusion in health around Helsinki area. Political guidelines for national health and how they determine the need for preventing programs against social exclusion, were a common thread throughout our final project.</p> <p>The methods of the study were based on the needs for defining useful scientific research. We aimed to develop practical work with the help of a theoretical framework. We participated in the Kindergarten project as tutors in order to understand the lack of needed material and also to get feedback from students by using a questionnaire that was related to project challenges. Later on our gathered learning material was estimated by Dental Hygienist students and we got feedback of our work.</p> <p>Learning material includes assorted topics for promoting oral health of kindergarten aged children. The topics are common oral health issues and challenges among children, development of kindergarten-aged children and evidence based methods based on current scientific researches.</p> <p>The students estimated the quality of the learning material. The pointed strengths were, for example, relations between health promotion and playing, concrete advice on educational work with children, the emphasis on children´s own responsibility and noticing meaningful interaction. Supporting the parenting skills needed more ideas and research results. We hope that we gave a useful tool that helps to create new innovations in practical promotion of oral health among kindergarten-aged children.</p>	
Keywords	kindergarten-aged children, oral health promotion, dental hygienist, learning material, multi-professional

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet	2
3	Opinnäytetyön toteutus ja menetelmät	3
3.1	Prosessin kulku	3
3.2	Teoriaperustan kartoitus	7
3.3	Opiskelijakyselyn analysointi	8
4	Terveyspoliittiset haasteet lasten suun terveyden edistämistyössä	10
4.1	Karieksen polarisaatio	10
4.2	Ruokailutottumusten tuomat haasteet	12
4.3	Sosioekonomiset ja monikulttuurisuus tekijät	14
5	Päiväkoti-ikäisten lasten suun terveyden edistäminen	17
5.1	Terveyden edistäminen	17
5.2	Terveysneuvonta	18
5.2.1	Vanhempien rooli lapsen hammashoidossa	21
5.2.2	Vuorovaikutustilanne lapsen kanssa	23
5.3	Suuhygieniapetus leikin varjolla	26
5.4	Harjaustekniikan opetus	28
6	Oppimateriaali suuhygienisti-opiskelijoiden vertikaalisen oppimisen tueksi	30
7	Pohdinta	33
8	Lähteet	36
Liitteet	Liite 1. Saatekirje kyselyyn	
	Liite 2. Kyselylomake opiskelijoille	
	Liite 3. Miellekartta	
	Liite 4. Taulukko tutkimuksista	
	Liite 5. Terveyden edistämiseen liittyviä käsitteitä	
	Liite 6. Oppimateriaali	
	Liite 7. Palautelomake oppimateriaalista	
	Liite 8. Käsikirjoitusehdotus Moodleen	

1 Johdanto

Monien viimeaikaisten tutkimusten valossa suomalaislasten hammasterveys on mennyt huolestuttavaan suuntaan. Kariuksen riskitekijät ovat havainnoitavissa jo 3-vuotiaalla lapsella (Mattila – Rautava – Sillanpää – Paunio 2000: 875-881). Kolmasosalla 6-vuotiaista lapsista on kariesta hampaissa (Sirviö 2009). Tutkimuksista on myös ilmenyt huolestuttava ilmiö kariuksen ilmaantumisesta pienehkölle ryhmälle lapsia, joiden perheillä on usein huono sosiaalinen asema, sosiaalisia ongelmia tai lyhyt koulutushistoria (Widström 2005 ; Mattila – Ojanlatva – Rähä – Rautava 2005: 492–496). Kerran korjaavan hoidon tarpeessa ollut lapsi näyttää saavan kariesta aiempaa enemmän (Karjalainen – Söderling – Sewon – Lapinleimu – Simell 2001: 136–142). Korjaavan hoidon avulla ei ole saatu ehkäistyä karioitumisen kehittymistä jatkossa. Reikiintymisen ehkäisy ei näytä onnistuvan pelkästään hammashoitolassa tehtävin toimenpitein, vaikka hammashoito on lapsille Suomessa maksutonta (Krappe 2007: 1048). Lasten suun terveydentilan parantamiseen tarvitaan kunnan lisäksi moniammatillista yhteistyötä.

Kansanterveyslaki määrittelee uudistetussa versiossaan kunnan velvollisuuden tehdä yhteistyötä terveyden edistämiseksi muiden kunnassa toimivien julkisten ja yksityisten tahojen kanssa. Terveystoimintatarkastuksen mukaan kunnan tulee huolehtia terveyden ja hyvinvoinnin vastuutahojen nimeämisestä. (Terveystoimintatarkastus ja Sosiaali- ja terveysministeriö 2011: 9.) Helsingin kaupungin strategiassa on pyritty vahvistamaan terveyden edistämisen rakenteita ja poikkihallinnollista toimintaa Helsingissä.

Lakiin määritellyn yhteistoimintaperiaatteen pohjalta on muun muassa kehitetty Terveellinen kaupunginosa-hanke, joka koostuu useasta osahankkeesta Helsingissä. Yksi osahankkeista on suun terveyden edistämiseen kohdennettu Terve Suu -projekti. Projekti on päiväkotikäikäisiin kohdennettu terveyden edistämishanke, jonka tarkoitus on pääasiassa syrjäytymisen ja terveyserojen ehkäisy Helsingin alueella. Suun terveydenhuollon palveluja pyritään projektin avulla kohdentamaan sellaisille alueille, joissa suun terveyserot korostuvat. Projekti on päiväkotikäikäisiin kohdennettu terveyden edistämishanke, jossa yhteistyössä toimivat Helsingin terveystoimintatarkastuksen Suun terveydenhuolto, Metropolia Ammattikorkeakoulun Suun terveydenhuollon koulutusohjelma ja Päivähoitoyksikkö Kurki-Vikla. Opinnäytetyössämme olemme mukana Metropolia ammattikor-

keakoulun osuudessa, jossa yhteistyöhön liitytään ensimmäisen vuoden suuhygienistiopiskelijoiden toteuttamalla suun terveyden edistämistilaisuudella.

Kansainvälistä yhteistyötä toteutamme osallistumalla koulutusohjelmamme hankkeeseen. Kansainvälinen Evidence-Based Oral Health Promotion –hanke toimii Metropolian Suun terveydenhuollon kansainvälisenä kehityshankkeena, jossa kehitetään yhteistyötä japanilaisten ja suomalaisten suuhygienistiopiskelijoiden kanssa. Opinnäytetyömme tuotos tulee olemaan osana hankkeen materiaalia.

2 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet

Lasten suun terveyden edistämiseen tänä päivänä tarvitaan moniammatillista yhteistyötä. Tähän velvoittavat terveystaloudelliset haasteet, joita ovat esimerkiksi kariuksen polarisaatio, ruokailutottumusten tuomat haasteet ja sosioekonomiset tekijät.

Tarkoituksena on kehittää uusia työvälineitä terveydenhuollon ammattilaisille päiväkotikäisten lasten suun terveyden edistämiseen.

Opinnäytetyömme tavoitteet:

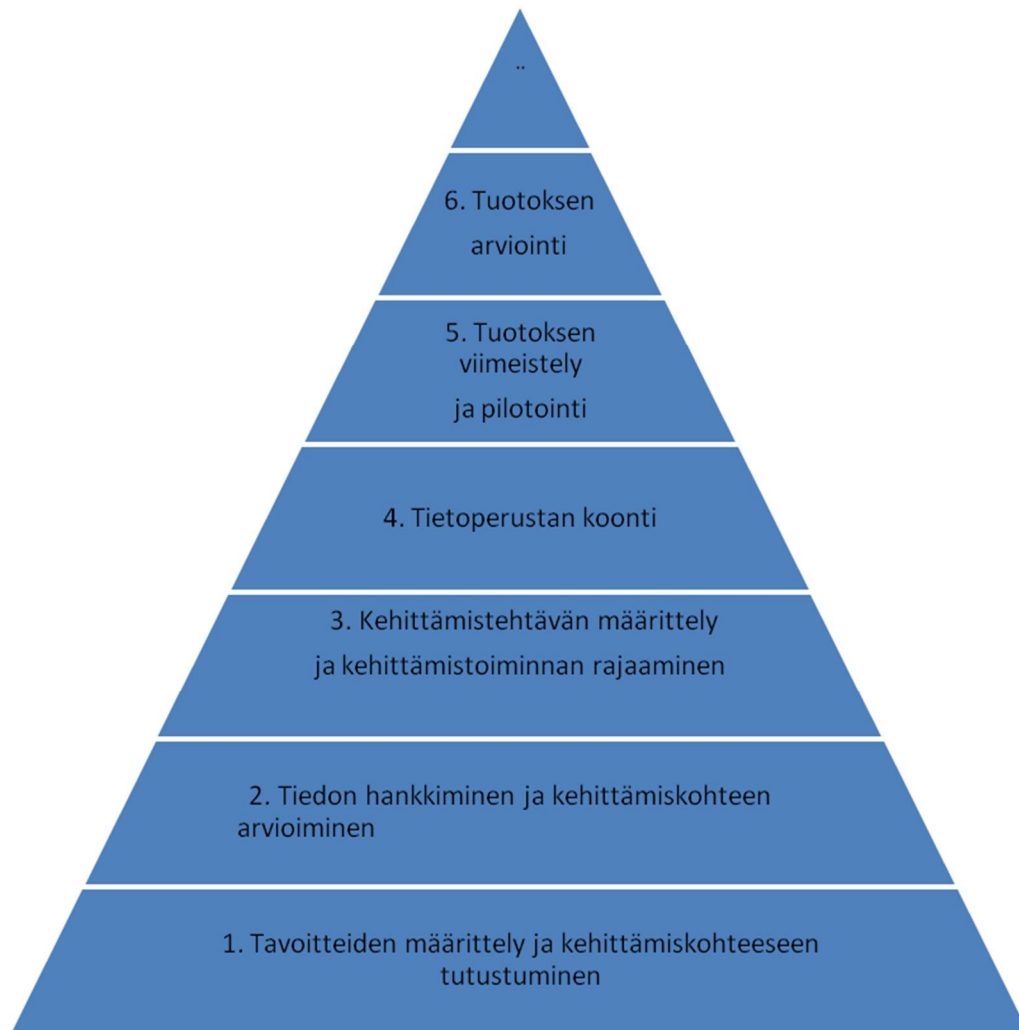
1. Tuottaa näyttöön perustuva oppimateriaali päiväkotikäisten lasten suun terveyden edistämistyöhön.
2. Osallistua moniammatillisen päiväkotiprojektin suunnitteluun, kehittämiseen ja arviointiin osana Terve Suu-projektia yhteistyössä Helsingin kaupungin terveyskeskuksen kanssa, Päiväkoti Kurjen kanssa ja Metropolian suuhygienistiopiskelijoiden kanssa

3 Opinnäytetyön toteutus ja menetelmät

Opinnäytetyömme on toiminnallinen opinnäytetyö, jonka keskiössä on päiväkotiprojektin kehittämistoiminta. Metropolian Ammattikorkeakoulun ensimmäisen vuoden suuhygienistiopiskelijat suorittavat päiväkotikäisten lasten suun terveydenedistämislaisuuden toteutuksen, joka kulkee nimellä päiväkotiprojekti. Keskeisimpänä tavoitteenamme oli tuottaa tuote, oppimateriaali, opiskelijoiden vertikaalisen oppimisen tueksi. Opinnäytetyöhömmä valitut menetelmät tähtäävät tavoitteisiin pääsemiseen eli tietoperustan rajaamiseen oppimateriaalia varten. Valittu näkökulma aiheeseen nousi päiväkotiprojektin tarpeista ja Terve Suu – projektin osatavoitteista. Seuraavassa kuvaamme prosessin kulkua ja erilaisia menetelmiä, joita käytimme opinnäytetyössämme.

3.1 Prosessin kulku

Opinnäytetyössämme sovellamme tutkimuksellisen kehittämistoiminnan periaatteita käytäntöön. Kehittämistoiminta tavoittelee toiminnan muutosta parempaan tai tehokkaampaan suuntaan (Toikko – Rantanen 2009: 16). Lähtökohtana kehittämiselle on tässä opinnäytetyössä ollut muuttunut toimintaympäristö päiväkoti-projektille, minkä vuoksi opiskelijoiden valmiuksia on pitänyt päivittää Terve Suu-projektin tavoitteiden mukaisesti. Lisäksi kehittämistoimintamme on ajankohtaista muun muassa valtakunnallisen Terveys 2015 –kansanterveysohjelman vuoksi, joka määrittelee terveystavoitteiden kasvamisen ehkäisyksi yhdeksi merkittäväksi tavoitteeksi (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001:13). Opinnäytetyössämme tavoittelemme tutkimuksellista kehittämistoimintaa eli pyrimme käyttämään hyväksi tutkimuksellisia periaatteita kehittäessämme käytännön toimintaa (Toikko – Rantanen 2009: 22). Pyrimme havainnollistamaan prosessin kulkua kuvion avulla (Kuvio 1.).



Kuvio 1. Kehittämistyön prosessi opinnäytetyössämme. (Mukaillen Ojasalo – Moilanen – Ritalahti 2009: 24)

Seuraavassa kuvaamme opinnäytetyömme kulkua Ojasalon, Moilasan ja Ritalahden (2009: 22-49) tutkimuksellisen kehittämistyön prosessi-mallia soveltaen.

Tavoitteiden määrittely ja kehittämiskohteeseen tutustuminen

Helsingin kaupungin Terve Suu –projektin ja Metropolian päiväkotiprojektin yhteistoiminnan myötä tuli ajankohtaiseksi päivittää koulutusohjelman päiväkotiprojektia muutuneen toimintaympäristön vuoksi. Opinnäytetyömme liittyi tässä vaiheessa projektiin ja totesimme kehittämistyömme olevan uudistamisperusteinen. Alustavien tavoitteiden määrittely alkoi kehittämiskohteeseen tutustumisella ja taustan selvittämisellä. Otimme selvää miten päiväkotiprojektia oli ennen toteutettu ja millä tavalla sitä olisi tarkoitus

toteuttaa muuttuneessa toimintaympäristössä sekä perehdyimme Terve Suu-projektin tavoitteisiin. Myös alustavaa tiedonhakua päiväkotikäisten lasten suun terveydestä toteutettiin.

Tiedon hankkiminen ja kehittämiskohteen arvioiminen

Kehittämiskohteeseen perehtyminen teoriassa ja käytännössä oli seuraava vaiheemme. Tiedon hankkimisessa hyödynsimme kirjallisuuskatsauksen menetelmää soveltamalla kriittisesti arvioiden tutkimuksia ja tutkimustuloksia. Teoriaperustasta ja sen koonnista kerromme tarkemmin kappaleessa 3.2 Teoriaperustan kartoitus.

Hyödynsimme opinnäytetyössämme monia erilaisia menetelmiä, jotka pohjautuivat tutkimukselliseen kehittämistyöhön. Kehittämistyössä on keskeistä menetelmien moninaisuus, jotta saadaan koottua erilaista tietoa ja erinäisiä näkökulmia (Ojasalo – Moilanen – Ritalahti 2009: 40). Valitsimme aineiston keruumenetelmiksi kyselyn, haastattelun ja havainnoinnin soveltaen niitä tarkoituksiimme sopiviksi.

Käytännön toimintaan perehdyimme osallistumalla päiväkotiprojektiin tavoitteenamme arvioida kehittämiskohteena olevaa projektia. Seurasimme ja tutoroimme toisen lukukauden suuhygienisti-opiskelijoiden päiväkotiprojektin toteutusta syksyllä 2011 havainnoinnin menetelmää soveltaen. Havainnoinnin etuihin kuuluu suoran ja välittömän tiedon saaminen yksilöiden tai ryhmien toiminnasta (Hirsjärvi – Remes – Sajavaara 2004: 202). Kyselimme opiskelijoiden mielipiteitä projektista, kannustimme ja opastimme tarvittaessa. Olimme mukana myös ryhmän kenraaliharjoituksissa ja päiväkotitilaisuudessa Kurkimäen päiväkodissa Helsingin Kontulassa. Hirsjärven ym. (2004:202) mukaan havainnointi on erinomainen menetelmä lasten ja aikuisen vuorovaikutuksen tarkkailussa.

Teimme ryhmän opiskelijoille kyselyn päiväkotiprojektin lopussa (liite 1). Kyselyn toteuttaminen toimi yhtenä päiväkotiprojektin arvioinnin välineenä. Kysely toteutettiin avointen kysymysten muodossa teoriaan viitaten. Mukana annoimme myös saatekirjeen (liite 2). Kyselyn analysointi toteutettiin laadullisen tutkimuksen menetelmiä soveltaen, saturaation kautta. Kyselyn tuloksista ja analysoinnista on kerrottu lisää kappaleessa 3.3 Opiskelijakyselyn analysointi.

Kehittämistehtävän määrittäminen ja kehittämistoiminnan rajaaminen

Tässä vaiheessa näkökulma aiheeseen muodostui, mikä helpotti tutkimusten rajaamista valideihin ja ei-valideihin. Tiedonhaku helpottui tällöin selkeästi. Samalla alkoi hahmottua mihin tarkalleen kohdistaisimme kehittämistoimintamme, jolloin ajatus oppimateriaalin koonnista opiskelijoille alkoi kehittyä. Oppimateriaalin tarkoitus, tavoitteet sekä toteutusmuoto alkoivat tässä vaiheessa hahmottua. Onnistumisen arvioinnin mittariksi määrittelimme kohderyhmän arvioinnin tuotoksestamme, eli opiskelijoilta saadun palautteen. Miellekartan avulla pyrimme kartoittamaan aiheeseen keskeisesti liittyviä ilmiöitä päiväkotikäisen lapsen suun terveyteen keskeisesti vaikuttavista tekijöistä (liite 3).

Tietoperustan koonti

Pyrimme tietoperustan koonnissa ottamaan mukaan vain aihepiiriämme tarpeeksi lähellä olevat aiheet, jolloin näkökulma aiheeseen vahvistui. Tutkimusten kääntämisessä ja niistä oleellisen tiedon poimimisessa hyödynsimme osittain taulukointia (liite 4). Tässä työn vaiheessa karsimme suuren osan haetuista lähteistä niiden osoittautuessa ei-valideiksi. Opinnäytetyömme tuotos, oppimateriaali, alkoi tässä vaiheessa hahmottua hyväksi kokonaisuudeksi. Haastavana osuutena oli oppimateriaalin tiivistäminen sopivan pituiseksi, kuitenkin niin ettei sisältö kärsisi laadullisesti. Oppimateriaaliin kokosimme, eri aiheita painottaen, tutkittua tietoa päiväkotikäisten lasten suun terveyden edistämiseen merkittävästi vaikuttavista asioista.

Tuotoksen viimeistely ja pilotointi

Oppimateriaalin viimeistelyn jälkeen annoimme sen pilotoitavaksi syksyllä 2012 suuhygienistiopiskelijaryhmälle sähköisessä muodossa. Olimme syyslukukauden yhteydessä opiskelijoihin päiväkotiprojektin puitteissa ja esittelimme heille opinnäytetyömme aiheen ja tarkoituksen opintojakson alussa.

Tuotoksen arviointi

Arviointia suoritimme palautteen analysoinnin avulla. Saimme oppimateriaalia pilotoineelta ryhmältä palautetta, jonka avulla pystyimme arvioimaan työmme vaikuttavuutta. Oppimateriaalin arvioinnista kerromme lisää Pohdinta-kappaleessa.

3.2 Teoriaperustan kartoitus

Opinnäytetyön teoriaperusta muodostui kirjallisuudesta, yliopistotasoisista tutkimuksista sekä tutkimuksista tehdyistä artikkeleista. Aineistoksi valitun kirjallisuuden valintakriteereinä toimivat käytännönläheisyys ja näkökulmamme mukainen yhteys opinnäytetyömme aiheeseen. Tutkimustiedon tuli olla mahdollisimman ajankohtaista. Lähdeaineisto on rajattu terveyden edistämisen tarvetta määritteleviin tutkimuksiin ja varsinaisiin terveyden edistämistutkimuksiin pääosin aikavälillä 2000–2012.

Teoriaperustan kasaamiseksi hyödynsimme kirjallisuuskatsausta menetelmänä. Emme kuitenkaan tehneet systemaattista kirjallisuuskatsausta tässä opinnäytetyössä, vaan sovelsimme sitä tavoitteisiimme sopivaksi. Kirjallisuuskatsauksen avulla on tarkoitus selvittää miten aihetta on aiemmin tutkittu ja millaisista näkökulmista. Metatekstien avulla tulee osoittaa miltä osin tutkimustieto on kokonaisuudessaan merkityksellinen aiheeseen nähden. (Hirsjärvi – Remes – Sajavaara 2004: 112.) Metatekstillä pyrimme myös sitomaan eri tutkimuksia yhteen ja tuomaan esille ristiriitoja niiden välillä. Tieto on pyrittävä erittelemään ja arvioimaan tarkasti, koska lopussa tulokset kytketään entiseen tietoon (Hirsjärvi – Remes – Sajavaara 2004: 113). Kirjallisuuskatsauksessa tulee pyrkiä valikoivaan ja argumentoivaan vuoropuheluun aiemman tutkimustiedon kanssa (Hirsjärvi – Remes – Sajavaara 2004: 113). Pyrimme noudattamaan kirjallisuuskatsaukselle ominaisia piirteitä teoreettista tietoperustaa käsittelevissä luvuissa.

Aluksi ajatuksena oli, että lähdeaineiston valinnassa ei tarvitse olla kriittinen tutkimusten julkaisun ajankohdan suhteen. Vuonna 1980 julkaistu tutkimus kuitenkin ensisilmäyksellä osoitti, että ei kuitenkaan ole järkevää ulottaa lähteiden julkaisuaikajankohtaa niin pitkälle. Kyseisessä tutkimuksessa tuli ilmi, että terveystieteiden suuntaviivoja alet-

tiin vasta tuolloin vuonna 1980 suunnitella ja yhdenmukaistaa päiväkotikäisten kohdalla. Tutkimus oli ensimmäisiä vastaavia Suomessa, ja siitä voikin päätellä että terveyskasvatusmetodit alkoivat kehittyä merkittävästi. (Karkela 1980.) Opinnäytetyössä olisi siis huomioitava lähdeaineiston ajankohta. Lähdeaineiston yhteys ajankohtaisiin käytäntöihin olisi kuitenkin kaikista tärkeintä tämän opinnäytetyön kannalta.

Tiedonhaussa käytimme apuna Helsingin Yliopiston hammaslääketieteellisen kirjaston ja Terveystieteiden keskuskirjaston informaattikkoja. Tiedonhakuja suoritettiin pääosin Terveystieteiden keskuskirjastossa Helsingissä. Erityisesti validien hakusanojen tarkentamisessa on hyödynnetty informaattikkojen apua.

Tietokannoista ensimmäisenä valikoitui Medic, sen ollessa kattavin suomenkielinen tietokanta. Ulkomaisten tutkimusten etsiminen alkoi, kun suomenkielisen tutkimuksen lähteistä löytyi mielenkiintoisia ulkomaisia tutkimuksia, etenkin terveyskasvatustutkimuksia. Medic:n lisäksi käytimme Cinahl- tietokantaa sekä EBSCOhost-tietokantaa.

Hakusanoina käytimme esimerkiksi seuraavia: terveydenedist*, terveyskasv*, terveysneuv*, laps*, last*, counsel*, educat*, teach*, infrom*, guid*, support*, barn*, child*, adolesc*, peadiatric*, pediatric*, health education, health promotion, preschool child*, dent* hygien*,

3.3 Opiskelijakyselyn analysointi

Suoritimme kyselyn kontrolloituna kyselynä, jossa jaoimme kyselylomakkeet opiskelijoille henkilökohtaisesti ja esittelimme kyselyn tarkoitusperät kyselyn aluksi (Hirsjärvi – Remes – Sajavaara 2004: 185–186). Kysely oli meille yksi työväline peilata kokemuskäyttöä ja kirjallisuutta.

Kyselyyn vastasivat kaikki 12 kyselyyn osallistujaa. Tyhjiä vastauksia tuli yhteensä viisi. Analysoinnissa on otettu huomioon jokaisen vastauksen monimuotoisuus. Yksi vastaus on saattanut sisältää moneen eri kohtaan liittyvän kommentin, koska vastaukset olivat avointa pohdintaa.

Ensimmäinen kysymys koski terveysneuvonnan näyttöön perustuvuuden tarvetta Valtioneuvoston asetuksen nojalla ja sitä miten opiskelijat huomioivat kyseisen asetuksen päiväkotiprojektissa. Näyttöön perustuvuus oli yli puolella vastaajista selkeästi esillä vastauksessa. Yksi vastaajista totesi ettei asetusta huomioitu, koska siitä ei oltu kerrottu, ja yhdessä vastauksista sanottiin ettei asetuksia erityisemmin mietitty. Erään vastaajan mukaan konkreettisten asioiden huomioiminen oli juuri näyttöön perustuvuutta. Opettajan ja edellisen ryhmän ohjeistus koettiin yhdessä vastauksista luotettavana näyttöön perustuvuuden lähtökohtana.

Valtioneuvoston asetus käsittelee terveysneuvonnan tukea lapsen kehityksessä, huolenpidossa ja kasvatuksessa. Tästä muotoutui kysymys miten opiskelija tämän huomioi ja miten päiväkotiprojekti tuki opiskelijan mielestä lapsen suun terveyden edistämistä. Lapsen ikä huomioitiin melkein puolessa vastauksista. Positiivisen vuorovaikutuksen korostaminen, kotiin jaettu materiaali, informatiivinen ohjaus sekä tiedon jakaminen tulivat esille tärkeinä seikkoina yli puolessa vastauksista. Lapsen suun terveyden edistämistä koettiin saavutetun yli puolessa vastauksista terveydenluku- ja tietotaitojen kehittymisen sekä hammashoidosta luodun positiivisen mielikuvan kautta. Vanhempien merkitystä korostettiin puolessa vastauksista ja päiväkodin henkilökunnan rooli mainittiin kahdessa vastauksessa. Yksi vastaajista koki informaatiota olevan liian paljon lapsen sisäistettäväksi. Vähäisen ajan saatavuus projektin harjoittelua varten koettiin vaikeuttavan sen arviointia. Myös lasten jo ennestään hyvä tieto suun terveysasioista sai maininnan.

Kolmannessa kysymyksessä pyydettiin arvioimaan päiväkotiprojektin tavoitteiden saavuttamista. Kolme vastaajista toi esiin että tavoitteet saavutettiin, kun yksi vastaajista epäili ettei tavoitteita saavutettu täysin. Yli puolet mainitsi että vanhempien vastuun edistäminen jäi puutteelliseksi. Kahdelta sai äänen myös yhteisöllisen vastuun edistämisen puutteellisuus ja maininta oli myös siitä että yhteisöllisen vastuun edistämistä voisi olla enemmänkin. Hoitoympäristöön tutustuttaminen onnistui huonosti kolmen vastaajan mielestä. Yhden kommentin mukaan omahoidon suhteen tavoitteet saavutettiin parhaiten.

Viimeinen kysymys käsitteli edeltävien opintojen hyötyä päiväkotiprojektissa. Yli puolet oli sitä mieltä että edeltävistä opinnoista oli selkeää hyötyä, kun alle puolet vastaajista

eivät kokeneet hyötynsä edeltävistä opinnoista. Muutamien kommenttien saivat projektille varattu liian vähäinen aika, sekä projektin tehostamisen tarve. Päiväkotiprojektille toivottiin parempaa arviointia ja palautteen antoa suorituksesta yhdessä vastauksista. Edellisistä opinnoista kehityspsykologia mainittiin muutamassa vastauksessa isoimpana hyötynä projektiin suunnittelua ja toteutusta varten.

Vertasimme opiskelijoiden vastauksia tutkimusnäyttöön, jonka lisäksi saimme arvokasta tietoa päiväkotiprojektin kehittämisen tarpeista. Kyselyn anti toimi opinnäytetyössämme taustatietona ja yhtenä päiväkotiprojektin arvioinnin välineenä.

4 Terveyspoliittiset haasteet lasten suun terveyden edistämistyössä

Tässä kappaleessa esittelemme tutkimustuloksia, jotka ovat perusteena lasten suun terveyden edistämistyölle ja sen tarpeellisuudelle. Käsittelemme alle kouluikäisen lapsen hampaiden reikiintymisen syitä, sen vaikutuksia ja ennaltaehkäisyä. Käytännön toiminnan tulee olla tuoreimpaan tutkittuun näyttöön perustuvaa (Perälä – Toljamo – Vallimies - Patomäki – Pelkonen 2008).

Olemme rajanneet opinnäytetyömme tietoperustaan näkökulman Terve Suu-projektin tavoitteiden mukaisesti eli keskittyen terveyserojen kaventamiseen alueilla joilla ne korostuvat. Terveyserojen kaventaminen vaatii pitkäjänteistä moniammatillista yhteistyötä, jossa puututaan terveyserojen taustalla oleviin sosiaalisiin tekijöihin (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008:4). Hammasterveyden kannalta oleellisia taustatekijöitä kohderyhmällä ovat kariksen kertyminen osalle lapsista, haitallisten ruokailutottumusten vaikutukset hammasterveyteen sekä sosioekonomiset tekijät lapsen perhetaustalla.

4.1 Kariksen polarisaatio

Karies on monitekijäinen sairaus, joka aiheuttaa hampaan kovakudosvaurioita eli reikiintymistä. Eri tekijät, kuten suun mikrobiston koostumus, ravinto, hampaan vastustuskyky, syljen laatu sekä biofilmin ajallinen kolonisaatio hampaan pinnalla vaikuttavat

vaurioiden laajuuteen ja ilmaantumiseen. Hampaiden reikiintymisen aiheuttaa biofilmi, joka on saanut tarpeeksi pitkään voimistua hampaan pinnalla. Tietyt suun bakteerit, yleensä *Streptococcus Mutans* ja *Streptococcus Sorbinus*, erittävät ravinnon hiilihydraattien vaikutuksesta hampaan pinnalle ja biofilmiin happoja. Happojen vaikutuksesta hampaan kiilteen pinnalta liukenee mineraaleja, jolloin hampaan pinta pehmenee eli tapahtuu demineralisaatiota. Jos demineralisaation syytekijöitä ei poisteta, liukeneminen pääsee hallitsevaksi ja hammas reikiintyy. Kariesta on mahdollista ehkäistä ja hallita hyvän suuhygienian ylläpitämisellä, fluorin säännöllisellä käytöllä ja välttämällä helposti fermentoitavien hiilihydraattien toistuvaa tai runsasta käyttöä. (Käypä hoito 2009.)

Lasten hampaiden reikiintyminen ei ole Suomessa järkevä harvinaista: vuonna 2000 lähes 40%:lla viisivuotiaista oli kariksen vaurioittamia hampaita (Käypä hoito 2009). Alle kouluikäisten lasten suun terveyden kehitys on viime vuosina pysähtynyt teollisuusmaissa. Karies on yhä voimakkaammin polarisoitunut osalle lapsista ja lapset joilla kariesta on, saavat sitä aiempaa enemmän. (Mattila ym. 2000: 875–880.)

Kariksen voimakasta polarisoitumista Suomessa tukee tutkimus, jossa seurattiin lasten suun terveyttä kolmesta vuodesta kuuteen ikävuoteen. Tutkimuksessa keskityttiin sokerin käytön, näkyvän plakin ja kariksen yhteyden havainnoimiseen. Tulokset osoittivat ehjähampaisten lasten osuuden vähenevän kolmessa vuodessa viidenneksen, kun tervehampaisia oli kolmevuotiaana vielä yli 90 % osallistuvista lapsista. (Karjalainen ym. 2001: 136–141.) Olisi merkittävä muutos yhteiskunnallisesti jos tervehampaisten lasten lukumäärä saataisiin kasvuun ehkäisevän hammashoidon avulla. Terveyden edistämisen tärkeys päiväkotikäisille lapsille korostuu tutkimuksen valossa. Tulokset osoittavat, että sokerin käytön aloittaminen varhaislapsuudessa edistää kariksen esiintymistä vielä kolme vuotta myöhemmin (Karjalainen ym. 2001: 136-141). Vanhempien tai huoltajien ohjaamisella terveellisiin ravintotottumuksiin edistettäisiin lasten suu- ja hammasterveyttä, jolla on pitkäkantaisia vaikutuksia lapsen terveyteen. Suuhygienistillä on merkittävä rooli vanhempien ohjaamisessa ja motivoinnissa.

Vasta viime vuosikymmeninä on alettu ymmärtämään maitohampaiden merkitys ja sitä kautta niiden ehjinä säilymisen tärkeys. Maitohampaat ovat kriittisessä roolissa suun ja kasvojen kehittämisessä sekä oikeanlaisen puheen muodostamisessa ja ruoansulatuksessa. Tärkein syy pitää pieni lapsi tervehampaisena on kuitenkin se että lapsi jolla on

aikaisia karieskokemuksia on taipuvainen saamaan reikiä myös läpi nuoruusiän. (Dufour – Beaulieu 2001: 17.) Tämä ajatus tukee myös Mattilan ym. (2000) polarisaatio-käsitystä. Maitohampaiden ehjänä säilymisen tärkeys tulisi tuoda selkeämmin esille lasten vanhemmille. Tällä saataisiin karsittua esimerkiksi harhaisia käsityksiä maitohampaiden merkityksettömyydestä.

Ehkäisevää hammashoitoa on viime vuosikymmeninä Suomessa karsittu pääasiassa kustannussyistä julkisen hammashuollon piirissä. Pienihäkkinen, Jokela ja Alanen (2005) tutkivat kliinisiä ja taloudellisia vaikutuksia karieksen rutiini- ja riskiperusteisen ennaltaehkäisevän hoidon välillä. Tuloksien varjossa näyttää siltä, että aikaisin aloitettu karieksen riskipotilaisiin kohdistettu ehkäisy voi olla kliinisesti tehokasta ja taloudellisesti kannattavaa myös pitkällä ajanjaksolla tarkasteltaessa (Pienihäkkinen – Jokela – Alanen 2005). Terveyden edistäminen on siis tutkitusti kustannustehokasta ja kannattavaa toimintaa Suomessa, jolloin suuhygienistin ennaltaehkäisevän työn merkitys korostuu suun terveyden edistämisessä.

4.2 Ruokailutottumusten tuomat haasteet

Nykyaikainen napostelukulttuuri ja epäsäännölliset ruokailuajat vaikuttavat väistämättä lasten hampaiden tilan huonontumiseen. Terveellisten ruokailutottumusten opettaminen lapselle kuuluu lapsen huoltajille (Käypä hoito 2009).

Suomalainen tutkimus 3–6-vuotiaiden lasten sokerin käytön yhteydestä kariekseen antaa selkeitä viitteitä vanhemmille suunnatun terveellisiin ruokailutottumuksiin ohjaamisen tärkeydestä. Tutkimuksessa tuli ilmi, että kuusivuotias, jolla oli kariesvaurioita, oli käyttänyt jo 3-vuotiaana enemmän sokeria kuin karieselta välttynyt vertailulapsi. Lapsen aikainen sokerin käytön aloitus lisäsi selkeästi karies-taipumusta vielä kolme vuotta myöhemmin. (Karjalainen ym. 2001: 140) Pienen lapsen sokerin käytön tiheyttä on perusteltua rajoittaa tutkimuksen valossa. Yhteistyö vanhempien kanssa on perusteltua siitakin näkökulmasta että vanhemmat tekevät päätökset siitä mitä kotona syödään ja milloin. Vanhempien ohjaaminen terveellisiin ruokailutottumuksiin tulisi olla aina yksi osa kariesriski-lasten terveysneuvonnan sisältöä. Säännöllisiin ruokailutottumuksiin tulee ohjeistaa siitakin syystä että

epäsäännöllinen ruokailurytmi häiritsee lapsen herkkää ruokahalun säätelyä ja altistaa pulmille syömisessä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004: 139).

Toisessakin samoihin aikoihin tehdyssä tutkimuksessa saatiin samansuuntaisia viitteitä: sokerin käytön aloitus 3-vuotiaana lisäsi huomattavasti riskiä kariekselle 5-vuotiaana. Kaikista merkityksellisin vaikutus kariuksen ehkäisyssä todettiin olevan sokerin käyttökertojen vähentämisellä. (Mattila ym. 2000: 879.) Edellä mainittu tutkimus antaa perusteita sille, että lasten terveyden edistäminen on oiva keino myös herätellä lasten vanhempia lisääntyvään tietoisuuteen lasten hammasystävälliseen, terveelliseen ruokavalioon.

Ymmärtämällä vanhempia hampaille haitallisten herkkujen antamisessa lapsille, on saatava tietoa asioiden laajemmasta yhteydestä. Kansainvälisistä tutkimuksista nousi esiin epäterveellisten ruokailutottumusten tausta vanhempien perustelemana. Kanadalaisessa tutkimuksessa vanhemmat myöntävät sokerin olevan heidän lastensa ruokavaliossa, koska huoli lasten riittävästä ruokailusta ylipäätään sekä satunnaisen herkuttelun katsotaan olevan tärkeämpää (Amin – Harrison 2008). Mainosten vaikutukset johtavat myös vanhempien mukaan huonoihin ruoka-ainevalintoihin. Eriävät ohjeistukset ammattilaisilta ruokavalion suhteen hämmentävät vanhempia. (Amin – Harrison 2008.)

Myös australialaisessa tutkimuksessa vanhempien kertoman mukaan sokerin ja napostelun ehkäisy on vaikea toteuttaa. Tuotteiden sanotaan myös tämän tutkimuksen mukaan olevan voimakkaasti mainostettuja ja helposti saatavilla, mikä vaikeuttaa käytön kontrollointia. Yleisesti vanhemmat pitävät sokeriherkkuja hyvän käytöksen palkintona. Lasten huonoa käytöstä jopa ennakoidaan vanhempien taholta jos lapsilta kielletään sokeriset herkut. Lapsen temperamentin sanotaan tässä yhteydessä olevan mahdollisesti este terveyskäytösmuutosten toteutumiselle. Vanhemmuuden taitojen tukemista perheen terveyskäyttäytymismuutosten tueksi suositellaan. Tarkkojen ja ajankohtaisten ruokavalio-ohjeistusten tarvetta pidetään tarpeellisena. (Cashmore ym. 2011.) Sosiaali- ja terveysministeriön (2004:140) julkaisussa ohjeistetaan vanhempia olemaan käyttämättä herkkuruokia lasten lohduttamiseen, palkitsemiseen tai kiukuttelun lopettamiseen, jolloin lapselle opetetaan vaikeasti eroon päästävä toimintamalli syömisestä lohdutuksena. Vanhempia tulisi ohjeistaa hammashoidossa

olemaan palkitsematta lapsia herkuilla, varsinkin karies-aktiivisten lasten kohdalla. Tällä tuettaisiin vanhempia myös kasvattajina toimimaan oikein asettamalla rajoja ja samalla ehkäistäisiin hampaille haitallisten tapojen syntyä.

4.3 Sosioekonomiset ja monikulttuurisuus tekijät

"Sosio-ekonomisilla terveyseroilla tarkoitetaan terveydentilassa, sairastavuudessa ja kuolleisuudessa ilmeneviä systemaattisia eroja sosio-ekonomisten ryhmien välillä. Sosioekonomiseen statukseen vaikuttavat tulot, omaisuus, asumistaso, koulutus, ammatti ja asema työelämässä." (Manninen 2011.)

Yksi Suomen terveystaloudelle asetetuista yleistavoitteista vuonna 1986 koski väestöryhmien välisten terveyserojen vähentämistä. Sillä tarkoitettiin eri sukupuolten, sosio-ekonomisten ryhmien ja eri alueilla asuvien välisten terveyserojen kaventamista. Josain määrin tavoitteisiin on päästy, mutta eri sosio-ekonomisten ryhmien väliset erot ovat huolestuttavasti joiltain osin jopa kasvaneet. Myös erittäin suuret sairastavuuden erot eri sosioekonomisten ryhmien välillä lisäävät huolta. Ongelmien tausta on monitekijäinen; syrjäytyminen ja tuloerojen kasvaminen suurimpina tekijöinä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001: 10-12.)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen projektipäällikkö Tuulia Rotko sanoo että vaikka eriarvoisuuden vähentäminen on ollut Suomessa terveystalouden tavoite jo vuosikymmeniä, ei sen vähentämiseksi ole tehty aktiivisia toimia vielä kovin pitkään (Soiluva 2012:6).

Keskeiseksi tavoitteeksi lasten kohdalle vuoteen 2015 mennessä on Suomen terveystalouden tavoitteena lasten hyvinvoinnin lisääminen, terveydentilan parantuminen ja turvallisuuteen liittyvien oireiden ja sairauksien vähentäminen merkittävästi (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001:15). Koska osa lapsista joutuu kehittymään huonommissa elinolosuhteissa ja kasvuympäristössä, alkavat väestöryhmien väliset terveyserot kehittyä jo lapsuudessa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001: 22–23). Tähän puuttuminen varhaisessa vaiheessa lisäisi lasten hyvinvointia ja sitä kautta todennäköisesti ehkäisisi syrjäytymistä. Varhainen puuttuminen on perusteltua terveystalouden nojalla, myös

suun terveydenhuollossa. Valitettavasti terveyserot ovat Helsingin alueella erityisen suuria ja tämä on nähtävissä myös lasten suun terveydessä alueittain.

Valtioneuvosto korostaa, että osana kuntien hyvinvointipoliittisia ohjelmia syrjäytymisuhassa olevia lapsia ja lapsiperheitä tulee tukea. Erityisesti huono-osaisimpien ja riskiryhmiin kuuluvien lasten terveys- ja sosiaalipalvelujen parantaminen lasten terveyttä edistävämmiksi on keskeinen toimintasuunta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001: 22-23.) Voimavarojen keskittäminen sinne missä niitä eniten tarvitaan on perusteltua sosiaali- ja terveysministeriön tavoitteiden mukaisesti. Opinnäytetyömme oppimateriaalissa tuomme esille lapsen perheen voimavaraistamisen haasteen.

Helsingissä toimintatapana on toteutettu myönteistä erottelua (positive discrimination), jossa kohdennetaan terveys- ja sosiaalipalveluja alueille, joiden väestöllä on suurin syrjäytymisen vaara. Syynä voivat olla työttömyys tai ulkomaalaistausta. (Soiluva 2012:7.) Helsingin kaupungin Terve Suu-projekti on yksi osa tällaisista hankkeista.

Useiden tuoreiden tutkimusten mukaan huonoa suuhygieniää näyttää ennustavan merkittävästi alhainen sosioekonominen ja/tai monikulttuurinen tausta lapsen perheessä. Muihin Euroopan maihin verrattuna terveyserot ovat poikkeuksellisen selviä Suomessa ja hampaiden harjauksessa ollaan yhä liian laiskoja (Soiluva 2012:6-7). Dosentti Mira Vehkalahden mukaan koulutustaso on voimakkaasti suun terveyserojen taustalla. Koulutusryhmien väliset erot eivät ole kaventuneet, vaikka suomalaisten aikuisten suun terveys on 2000-luvulle tultaessa parantunut huomattavasti. (Soiluva 2012: 7.) Suun sairauksien taustalla olevia sosiaalisia tekijöitä suositellaan otettavan huomioon yhtenä ratkaisevana tekijänä myös australialaisessa artikkelissa. Artikkelin perustuu tutkimuskatsaukseen yksilökohtaisen terveydenedistämistyön vaikuttavuudesta. (Yevlahova – Satur 2009.)

Ruotsissa tehdyssä laajassa tutkimuksessa arvioitiin suun terveyden edistämishojelman vaikutuksia 2–5 -vuotiaisiin lapsiin kohdennettuna, jotka asuvat alhaisen sosioekonomisen luokan monikulttuurisella alueella. Tutkimukseen kuului kiinteästi myös vanhempien osallistaminen. Suun terveydenhoidossa erityisesti huomioitiin vanhempi-suoritteisen harjauksen edistäminen kahdesti päivässä fluorihammastahnalla. Kolmen vuoden aikana karies-vaurioita ilmeni merkittävästi vähemmän interventio-ryhmällä

kuin vertailuryhmällä, joille ei terveyden edistämishjelmaa toteutettu. (Wennhall ym. 2008: 90.)

Varhaisessa vaiheessa aloitetulla terveyden edistämishjelmalla on merkittäviä vaikutuksia lapsen suun terveyteen. Vanhempien suuhygieniatapojen ja asenteiden huomattiin myös vaikuttavan sosioekonomisten tekijöiden lisäksi kariksen kehittymiseen lapsilla. Säännölliset käynnit hammashoitolassa vaikuttivat lasten muodostamaan positiiviseen kuvaan hammashoidosta ja ohjelmaan osallistuneet lapset osoittivat vähemmän hammaslääkäripelkoa kuin vertailuryhmän lapset. (Wennhall ym. 2008: 90.) Tutkimus osoittaa että pienten lasten suun terveyttä voidaan edistää sosioekonomisesta statuksesta huolimatta kun vanhemmat saadaan yhteistyöhön mukaan.

Meurmanin, Pienihäkkisen, Erikssonin ja Alasen tutkimuksessa verrattiin suomalaisten pikkulasten riskiperusteista kariksen ehkäisyohjelmaa verrattuna perinteiseen ehkäisyohjelmaan. Sosioekonominen status oli merkittävästi yhteydessä kariesta aiheuttavan *Streptokokki Mutansin* (myöhemmin *S.Mutans*) aikaiseen kolonisoitumiseen lapsen suuhun. Lisäksi sosioekonominen status ja aikainen *S. Mutans*-kolonisaatio oli huomattavan selvästi yhteydessä lapsen kariekseen 5-vuotiaana. (Meurman – Pienihäkkinen – Eriksson – Alanen 2009.) Tulos on linjassa aikaisempien tutkimustulosten kanssa ja vahvistaa koulutustason merkitystä terveyserojen taustalla.

Eri puolilla maailmaa tehdyt tutkimukset osoittavat sosioekonomisten terveyserojen merkittävyyden myös maailmanlaajuisesti. Deborah Mattheus (2010) käsittelee tutkimuskatsauksessaan artikkeleita eri tieteen aloilta. Johtopäätöksinä on, että lapsilla joilla on vähiten turvallisuutta elämässään, on myös eniten haavoittuvuutta ja siten heikompi terveydentila. Perheen taloudellinen tilanne, yhteiskunnalliset olosuhteet ja heikot vanhempien terveystottumukset vaikuttavat lasten haavoittuvuuteen ja terveydentilaan siten negatiivisesti.

Kanadalaisessa tutkimusprojektissa lasten kariksen ehkäisemisestä yhteistyön keinoin pyritään kehittämään jo olemassa olevia palveluja ja vahvistamaan voimavaroja. Terveysneuvonnassa painotetaan ratkaisevien tekijöiden löytyvän yhteisöllisestä perspektiivistä. (Schroth ym. 2010.) Hammashoitopalvelujen saatavuuden lisäksi sosiaalinen tekijä koetaan kiinalaisten vanhempien mukaan myös yhteiskunnan

painostamana itsestä huolehtimisena. Hampaat koetaan siten yhtenä hyvinvoinnin arvostelun kohteena. (Amin – Harrison 2008.)

Israelin Jerusalemissa tehdyssä tutkimuksessa lapsuusajan kariuksen ehkäisystä lyhyen keskustelun avulla todettiin että epävakaa tilanne yhteiskunnassa vaikuttaa olennaisesti tutkimukseen osallistumiseen sekä hammasterveyskäyttäytymiseen (Livny – Sgan-Cohen 2007). On pääteltävissä että yhteiskunnallinen hyvinvointi vaikuttaa oleellisesti terveyskäyttäytymiseen. Tämä huomio on todettavissa eri puolilla maailmaa ja osoittaa aiheen merkityksen maailmanlaajuisesti.

5 Päiväkoti-ikäisten lasten suun terveyden edistäminen

Seuraavassa esittelemme päiväkoti-ikäisten lasten suun terveyden edistämiseen käytettäviä toimintatapoja, jotka nousivat esiin tutkimuksista.

Suuhygienistin työnkuvaan kuuluu keskeisesti suun terveyden edistäminen, josta kirjallisuudessa käytetään myös käsitettä terveysterveyskasvatus tai englanniksi health education tai health promotion. Käytämme opinnäytetyössämme terveyden edistämiskäsitettä, joka kattaa kaiken suun ennaltaehkäisevään hoitoon liittyvän.

5.1 Terveyden edistäminen

Terveyden edistämässä tavoitellaan yksilön terveyskäyttäytymismuutoksia. Terveyden edistämässä tulee käsitellä yhteisön tai yksilöiden arvojen, uskomusten ja normien muodostamaa kokonaisuutta ja sen suhdetta ympäröivään todellisuuteen. Terveyden edistämässä tuetaan asiakkaan täysivaltaista osallistumista ja voimavarojen käyttöön-ottoa. Terveys ymmärretään moniulotteisena ja tekijöitä nähdään myös potilaan vaikutusmahdollisuuksien ulkopuolella. (Liimatainen 2002: 17,25.)

Vuodesta 1970 alkaen terveyden edistämisen käsite on syntynyt ja sen strategiat ovat muotoutuneet pääasiassa Maailman terveysjärjestön, WHO:n aloitteesta. WHO:n Terveyttä kaikille -liikkeen eri vaiheet ovat muovanneet käsitystä terveyden edistämisen sisällöistä ja toiminnasta. Vaiheet ovat edenneet ajallisesti eri tavoin eri maissa. Terveyden edistäminen on kehityksensä alusta lähtien nähty laajana, eri toimintoja sisältävänä käsitteenä. (Liimatainen 2002:19.)

Terveyden edistämisen edelläkävijänä Suomessa on ollut lasten- ja äitiysneuvolatoiminta. Suomessa terveyden edistämisen perusterveydenhuollon vaihe alkoi jo vuonna 1972 kansanterveyslain myötä, vuosia ennen Alma Atan perusterveydenhuollon julistusta vuonna 1978. Kansanterveyslain voimaantulo ja sen myötä voimakas panostus perusterveydenhuoltoon käynnisti terveyden edistämisen lakisääteisen kehittämisen terveydenhuollon piiristä. Terveyden edistämisen ammatillista toimintaa kuvasi 1970–80-luvulla käsite "terveyskasvatus". (Liimatainen 2002:19.)

5.2 Terveysneuvonta

Terveysneuvonta on yksi terveyden edistämisen menetelmistä, josta on nykyään alettu käyttää myös käsitettä terveysvalmennus. Terveysneuvontaa käsitellään Leena Liimataisen väitöskirjatutkimuksessa vastavuoroisena oppimaan oppimisena ja luovana ongelmanratkaisuna. Tutkimus käsittelee termejä "syvällinen käsitys" ja "omakohtaiset merkitykset" ja siten terveystieteiden ja vaikuttamisen mahdollisuuksia. (Liimatainen 2002: 13.) Teoria, käytännöllisyys ja itsesätelytaidot kulkevat siis käsi kädessä terveystieteiden tilanteissa. Terveyden edistämisen käsitteistä on koonti opinnäytetyömme lopussa (liite 5). Käsitteiden ymmärtämisen avulla terveyden edistystyötä tekevä henkilö pystyy analysoimaan omaa toimintaansa.

Valtioneuvoston asetuksen mukaan terveystieteiden on sisällettävä näyttöön perustuvaa tietoa sekä sen on tuettava voimavarojen vahvistumista, tiedon soveltamista käytäntöön ja vastuun ottamista omasta terveydestä. Toteutus voi olla yksilöllisesti, ryhmässä tai yhteisöllisesti. Lapsen ja hänen perheensä terveystieteiden on tuettava lapsen kehitystä, huolenpitoa ja kasvatusta. Vanhempien hyvinvoinnin, jaksamisen ja keskinäisen vuorovaikutuksen tukeminen kuuluu myös terveystieteiden sisältöön.

(Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta 338/2011 §15, 338/2011 §14.)

Eräässä tutkimuksessa tarkastellaan terveysneuvonnan tehokkuutta. Tutkimuksen johtopäätöksissä todetaan että terveysneuvonnalla on positiivinen, mutta väliaikainen vaikutus plakkikertymiin. Tiedon välittymiseen sillä todettiin olevan kuitenkin johdonmukainen vaikutus. (Kay – Locker 2006.) Siten on pääteltävissä että terveysneuvonnan vaikutus terveydenlukutaitoon saattanee olla merkittävämpää kuin vaikutus varsinaiseen terveyskäyttäytymiseen eli hampaiden harjaustottumuksiin.

Terveysneuvontaa pidetään kiinalaisen tutkimuksen mukaan olennaisena osana suun terveyden edistämishjelmaa. Terveysneuvontaa tulisi sen mukaan tehdä ohjatun hampaiden harjauksen yhteydessä. Terveysneuvonnan vaikutukset ovat tutkimuksen mukaan merkittäviä. (Rong ym. 2003.) Tämä tutkimus omalta osaltaan painottaa eri mallien yhdistämisen tärkeyttä terveydenedistämistyössä.

The American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD) on tehnyt suosituksen kliiniseen työhön hammashoitohenkilökunnalle. Ehkäisevän terveysneuvonnan ja omahoidon tehokkuuden mittaamisen suositellaan olevan osana jokaista käyntiä hammashoidossa. Aiheiksi terveysneuvonnassa suositellaan suuhygieniää, ruokavaliota, napostelun ehkäisyä ja vammojen ehkäisyä. Myös kielellistä kehitystä tulisi seurata. Lapsille ja nuorille terveysneuvonnan suositellaan kohdistuvan myös epäedullisiin tapoihin, kuten kynsien pureskeluun ja hampaiden narskutteluun. (AAPD 2009.)

Kanadalaisessa tutkimusprojektissa lasten vanhempien mukaan ruokavalio- ja suuhygienia-ohjeistus koetaan stressaavana ja niiden käyttöönotto kotona koetaan hankalana (Schroth ym. 2010). Suuhygienistin tulisi pohtia antamansa terveysneuvonnan menetelmiä, jottei se herättäisi vanhemmissa negatiivista tunnetta. Perheen tukemisella on todettu olevan suuri rooli terveysneuvonnassa (Mattila – Ojanlatva – Räihä – Rautava 2005: 492).

Yksi terveysneuvonnan keinoista on motivoiva keskustelu. Motivoivalla keskustelulla tarkoitetaan yksilökeskeistä lyhyttä ohjaustekniikkaa, jossa käytetään empaattista, yhteistyö-tyylistä menetelmää kasvattaa ja tavoittaa potilaan omat syyt muutokselle. Motivoivassa keskustelussa on neljä periaatetta: empaattisuuden ilmentäminen (ohjaajan

ymmärrys ilman arvostelua), ambivalenssin (samaan kohteeseen suuntautuvien vastakkaisten tunteiden esiintyminen) tunnistaminen avoimilla kysymyksillä, ohjaajan luomat uudet näkökulmat muutoksen tärkeydelle ja kykeneväisyyden tunteen tukeminen. (Rollnick - Miller 1995.)

Motivoivan keskustelun evaluoinnista tehdyn tutkimuksen johtopäätöksissä todetaan että yksittäinen motivoiva keskustelu saa aikaan muutoksia terveyskäyttäytymisessä suun hoidon suhteen. Terveyskäyttäytymismuutosten todetaan olevan välttämättömiä ehkäistessä lasten kariesta. Tiedon saaminen terveellisistä elämäntavoista ei ole ainoastaan riittävä tekijä muuttamaan epäterveellisiä tottumuksia. (Ismail ym. 2011.)

Kanadalaisen tutkimusartikkelin mukaan terveysneuvonnan tulisi keskittyä ikäkauteen, jolloin voidaan vielä ehkäistä negatiivisten terveystottumusten muodostuminen. Korkean kariesriskin potilaille ehkäisevän neuvonnan tulisi tapahtua ennen kolmen vuoden ikää. Huomioitava seikka tutkimusartikkelissa oli vanhempien suurempi halukkuus alkaa harjaamaan lastensa hampaita fluoritahnalla kuin muuttamaan lapsen ruokailutottumuksia. (Harrison 2003.) Koska epäedulliset ruokailutottumukset ovat yhtä merkittävä tekijä hammasterveyden kannalta, on ruokavalioneuvonnan vaikuttavuuteen kiinnitettävä erityistä huomiota.

Samassa tutkimusartikkelissa, missä analysoidaan korkean kariesriskin lapsipotilaiden terveydenedistämistä, todetaan että empaattista ja reflektivoivaa kuuntelua sisältävä neuvontatyö on todennäköisemmin onnistunut kun se lisäksi huomioi potilaan käyttäytymismuutoksen vaiheen (Harrison 2003).

The American Academy of Pediatric Dentistry suosittelee pieniin lapsiin kohdistuvassa terveysneuvonnassa kiinnitettävän huomiota erityisesti lapsen fyysiseen, emotionaaliseen ja psykologiseen kehityskaareen (AAPD 2009). Hoitavan henkilön on pyrittävä mukauttamaan toimintansa lapsen kehitystasoon ja hammashoitoa kohtaan muodostuneisiin asenteisiin. Lapsen temperamentti ja hänen käyttäytymisensä hoitoa kohtaan tulee ottaa huomioon. Hoitajan oma käyttäytyminen hammashoitotilanteessa on ensisijaisen merkittävää. Hoidon suhteen tulee pyrkiä lapsen yhteistyökykyyn, rentoutumiseen ja itseluottamuksen saavuttamiseen. (AAPD 2011.)

Tutkimuskatsauksessa, jossa käsitellään lapsen itsetuntemusta ja haastatellaan lapsia itseään, huomioidaan että lapsen elämänlaatua terveyden suhteen tutkittaessa on käytetty useimmiten lähinnä vain vanhempia informaation lähteinä. Tämä oli perusteltu huolella siitä, että lapsen kognitiiviset ja vuorovaikutustaidot eivät olisi olleet tarpeeksi kehittyneitä. Katsauksen mukaan on kuitenkin todettavissa, että on olemassa luotettavia mittareita kohdistaa tutkimus lapsien ollessa itsenäisessä roolissa. (Barbosa – Gaviao 2008.)

5.2.1 Vanhempien rooli lapsen hammashoidossa

Tutkittaessa vanhempien ymmärrystä lastensa hammashoidon suhteen vanhemmat kokevat hammashoitohenkilökunnan työn merkityksellisempänä kuin oman roolinsa lastensa hammashoidossa (Amin – Harrison 2008).

Terveysneuvontaa analysoitaessa kartoitettiin tiedon merkitystä 5–6 -vuotiaiden lasten vanhemmille, lapsilta opittuja asioita ja niiden vaikutusta kotona tapahtuviin käytäntöihin. Merkittäviä huomioita oli että vain puolet mukaan pyydytyistä vanhemmista suostui ottamaan osaa tutkimukseen ja että alle puolet ymmärsivät hampaiden harjaamisen olevan indikaattori opituista asioista suun terveyden hoidossa. Noin 91% vanhemmista kertoi kuitenkin oppineensa jotain lapsiltaan. Lasten saama terveysneuvonta ulottuu siis kotiin asti ja vaikuttaa koko perheen terveyskäyttäytymiseen. (Garbin – Garbin – Dos Santos – Lima 2009: 212.)

Kartoitettaessa vanhempien ymmärrystä lastensa hammashoidon suhteen vanhemmat kritisoivat hammashoitohenkilökunnan terveysneuvontaa ja ohjeistusta liian monimutkaisina ja vaativina. Informatiivisen ohjeistuksen sijaan vanhemmat arvostavat eniten käytännöllisiä ohjeita ja tekniikan neuvomista hampaiden harjaamiseen. Infolehtiset koetaan erityisesti huonoina vaihtoehtoina terveysneuvonnan välittymiseen. (Amin – Harrison 2008.)

Samassa tutkimuksessa vanhemmat arvioivat lapsen hammasterveyttä enemmän kariesleesioiden määrästä kuin kokonaisvaltaisen suuhygienian kannalta. Yleisesti kivun ja epämukavuuden tunteen puuttuminen koetaan hammasterveyden mittarina. Kariesleesioita pidetään "normaaleina esiintyminä" sekä "väistämättöminä ja kuuluvan elämään". Vanhemmat epäilivät ehkäisevän terveysneuvonnan tehokkuutta ja

tutkimuksen mukaan sillä asenteella on suuri merkitys terveystietämisen edullisten muutosten saavuttamiselle. (Amin – Harrison 2008.)

Näiden tutkimustulosten valossa voimme päätellä vanhempien vastuuttamisen lapsen hammashoitoa kohtaan olevan jopa uusien terveystietämismenetelmien kehittelyn ongelmakohta. Vastavuoroisen keskustelun merkitystä ei tule unohtaa edes kiireen paineistamassa terveystietämistilanteessa. Avoimet kysymykset motivoivan keskustelun keinoin lisäävät tietämystaitoa, mikä on konkreettisen toiminnan sisäistämisen perustana. Tekniikan opettaminen peilin avulla tuottaa näyttöön perustuen hyviä tuloksia.

Kariesleesioiden pitäminen ”normaaleina esiintyminä” on terveystietämisen suuri haaste. Väärien oletusten korjaaminen yksilökohtaisella tasolla tulisi ottaa huomioon kun uusia terveystietämismenetelmiä kehitetään.

Tutkittaessa terveystietämistä kohdistettuna korkean kariesriskin lapsipotilaille päätellään sosioekonomisen aseman, perheen stressin ja vanhemmuuden taitojen olevan tärkeässä roolissa lapsuusajan kariesin ehkäisyssä. Lisämotivoitinta lasten hammashoidon suhteen pidetään toivottavana arkielämän stressin vuoksi. (Harrison 2003.)

Suomalainen tutkimus kuvaa kariesin ja perhetekijöiden vaikutusta viisivuotiaalla lapsella. Huomio tulisi kohdistaa koko perheeseen ja sen suunhoitotottumuksiin sekä elämäntyyliin. Lapsen kariesin esiintymiseen oli tutkimuksen mukaan yhteydessä nuorena äidiksi tuleminen, äidin huonot suuhygieniatottumukset, asuminen maaseutualueella sekä vanhempien avoliitto. Myös vanhempien huonolla hammashistorialla oli vaikutusta. Tutkimuksessa löydettiin ne perheet, joiden lapsille tyypillisesti kehittyy kariesistä. Näiden lasten vanhempien suhteet voivat olla monimutkaisia, jolloin vanhempien voimavarat eivät riitä takamaan lapsille riittävästi huomiota. (Mattila ym. 2000: 875-881.) Suuhygienistin tulisi osata motivoida ja tukea vanhempia lapsen suun hoitoon ottaen perhekokonaisuutena huomioon. The American Academy of Pediatric Dentistry:n suosituksessa vanhemman läsnäolon merkitystä hammashoitokäynnillä ja vanhemman vastuuta lapsen suuhygieniassa painotetaan tärkeänä (AAPD 2009).

Lasten terveyden edistämistyössä on välttämätöntä huomioida perhetekijöiden vaikutus esimerkiksi siitä syystä, että mallioppimisella on suuri rooli alle kouluikäisen lapsen toimimisessa. Tämän ikäiset lapset ottavat mallia vanhemmistaan, eivätkä siitä mitä heitä kehoitetaan tekemään. Onnistuneessa vuorovaikutus-tilanteessa on mahdollista saada lapsessa aikaan muutosta. (Mattila ym. 2005: 492–496.)

Eräässä tutkimuksessa käsitellään turkkilaisten lasten itse kuvailemaa tietoa ja terveyskäyttäytymistä. Tilastollisesti merkittävä huomio oli, että lasten ja heidän vanhempiensa hampaiden harjaustottumuksissa oli selkeitä yhtäläisyyksiä muun muassa hampaiden harjaustiheyden suhteen. Tutkimuksen johtopäätöksissä todettiin, että terveysneuvontaa suun hoidossa tulee kohdistaa koko perheelle. (Efe – Sarvan – Kukulu 2007.)

Perheen eri jäsenten roolia terveyskäyttäytymisessä painotetaan tutkimuksissa. Varsinkin äitien roolia korostetaan. Jos heille ei ole kerrottu kariesen ehkäisyn merkityksestä, lapsilla todetaan enemmän kariesleesioita. (Ismail ym. 2011.) Sisaruksilta saatavaa positiivista tai negatiivista mallia hampaiden hoidon suhteen huomioidaan myös tutkimuksessa missä käsitellään vanhempien suhdetta lastensa hammashoitoon (Amin – Harrison 2008).

5.2.2 Vuorovaikutustilanne lapsen kanssa

Lasten kivuntunto on yksilöllistä kuten aikuisillakin. Alle neljävuotiaat lapset ovat herkempiä kivun tunteelle ja heillä ei ole vielä kehittyneitä kykyä ilmaista kipuaan niin selkeästi kuin vanhemmilla lapsilla. Lapsen kuuntelu ja tarkkailu on tärkeää hoitotoimenpiteen aikana kivun kokemuksen tunnistamiseksi. Hammashoitohenkilökunnan sanotaan aliarvioivan ajan myötä potilaan kivun kokemusta. Potilaan omaa tuntemusta kivun suhteen painotetaan merkittävimpana arviointina. (AAPD 2011.)

Lapsen temperamentti vaikuttaa kariesriskiin. Hampaiden harjaamisessa lapsen temperamenttiin liittyvä vastustelu koetaan vanhempia haastatellessa merkittävänä tekijänä hampaiden harjaamisen onnistumiseen. (Amin – Harrison 2008.) Lapsen kehitystasoon mukautettuun ohjaamiseen hampaiden harjaustilanteessa olisi

suuhygienistin perusteltua paneutua. Tämä ohjeistus tulisi sopeuttaa vanhemman kertomiin ongelmakohtiin.

Potilaan kohtaamisessa kaikkia hammashoidon henkilöitä, vaikkapa vastaanoton henkilöä, pidetään merkittävinä lapsipotilaan mielipiteen muodostamisessa siitä miten häntä kohdellaan hoidon suhteen. Kommunikaatiotaitojen merkitystä painotetaan. (AAPD 2011.)

Hoitavan henkilön äänen muokkaaminen, kasvojen ilmeet, ohjaavuus, empaattisuus, sopiva tunteiden ilmaisu, suostuttelemineen, kontrollin tunteen antaminen potilaalle ja vaikuttava ehdollistaminen (signaalioppimineen) vaikuttavat yhteistyökyvyttömän potilaan käytökseen. Potilaan huomio, oppilas-opettaja suhde sekä negatiivisen käyttäytymisen ehkäisy pyritään saavuttamaan näillä keinoin. Positiivisena palautteena voidaan käyttää myös lelua. (AAPD 2011.)

Reflektoivaa, empaattista kuuntelemista ilman hierarkista suhdetta hoitavaan henkilöön pidetään tärkeänä ehkäisevän neuvontatyön onnistumiselle. (Harrison 2003.) Lapsen itsetunnon kehittymistä voidaan tukea hammashoidossa. Lapsen suun terveyden edistäminen vaikuttaa koko kehonkuvaan ja siten lapsen itsetuntoon. Terveyden edistäjän tulisi huomioida jokaisen hammashoitokäynnin merkittävyys lapsen itsetunnon kehittymiseen. Sen tukemiseen olisi suotavaa käyttää erilaisia metodeja, jotka ovat lähtöisin jo hoitavan henkilön persoonan vaikuttavuudesta terveyden edistämistilanteessa.

Esteitä suun terveysneuvonnalle terveen, normaalisti kommunikoivan lapsen kanssa on hankala arvioida. Niitä voivat olla vanhempien kautta välittyvää pelko, aiempi vaikea tai kivulias hammashoito, hoitohenkilökunnan vajavainen hoidon suunnittelu tai toimimattomat ohjausmetodit. (AAPD 2011.)

Esteiden poistamiseksi hoitohenkilökunnan tulee suhtautua tilanteeseen opettajamaisella otteella. Suosituksena on aktiivinen kuuntelu, kehon kielen tulkitseminen ja ohjeistuksen sopeuttaminen potilaan kehitystasoon. Opettaja-oppilas -suhde sekä kodin ja perheen mukaan ottaminen hoitosuhteen kehittymiseen katsotaan tärkeänä tekijänä. Vanhempien läsnäolo tulee ottaa huomioon negatiivisena tai positiivisena asiana, riippuen siitä onko läsnäololla potilaan hoitoon etua vai haittaa. Tell-show-do -mallia voidaan käyttää. Siinä kerrotaan mitä tehdään, näytetään

esimerkein miten, ja lopulta tehdään hoitotoimenpide. Potilas pyritään orientoimaan hammashoittoon ja vaikutetaan potilaan reaktioon hoidon suhteen. (AAPD 2011.)

Huono suun terveys, erityisesti kariesongelmat, vaikuttavat lapsen kasvojen ilmeisiin hymyillessä ja heidän vanhempiansa mielipiteeseen lapsen hymystä. Eräässä tutkimuksessa käsitellään suun terveyden vaikutuksia omakuvaan. Lapset joilla oli hyvä suun terveydentila, kuvailivat hymyään positiivisemmin, näyttivät enemmän hampaita hymyillessään ja saivat enemmän positiivista palautetta vanhemmiltaan kuin lapset joilla oli heikko suun terveydentila. Suun terveys vaikuttaa siis itsetuntoon ja mielialaan sekä vaikuttaa myös sosiaalisissa kommunikointitilanteissa. (Patel – Tootla – Inglehart 2007.)

Lasten elämänlaatuun suun terveyden suhteen vaikuttavat seuraavat tekijät: ikä (erityisesti valtavat muutokset psykososiaalisessa kehityksessä: kognitionaalinen, emotionaalinen, sosiaalinen ja kielellinen kehittyminen), hampaiston ja kasvojen rakenteellinen kehitys, ikäkauteen mennessä tapahtuneet henkilökohtaiset kokemukset elämässä, sukupuoli, rotu, koulutus (erityisesti kielellisten taitojen puute), kokemukset liittyen klinisiin toimenpiteisiin, hammashoidon tasa-arvoisuus yhteiskunnassa, hammaslääkäriasemien puutteellisuus, kulttuuriset, sosiaaliset ja materiaaliset voimavarat yleisesti. (Barbosa – Gaviao 2008.)

Lasten omaa vastuunottoa hammashoidosta pidetään tärkeänä. Terveysneuvontatyön tulee keskittyä tietoon, asenteisiin ja käyttäytymiseen. Potilaskeskeisen terveystyön on todettu olevan tehokkainta. Australiassa tehdyn tutkimuksen mukaan terveystyö, jossa ei ole vastakkainasettelua ja joka on potilaskeskeistä, herättää vanhempien positiivisen syyllisyyden tunteen lapsen suun terveyden suhteen. (Cashmore ym. 2011.) Suunhoidon ammattilaiset korostavat pohjoismaalaiset lapset kohderyhmänä, että lapsipotilaille tulisi osoittaa selkeästi huonon suuhygienian seuraukset. (Phillips 2011.)

Eräässä katsauksessa käsitellään lapsen kehityskaarta suhteessa terveydenlukutaitoon. Kuuden vuoden iässä lapsella alkaa kehittymään oma abstrakti ajattelukyky ja minäkäsitys. Lapsen alkavat vertailemaan omia fyysisiä piirteitään muihin lapsiin ja normaali-käsityksiin. Kyky tehdä vertaavaa arviointia ulkonäöstä, ihmissuhteiden laadusta, toisten ihmisten mielipiteistä, emootioista ja käyttäytymisestä kehittyä voimakkaasti vasta

noin 6-10 vuoden iässä. Lapset kehittyvät tuntemaan ja tunnistamaan moniulotteisemmin omaa sairautentunnettaan sekä ilmaisemaan oireitaan. (Barbosa – Gaviao 2008.) Voimme päätellä että päiväkotikäiselle lapselle terveysneuvonnan tulee olla suunniteltu huomioiden abstraktin ajattelukyvyyn ja minäkäsityksen kehittymättömyys.

Epäsuotuiset terveystottumukset vakiintuvat käytännöiksi jo lapsuudessa ja niiden muuttaminen on vaikeampaa mitä vanhempana niihin pyritään puuttumaan. Käyttäymismallit vahvistuvat tai heikentyvät aikuisuuteen mennessä ja lapsuuden terveyskäyttäytymisellä on vahva yhteys aikuisena noudatettuihin terveyskäyttäytymistapoihin. Teini-ikäisille hammasterveyden on todettu olevan vielä vähemmän merkittävää kuin yleisterveyden. Opittu terveyskäyttäytymismalli, kuten hampaiden harjaustekniikka, ei pysy ihmisen käytössä ajan myötä yhtä hyvin kuin sisäistetty terveydenlukutaito. Terveydenlukutaidon kehittymisen katsotaan tutkimusten mukaan vaikuttavan merkittävästi käyttäytymismallien muuttumiseen ja potilaan hoitomyönteisyyteen. (Brukiene – Alensejuniene 2010.) Lapsen itsensä kokema hoidon tarve on selkeästi yhteydessä kehittymässä olevaan elämän laadun kokemiseen suun terveyden kannalta. Lapsi siis oppii ymmärtämään hammashoidon merkityksen ja sisäistää suotuisia elämäntapoja jos hän on altistunut riittävästi suun terveydenlukutaidon omakohtaiselle kokemukselle. Lasten käsitys omasta terveydestään on jatkuvan kasvamisprosessin alainen. (Barbosa – Gaviao 2008.) Tämän vuoksi on perusteltua pyrkiä vastavuoroiseen keskusteluun. Lapsen kokemus terveyskäyttäytymisen muutoksen tarpeesta tulisi ottaa huomioon, jotta terveysneuvonta olisi potilasta voimavaraistavaa.

5.3 Suuhygieniapetus leikin varjolla

Lapsi oppii leikin kautta, joten leikin merkitystä ei tulisi sivuuttaa tehdessä terveyden edistämistyötä lapsiin kohdennettuna. Lapselle hyödyllisten taitojen ja oppien opettaminen sujuu parhaiten leikin varjolla (Stakes 2005). Suuhygieniapetukseen on monia keinoja, joita voidaan toteuttaa leikin avulla. Esittelemme seuraavassa tutkimuksia aiheesta.

Yhdysvaltalaisessa tutkimuksessa tavoitteena oli demonstroida, että lyhyelläkin suun terveyttä edistävällä interventiolla on mahdollista saavuttaa lasten suun terveyden parantumista. Suuhygienisti-opiskelijoiden toteuttama 15 minuutin, leikkisä terveyden-

edistämistä sisälsi perustietoa suuhygieniasta muunnettuna alle kouluikäisen oppimistasoon. (Ramseier – Leiggener – Lang – Bagramian – Inglehart 2007: 19-24.) Leikin merkitys korostuu positiivisten tulosten varjossa.

Kaikki hammashoito-ohjeita saaneista lapsista paransivat suuhygienia-tasoaan plakki-kontrollissa neljän viikon jälkeen opetus-tuokiosta. Päiväkoti-ikäiset tytöt paransivat suuhygienia-tilannettaan huomattavasti enemmän kuin vastaavan ikäiset pojat. Tutkimuksen valossa vaikuttaisi olevan tarpeellista miettiä toisenlaisia opetusmetodeja poikien motivoimiseksi, ottaen huomioon myös sen että alle kouluikäisten poikien innostus suorittaa henkilökohtaista hygieniaa on usein rajoittuneempi kuin tyttöillä. (Ramseier ym. 2007: 19–24.) Tutkimuksen tulokset tulisi motivoida jokaista suun terveydenedistämistyötä tekevää. On merkittävä huomio että alle kouluikäisten lasten suun terveydentilaan voidaan vaikuttaa lyhyelläkin, hyvin suunnitellulla tilaisuudella. Poikien motiivoinnissa tulisi huomio kiinnittää poikia kiinnostaviin asioihin ja pitää mielessä että pojat ovat kehityksessä usein jäljessä tyttöjä. Pelien ja aktiivisen toiminnan kautta voisi poikien kiinnostus hampaiden hoitoon lisääntyä.

Makuch ja Reschke etsivät uusia menetelmiä suun terveyden edistämiseen peleistä ja leikeistä päiväkotikäisille lapsille. Kävi ilmi että lasten kehitystasoon sovitettut pelit ovat vaikuttavampia primaari preventiossa kuin perinteiset terveystasokasvatusmenettelytavat. (Makuch – Reschke 2001: 110.) Lasten suun terveyden edistämiseen pelit sopivat hyvin tutkimuksen pohjalta.

Lapset osallistuivat hammasharja-lauluun ja tarinaan, josta lasten tuli etsiä virheitä. Heitä opetettiin tutkimaan hampaiden puhtautta kielillä ja rooli-leikillä opetettiin oikeaa harjaustekniikkaa. He pelasivat ruoka-peliä, jossa terveellinen ruoka tuli yhdistää onnelliseen ja epäterveellinen ruoka surulliseen hampaaseen. Käsinukke-esitys demonstroi lapsille oikeanlaista suuhygieniaa, jonka kautta lapsi ymmärsi miksi suun hoito oli tärkeää. Leikit ja pelit opettivat lapsille mitä tehdä suun hoidossa ja miten. (Makuch – Reschke 2001: 105–110.) Leikin kautta tuotu opetus on todistetusti tehokasta, joka sopisi hyvin suuhygienistin toteuttaman terveyden edistämisen menetelmäksi. Sitä ei tulisi sivuuttaa mietittäessä vaikuttavia keinoja edistää alle kouluikäisen lapsen suun terveyttä, koska leikillä on suuri merkitys päiväkotikäisen lapsen oppimisessa.

Leikissä lapsi oppii harjoittelemaan kuvittelun kykyä. Saduilla on lapselle sama merkitys. Satujen kautta lapsi oppii kuuntelemaan ja ammentamaan mielikuvituskuvia, joka on erityisesti 5–6-vuotiaan lapsen kehitysvaiheessa merkityksellistä. Satujen avulla lapsi käsittelee pelkojaan ja ongelmiaan ei-tietoisesti, minkä kautta lapsi oppii hallitsemaan ja ratkaisemaan niitä. (Jokipaltio 1997: 18.) Satujen kautta lapselle voi opettaa esimerkiksi hammashoitoon liittyviä asioita ymmärrettävässä ja myönteisessä muodossa.

Päiväkoti-ikäisten lasten suun terveyden edistämisen keinona satujen ja leikkien merkitystä ei tulisi unohtaa yhtenä tehokkaista terveyden edistämisen keinoista.

5.4 Harjaustekniikan opetus

Hampaiden harjauksen opetukseen on ollut käytössä monenlaisia menetelmiä. Ainakin Suomessa on paljon käytetty suurten mallileukojen ja ison hammasharjan avulla demonstroitua harjausta. Harjausopetuksen tehokkuudesta on viime vuosina tehty mielenkiintoisia tutkimuksia. Suuhygienistin tulisi toimia näyttöön perustuvasti tässäkin asiassa. Siksi toimme oppimateriaalissamme esille harjausopetuksen tutkimustuloksia, jotka esittelemme seuraavaksi.

Vuonna 2011 Saksassa tehdyssä tutkimuksessa vertailtiin erilaisten hampaiden harjausmallien tehokkuutta alle kouluikäisiin lapsiin. Tutkimukseen osallistui 2,5 ja 4-vuotiaita lapsia, joilla ei ollut aikaisempaa kokemusta ohjatusta hampaiden harjausopetuksesta. Vertailukohteina oli neljä erilaista hampaiden harjausmallia: ensimmäisenä perinteiset ylisuuret hammasmallit, toisena hampaat eläin-käsinuken suussa, kolmantena hampaiden harjaus lapsen suorittamana peilin edessä ja neljäntenä aikuinen havainnollistamassa hampaiden harjauksen lapselle pelin edessä. (Makuch – Reschke – Rupf 2011: 9–12.)

Tutkimuksessa todettiin että viimeisessä harjausmallissa kolme neljästä lapsesta onnistui täyttämään kriteerit parhaiten harjan sijainnissa ja harjausliikkeessä. Tulokset olivat huomattavan samanlaiset verrattaessa kolmatta ja neljättä mallia. Parhaiten lapset onnistuivat kun harjausta opetettiin lapsen katsoessa peiliin harjatessaan ja silloin kun aikuinen harjasi lapsen hampaita peilin edessä. Hampaiden harjausmallin tehokkuus oli yhteydessä siihen, kuinka paljon yhteistä lapsella ja harjausmallilla oli. Mitä

enemmän lapsi tunnisti itseään mallissa ja samaistui tähän, sitä todennäköisemmin hän oli kykenevä onnistuneesti jäljittelemään opetettuja liikkeitä. (Makuch ym. 2011: 9–12.)

Tulos osoittaa että yksinkertaiset harjausliikkeet, alle kouluikäisen lapsen motorisen toiminnon kehitykseen mukautettuna, pitäisi havainnollistaa lasta kiinnostavalla mallilla, kuten esimerkiksi vanhemmilla, päiväkodin opettajilla ja vanhemmilla sisaruksilla. Tämä selittää mikseivät ylisuuret hammasmallit ja eläinkäsinukke-mallina menestyneet. Lapset tuntuivat olevan vaikuttuneita vain ylisuurten hampaiden avaus- ja sulkemisliikkeistä. Tärkeimmiksi seikoiksi parhaiten menestyneessä mallissa olivat mallien samankaltaisuus ja kiinnostavuus, samansuuntainen havainnollistaminen ja peiliin katsomisen palaute motoristen taitojen itsekontrollin kehityksestä. (Makuch ym. 2011: 9–12.)

Samaistuminen ja mallioppiminen tulisi huomioida harjausopetusta toteuttaessa. Sen merkitystä tulisi korostaa myös lasten vanhemmille, jotta saavutettaisiin pysyviä tuloksia. Suuhygienisteille tutkimus antaa näyttöön perustuvaa tietoa harjausopetuksen toteuttamiseen. Tutkimuksen tulokset osoittavat perinteisen mallileukojen avulla opetetavan harjauksen tehottomuuden, ainakin alle 4-vuotiaiden lasten keskuudessa. Tutkimuksessa ei kuitenkaan tutkittu harjausopetusten yhdistelmiä, jotka olisivat voineet tuoda erilaisia tuloksia.

Harjausmalli-yhdistelmien vaikuttavuudestakin on onneksi saatavilla ajankohtaista tutkimusmateriaalia. Brasilialaisessa tutkimuksessa testattiin erilaisten hampaiden harjausmetodien yhdistelmän tehokkuutta 3–6-vuotiaisiin lapsiin. Ensimmäisenä metodina oli audiovisuaalinen diaesitys, jonka aiheet ja motivointi sovitettiin lasten ikään sopivaksi. Toisena metodina hammaslääkäri havainnollisti harjaustekniikkaa käyttäen lasta mallina ja viimeisenä jokainen lapsi sai yksilöllistä ohjeistusta hampaiden harjaukseen. (Leal – Bezerra – Toledo 2002: 133.)

Tutkimus vahvisti aikaisempien tutkimusten tuloksia siitä, että ohjaaminen ja valvonta ovat tärkeässä roolissa opettaessa lapsille tehokasta hampaiden harjausta. Yksilöllinen harjauksen ohjeistus oli tutkimuksessa tehokkain kun sitä edelsi audiovisuaalinen mallintaminen. 5–6-vuotiaiden ikäryhmässä lapset paransivat suuhygienia-tasoa enemmän verrattuna 3–4-vuotiaiden ryhmään. (Leal – Bezerra – Toledo 2002: 133–136.) Tämän voi selittää yksinkertaisesti lasten eri kehitystasosta.

Alle 5-vuotiaat lapset eivät ymmärrä tehokkaaseen harjaukseen vaadittavaa kieltä kuten prepositioiden "takana" tai "jonkin päällä" käyttöä, joten sanallinen ohjeistus on tehotonta tämän ikäisille. Näyttää siltä että hampaiden harjaukseen vaadittavan kielen oppiminen on yhteydessä alkeis-opetukseen menoon. Manuaalisen harjauksen taidot opitaan 4–5-vuotta tämän jälkeen, eli vasta noin 10–11-vuotiaana lapsen käden hienomotoriikka vastaa aikuisen. (Unkel – Fenton – Hobbs – Frere 1995: 348.) Myös vanhemmille tulisi korostaa ettei lapsi yksin kykene puhdistamaan hampaitaan tehokkaasti ennen kuin hienomotoriset taidot ovat tarpeeksi karttuneet.

Alle kouluikäisille lapsille tulisi antaa harjaus-ohjeita sovellettuna lapsen ikään, jotta saavutetaan tehokasta ohjausta. Ohjeistus tulisi sisältää systemaattista opettelua ja vahvistamista. (Leal – Bezerra – Toledo 2002:136.) Lapsen kehitystasolla voidaan perustella myös miksei pelkkä mallileukojen avulla opetettu harjausopetus ollut tehokasta Makuch:n, Reschken ja Rupf:n (2011) tutkimuksessa.

Tutkimuksessa lasten kariuksen ehkäisemiseksi yhteistyön keinoin on myös saatu viitteitä siitä, että konkreettinen tekniikoiden opettelu harjaamisen suhteen ja visuaalinen opetusmetodi koetaan vaikuttavana informaation välittämiseen. Henkilökohtaista osallistumista pidetään tärkeänä. (Schroth ym. 2010.) Tutkimus tukee yksilöllisen harjausopetuksen tarvetta, johon pitäisi suun terveydenhuollosta löytyä kiinnostusta ja resursseja näyttöön perustuvan toiminnan takaamiseksi. Ennaltaehkäisevässä hoidossa suuhygienistien ammattiosaaminen on kiistaton. Suuhygienistillä tulisi olla harjausopetuksen suorittamiseen riittävästi ajankohtaista tutkimustietoa toimintansa perustalla.

6 Oppimateriaali suuhygienisti-opiskelijoiden vertikaalisen oppimisen tueksi

Tässä kappaleessa esittelemme opinnäytetyömme tuotoksen ja kerromme millä perustein sisällön valinnat on tehty.

Kehittämämme oppimateriaalin tavoite on tukea ja vahvistaa suuhygienistin terveyden edistämistyön näyttöön perustuvuutta kohdennettuna päiväkotikäisiin lapsiin. Oppimateriaali on koottu ajankohtaisista terveyden edistämisen menetelmistä, joita opiskelijat voivat hyödyntää terveydenedistämistilaisuuden suunnittelussa. Materiaali on ensisijaisesti suunnattu suuhygienisti-opiskelijoille, mutta sitä voivat hyödyntää myös muut terveydenhuollon alalla työskentelevät. Esimerkiksi päiväkodeissa käyvät hammashoitajat tai terveydenhoitajat neuvoloissa saattaisivat hyötyä materiaalin tiedoista. Terveyden edistämistilaisuuksien pitäisi tämän hetkisen käytännön mukaisesti olla sosiaali- ja terveydenhoitotyössä näyttöön perustuvia (Perälä ym. 2008). Oppimateriaali on PowerPoint-esitys ja siihen sisältyy vajaat 30 diaa (liite 6).

Oppimateriaali on koottu monista eri tutkimuksista ja sen laadun kriteerit noudattavat Opetushallituksen verkko-oppimateriaalin pedagogisen laadun kriteerejä. Pedagogisen laadun kriteerit valitsimme niiden soveltuessa tarkoituksiimme parhaiten. Oppimateriaalin sisällön suunnittelussa otimme huomioon myös opiskelijoiden toiveita ja tarpeita, jotka nousivat esiin suorittamastamme päiväkotiprojektin toteutusta arvioivasta kyselystä.

Pedagogisessa laadussa on oleellista että oppimateriaali tukee oppimista oppimisen, opetuksen ja tiedon uusimpien tutkimustulosten mukaisesti. Oppijan aktiivisuus opittavan ilmiön suhteen ja oppimistehtävien haasteellisuus, merkityksellisyys ja avoimuus ovat keskeisiä opetuksellisia piirteitä pedagogisessa laadussa. (Opetushallitus 2005:14.) Pyrimme toteuttamaan soveltuvin osin pedagogisen laadun kriteereitä työssämme.

Oppimateriaalimme tarkoitus, tavoitteet, kohderyhmä ja käytötapa on esitelty materiaalin alussa, kuten pedagogisen laadun kriteerit ohjeistavat (Opetushallitus 2005:15). Laadun kriteerien mukaisesti pyrimme oppimateriaalissamme aktivoimaan opiskelijoiden ajattelua sekä tukemaan oman tiedon tuottamista ja luovuudelle antautumista (Opetushallitus 2005:16). Tämä toteutuu oppimateriaalissa olevien ”Pohdi” -tehtävien kautta, joissa opiskelijaa ohjataan arvioimaan lukemaansa ja miettimään miten sitä voisi tuoda käytäntöön päiväkotiprojektin puitteissa.

Oppimateriaalin rakenteen tulisi ohjata oppimista niin että etenemismahdollisuudet ja eri osiot olisi helppo hahmottaa (Opetushallitus 2005:16). Oppimateriaalissa esittelemme alussa sisällön kokonaisuudessaan alaotsikoineen. Lisäksi aina ennen laajemman kokonaisuuden alkua esittelemme seuraavaksi käsiteltävät aiheet erillisellä dialla, jotta kokonaisuus hahmottuisi paremmin. Menetelmä-osion jälkeen tulee ”yhteenveto” -dia, jossa verraten laajan kokonaisuuden tärkeimmät asiat tulevat kerrattua.

Pyysimme opiskelijoilta palautetta oppimateriaalistamme, jotta voisimme kriittisesti ja perustellen arvioida tuotostamme. Palautelomake löytyy liitteenä (liite 7). Pyysimme opiskelijoita arvioimaan lyhyesti oppimateriaalin vahvuudet ja mahdolliset kehittämisehdotukset sekä pohtimaan miten oppimateriaali auttoi päiväkotiprojektiin valmistautumisessa.

Taulukko 1. Oppimateriaalin tärkeimmät työvaiheet ja aikataulutus

Tärkeimmät työvaiheet:	Aikataulu:
1. Tiedonhaku käytännöstä ja teoriasta	Kevät-Syky 2011
2. Lähteiden aukikirjoitus, näkökulman valinta, lähdekriittisyys	Syky 2011
3. Aineiston koonti, oppimateriaalin valmistus	Talvi-Kevät 2012
4. Oppimateriaalin viimeistely ja pilotointi käytäntöön	Kevät 2012
5. Materiaalin loppuarviointi	Syky 2012

Evidence-Based Oral Health Promotion-hankkeen tarkoituksen mukaisesti terveydenedistämismateriaalimme tulee olemaan myös Japanin yhteistyökoulun suuhygienistiopiskelijoiden oppimateriaalina Moodlella. Moodle on Metropolia Ammattikorkeakoulun sähköinen oppimisympäristö. Ehdotuksemme käsikirjoituksesta löytyy liitteenä (liite 8).

7 Pohdinta

Opinnäytetyössämme on huomioitu Suomen terveystieteiden linjausten asettama terveyserojen kaventamisen tarve. Oppimateriaalin laatimisessa pyrimme vastaamaan tarpeeseen lisäämällä teoreettista tietoutta päiväkotiprojektin suunnittelun tueksi, jotta opiskelijan olisi helpompi toteuttaa tasa-arvoista terveydenedistämistyötä näyttöön perustuen. Haastoimme opiskelijat pohtimaan oppimateriaalin kautta päiväkotikäisten lasten suun terveysongelmia nykypäivänä. Lisäksi korostimme lasten kehitysvaiheen huomioimista sekä vanhemmuuden tukemiseen liittyviä haasteita päiväkotiprojektin toteuttamisessa.

Opinnäytetyön aikana jatkuvassa prosessissa oli arviointi oppimateriaalin mahdollisista hyödyistä. Teoreettiselle perustalle asetettuja kysymyksiä ovat olleet:

1. Miten terveystieteelliset päätökset vaikuttavat 3–6 -vuotiaan lapsen suun terveydenhoitoon ja terveyden edistämiseen?
2. Millaista osaamista suuhygienistillä tulee olla pienen lapsen terveyden edistämiseksi?
3. Millaisilla terveyden edistämisen menetelmillä ja toiminnoilla on vaikutusta 3–6-vuotiaiden lasten suun terveyteen ja hyvinvointiin?
4. Millaisia haasteita edellä mainitut tekijät asettavat ammattilaisille oppimateriaalin kehittämiseen?

Näihin kysymyksiin muodostuneiden vastausten pohjalta laadimme oppimateriaalin ja toivomme sen innostavan opiskelijoita teoreettisen tiedon lähteille. Teoriapohjan kattavuutta saattoi haitata että emme tehneet systemaattista kirjallisuuskatsausta, jolla olisi voinut saada erilaista sisältöä. Tiedonhaun taustalla olivat perusteet aiheemme rajaukselle, jonka vuoksi systemaattinen kirjallisuuskatsaus ei ollut aiheellinen.

Opinnäytetyömme tarkoitus oli kehittää uusia työvälineitä terveydenhuollon ammattilaisille päiväkotikäisten lasten suun terveydenedistämiseen. Tähän tarkoitukseen pääsemiseen meillä oli kaksi tavoitetta.

Ensimmäinen tavoitteemme oli tuottaa oppimateriaali päiväkotikäisten lasten suun terveyden edistämistyöhön. Tuotos noudattelee näyttöön perustuvuuden periaatetta

tukeutuen ajankohtaisiin aiheesta löydettyihin tutkimuksiin. Opiskelijoilta saadun palautteen valossa oppimateriaalia kuvattiin monipuolisena ja tiivistettynä kokonaisuutena, josta oli hyötyä päiväkotiprojektin suunnittelussa. Opiskelijoita aktivoivat pohdi - osiot nähtiin hyödyllisinä opiskelijoiden palautteen mukaan. Kehittämisehdotuksina mainittiin vanhemmuuden tukemiseen liittyvien keinojen puute, joka onkin terveyden edistämisen yleinen haaste. Lisäksi osa opiskelijoista koki osan tekstistä liian pitkänä, ja onkin totta että osan tekstistä olisi voinut tiivistää. Emme kuitenkaan halunneet asiayhteyksien kärsivän liiallisesta yksioikoistamisesta. Materiaalista toivottiin myös toisenlaisia saatavuutta kuin nykyinen verkkoversio.

Toisena tavoitteenamme oli osallistua moniammatillisen päiväkotiprojektin suunnitteluun, kehittämiseen ja arviointiin osana Terve Suu-projektia. Tähän tavoitteeseen pääsemistä onkin vaikeampi mitata ja sen toteutuminen on ollut pääosin itsearviointin varassa ulkopuolisen arvioitsijan puuttuessa. Osallistumisemme Terve Suu -projektiin oli mielestämme puutteellista vähäisten projektipalaverien vuoksi. Projektin liittyminen työhömme oli kuitenkin merkityksellistä opinnäytetyömme linkittymisenä suurempaan kokonaisuuteen. Merkittävä osa tavoitteisiin pääsemistä oli osallistuminen päiväkotiprojektin suunnitteluun ja arviointiin tutoroitsijan roolissa. Osallistumisen lähtökohtana oli havainnointi. Opiskelijat tuntuivat olevan ohjauksen tarpeessa ja tarvitsivat tukea terveysneuvontatilaisuuden kehittelyyn. Myös valmistautumiseen varattu aika koettiin riittämättömänä. Osallistumisemme aikana suoritettu kysely opiskelijoille auttoi opiskelijoiden kokemusten hyödyntämisessä.

Eettisiä näkökulmia kunnioittaen pyrimme koko opinnäytetyössämme rehellisyyteen, tarkkuuteen ja todenmukaisuuteen. Opinnäytetyötä tehdessämme pyrimme noudattamaan hoitotyön etiikkaa. Kyselyn suorittamisessa pyrimme takaamaan kyselyyn vastanneiden opiskelijoiden anonyymiuden sekä aineiston asianmukaisen käytön eettisten periaatteiden mukaisesti (Hirsjärvi – Remes – Sajavaara 2004: 26–27).

Oppimateriaalista saadut palautteet määrittelevät tuotoksesta saadun hyödyn ja sitä kautta opinnäytetyömme tulokset. Palautteen avulla pystyimme arvioimaan tuotoksemme vaikuttavuutta. Tulosten luotettavuutta haittasi palautteen kapea otanta, johon emme pystyneet itse vaikuttamaan. On mahdollista että suuremmalla otannalla olisim-

me päässeet toisenlaiseen vaikuttavuuden määritelmään. Luotettavuutta opinnäytetyössämme saattaa heikentää myös mahdolliset englanninkielisten lähteiden kääntämisestä aiheutuneet asiavirheet. Olemme käyttäneet tiukkaa lähdekritiikkiä valikoidessamme lähdemateriaalin Metropolian ammattikorkeakoulun yleisten ohjeiden mukaisesti.

Opinnäytetyön työstäminen on ollut kaikkiaan opettavainen ja haastava prosessi. Prosessin aikana ammatillinen kasvu kehittyi uusien näkökulmien oivaltamisella uusimpien tutkimusten kautta ja mielenkiinto aihetta kohtaan kasvoi mitä enemmän tietoa aiheesta haki. Haastavinta alussa oli aiheen ja näkökulman rajaaminen. Prosessi opetti sietämään stressiä ja toimimaan yhteistyössä erilaisissa tilanteissa. Kompromissien teko ja joustaminen opettivat kärsivällisyyttä, jota työelämässä tulee tarvitsemaan. Kokonaisuuden pitäminen kasassa ei ollut aina helppoa, mutta palkitsevaa onnistuessaan.

Tuottamamme oppimateriaali on pääasiassa suunniteltu suuhygienistiopiskelijoiden käyttöön, mutta uskomme että siitä voisi olla hyötyä myös muille hoitoalan henkilöille. Jatkokehitysideana voisi olla oppimateriaalin hyödyntäminen esimerkiksi terveydenhoitajien koulutuksessa. Näkisimme että oppimateriaaliamme pystyttäisiin hyödyntämään parhaiten osana lähiopetusta, jottei siihen tutustuminen jäisi ainoastaan opiskelijan omalle vastuulle. Vanhemmuuden tukemiseen käytettävien menetelmien puute nousi tutkimuksista useaan otteeseen, joka tuli opiskelijoiden palautteestakin ilmi. Näemme vanhempien osallistamisen päiväkotikäisten lasten suun hoitoon hyvin merkittävänä yksittäisenä tekijänä. Aiheesta voisi nousta uusille kehittämisprojekteille ja opinnäytetoille ajankohtainen lähtökohta.

8 Lähteet

- AAPD 2009. American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline on Periodicity of Examination, Preventive Dental Services, Anticipatory Guidance/Counseling, and Oral Treatment for Infants, Children and Adolescents. *Pediatric Dentistry. Reference Manual* 31 (6). 118-124.
- AAPD 2011. American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline on behavioral guidance for the pediatric dental patient. *Reference Manual 2001-2002* 23 (7).
- Amin, Maryam – Harrison, Rosamund 2008. Understanding parents' oral health behaviors for their young children. *Qualitative Health research* 19 (1). 116-127.
- Barbosa, TS – Gaviao, MBD 2008. Oral health-related quality of life in children: Part I. How well do children know themselves? A systematic review. *International Journal of Dental Hygiene* 6 (2). 93–99.
- Brukiene, Vilma – Alensejuniene, Jolanta 2010. Theory-based oral health education in adolescents. *Stomatologija, Baltic Dental and Maxillofacial Journal* 12 (1). 3–9.
- Cashmore, Aaron W – Noller, Jennifer – Johnson, Bronwyn – Ritchie, Jan – Blinkhorn, Anthony 2011. Taking the pain out of waiting: The oral health counselling experiences of parents of children with extensive dental caries. New South Wales Department of Health. *Health Education Journal* 1-13.
- Dufour LA – Beaulieu E 2001. Early childhood caries prevention: early intervention by the dental hygienist. *Journal of Practical Hygiene* 10 (3). 15–20.
- Efe, Emine – Sarvan, Sureyya – Kukulcu, Kamile 2007. Self-reported knowledge and behaviours related to oral and dental health in Turkish children. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing* 30(4). 133–146.
- Garbin, CAS – Garbin, AJI – dos Santos, KT – Lima, DP 2009. Oral health education in schools promoting health agents. *International Journal of Dental Hygiene* 7(3). 212.
- Harrison, Rosamund 2003. Oral health promotion for high-risk children: case studies from British Columbia. *Journal of Canadian Dental Association* 69(5). 292-296.
- Hirsjärvi, S – Remes, P – Sajavaara, P 2004. Tutki ja kirjoita. 10. painos. Jyväskylä: Gummerus.
- Ismail, Amid I. – Ondersma, Steven – Willen Jedele, Jenefer M – Little, Roderick j – Lepkowski, James M 2011. Evaluation of a brief tailored motivational intervention to prevent early childhood caries. *Community Dentistry and Oral Epidemiology* 39(5). 433–448.
- Jokipältö, Johanna 1997. Sadun voimat II polunpäitä sadun maailmaan. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä 1997.

- Karjalainen, Sara – Söderling, Eva – Sewon, Liisi – Lapinleimu, Helena – Simell, Olli 2001. A prospective study on sucrose consumption, visible plaque and caries in children from 3 to 6 years of age. *Community Dentistry and Oral Epidemiology* 29. 136-142.
- Karkela, E 1980. Terveyskasvatuksen tavoitealueet varhaiskasvatuksessa. Jyväskylä: kansanterveyden laitos.
- Kay, E.J. – Locker, D 2006. Is dental education effective? A systematic review of current evidence. *Community Dentistry and Oral Epidemiology* 24 (4). 231-235.
- Käypä hoito 2009. Karies (hallinta). Käypä hoito suositukset. <<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50078>. > Luettu 22.02.2012.
- Krappe, Sari 2007. Lasten hampaiden alkavaa reikiintymistä voidaan hidastaa. *Suomen hammaslääkärilehti* 19 (14). 1048.
- Leal – Bezerra – Toledo de 2002. Effectiveness of Teaching Methods for Toothbrushing in Preschool Children. *Brazilian Dental Journal* 13 (2). 133-136.
- Liimatainen, Leena 2002. Kokemuksellisen oppimisen kautta kohti terveyden edistämisen asiantuntijuutta: hoitotyön ammattikorkeakouluopiskelijoiden terveyden edistämisen oppiminen hoitotyön harjoittelussa. Väitöskirja. Jyväskylän yliopisto.
- Livny, Alon – Sgan-Cohen, Harold 2007. A review of a community program aimed at preventing early childhood caries among Jerusalem infants – a brief communication. *Journal of Public Health Dentistry* 67(2). 78-82.
- Makuch, Almut – Reschke, Konrad – Rupf, Stefan 2011. Effective Teaching of Toothbrushing to Preschool Children. *Journal of Dentistry for Children* 78(1). 9-12.
- Makuch, Almut – Reschke, Konrad 2001. Playing games in promoting childhood dental health. *Patient Education and Counselling* 43. 105-110.
- Manninen, Johanna 2011. Sosio-ekonomiset terveysterot ja niiden kaventaminen suun terveydenhuollossa. Suun Terveudeksi STAL Suun terveydenhoidon ammattiliitto Ry 1. 7.
- Mattheus, Deborah 2010. Vulnerability related to oral health in early childhood: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing* 66(9). 2116-2125.
- Mattila, M.-L. – Rautava, R – Sillanpää, M – Paunio, P 2000. Caries in Five-year-old Children and Associations with Family-related Factors. *J Dent Res* 79(3). 875-881.
- Mattila, Marja-Leena – Ojanlatva, Ansa – Rähkä, Hannele – Rautava, Päivi 2005. Perhe hammashuollon asiakkaana. *Suomen hammaslääkärilehti* 2005 8 (12). 492-496.
- Meurman, Pia – Pienihäkkinen, Kaisu – Eriksson, Anna-Leena – Alanen, Pentti 2009. Oral health programme for preschool children: a prospective, controlled study. *International Journal of Paediatric Dentistry* 19 (4). 263-273.

- Ojasalo, Katri – Moilanen, Teemu – Ritalahti, Jarmo 2009. Kehittämistyön menetelmät, uudenlaista osaamista liiketoimintaan. WSOYpro Oy. Helsinki.
- Opetushallitus 2005. Verkko-oppimateriaalin laatukriteerit. Edita Prima Oy: Helsinki. <http://www.oph.fi/download/47132_verkko-oppimateriaalin_laatukriteerit.pdf>
- Patel, Ruchir – Tootla, Ruwaida – Inglehart, Marita 2007. Does oral health affect self perceptions, parental ratings and video-based assessments of children's smiles? *Community Dentistry and Oral Epidemiology* 35 (1). 44-52.
- Perälä, M-L – Toljamo, M. – Vallimies-Patomäki, M. – Pelkonen, M 2008. Tavoitteena näyttöön perustuva hoitotyö. Stakes. Verkkodokumentti. <<http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/raportit/R28-2008-VERKKO.pdf>>. Luettu 30.11.2011
- Philips 2011. Pohjoismainen tuore lasten hampaidenhoitotutkimus osoittaa: Suomessa lasten suun terveys on heikompi kuin muissa pohjoismaissa. Verkkodokumentti. <<http://www.newscenter.philips.com/fi>>. Luettu 13.2.2012.
- Pienihäkkinen, K – Jokela, J – Alanen, P 2005. Risk-based early prevention on comparison with routine prevention of dental caries: a 7-year follow-up of a controlled clinical trial; clinical and economic aspects. *BMC Oral Health* 5(2). 1–7. Verkkodokumentti. <www.biomedcentral.com/1472-6831/5/2>. Luettu 25.4.2011.
- Ramseier, Christoph - Leiggenger, Isabelle - Lang, Niklaus P – Bagramian, Robert A – Inglehart, Marita R 2007. Short-term effects of hygiene education for preschool (kindergarten) children: a clinical study. *Oral Health & Preventive Dentistry* 2007 5(1). 19–24.
- Rollnick, S – Miller, WR 1995. What is Motivational Interviewing? *Behav Cogn Psychother* 23. 325–34
- Rong, Wen Sheng – Bian, Jin You – Wang, Wei Jian – Wang, Jia De 2003. Effectiveness of an oral health education and caries prevention program in kindergartens in China. *Community Dentistry and Oral Epidemiology* 31(6). 412–416.
- Schroth, Robert J – Edwards, Jeanette M – Moffatt, Michael EK – Mellon, Bernadette – Ellis, Marion – Harms, Lavonne 2010. Healthy Smile Happy Child: evaluation of a capacity building early childhood oral health promotion initiative. University of Manitoba, Canada.
- Sirviö, Kaarina 2009. Karies alle kouluikäisillä lapsilla. *Terve Suu*. Kustannus Oy Duodecim.
- Soiluva, Maire 2012. Sosio-ekonomiset erot Suomessa hälyyttävät: asiaan pitää ehdottomasti puuttua kaikilla mahdollisilla tasoilla. *Suun Terveudeksi STAL Suun terveydenhoidon ammattiliitto Ry* 1. 6-7.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2001. Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 - kansanterveysohjelmasta. *Julkaisuja* 2001:4. Helsinki. 1–35. <http://www.hyvinvointiklusteri.fi/tiedostot/File/STM_terveys2015.pdf> Luettu 1.5.2012.

- Sosiaali- ja terveysministeriö 2004. Lapsi, perhe ja ruoka: Imeväis- ja leikki-ikäisten lasten, odottavien ja imettävien äitien ravitsemussuositus. <<http://pre20090115.stm.fi/pr1095673148360/passthru.pdf>> Luettu 10.5.2012.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2008. Kansallinen terveysterojen kaventamisen toimintaohjelma 2008-2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:16. <http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3702.pdf&title=Kansallinen_terveysterojen_kaventamisen_toimintaohjelma_2008__8211_2011_fi.pdf> . Luettu 14.4.2012.
- Stakes 2005. Varhaiskasvatussuunnitelman perusteet. Oppaita 56. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Gummerus Kirjapaino. Myös sähköisenä: <<http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/7eef5448-e8a3-4887-ab97-19719ea74066>>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos ja Sosiaali- ja terveysministeriö 2011. Terveydenhuoltolaki. Pykälistä toiminnaksi 2011. Verkkodokumentti. Tullut voimaan 05/2011. <<http://www.thl.fi/terveydenhuoltolaki>> . Luettu 30.11.2011.
- Toikko, Timo – Rantanen, Teemu 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Tampereen yliopistopaino Oy. Tampere.
- Unkel – Fenton – Hobbs – Frere 1995. Toothbrushing ability is related to age in children. American Society of Dentistry For Children 62(5). 346-348.
- Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta 338/2011 §14-15. Annettu Helsingissä 6.4.2011.
- Wennhall, Inger – Matsson, Lars – Schröder, Ulla – Twetman, Svante 2008. Outcome of an oral health outreach programme for preschool children in a low socioeconomic multicultural area. International Journal of Paediatric Dentistry 2008 18(2). 84–90.
- Widström, E 2005. Hammassairaudet. Suomalaisten terveys. Duodecim. Verkkodokumentti. <http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00038> Luettu 30.11.2011.
- Yevlahova, D – Satur, J 2009. Models for individual oral health promotion and their effectiveness: a systematic review. Australian Dental Journal 54(3). 190–197.

Saatekirje kyselyyn

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Terveys- ja hoitoala

Suun terveydenhuollon koulutusohjelma

Saatekirje

Hyvä suuhygienisti-opiskelija,

Olet osallistunut päiväkotikiurjessa toteutettuun lasten suun terveydenedistämistilaisuuden toteuttamiseen ja suunnitteluun. Arvostamme kokemustasi projektissa ja tiedustelemme oheisella kyselyllä mielipidettäsi tilaisuuden onnistumisesta.

Olemme viidennen lukukauden suuhygienistiopiskelijoita ja opinnäytetyömme aiheena on oppimateriaalin kehittäminen päiväkotikäisten lasten suun terveydenedistämiseen. Työmme valmistuu syksyllä 2012.

Pyydämme sinua vastaamaan oheisiin kysymyksiin. Vastaukset käsitellään luottamuksellisesti, eikä niitä luovuteta kenenkään ulkopuoliseen käyttöön. Vastaamalla voit vaikuttaa lasten suun terveydenedistämisen kehittämiseen. Mielipiteesi on siksi meille erittäin tärkeä.

Lisätietoa kyselystä saat opinnäytetyön tekijöiltä.

Kiittäen,

Suuhygienistiopiskelijat

Anna-Liisa Alastalo SD09S1 (Anna-Liisa.Alastalo@Metropolia.fi)

Noora Mattila SD09S1 (Noora.Mattila@Metropolia.fi)

Kyselylomake opiskelijoille

Kysely päiväkotiprojektista ryhmälle SD11K1

1. Asetuksessa määritellään terveysneuvonta seuraavasti:

Terveysneuvonnan on sisällettävä näyttöön perustuvaa tietoa. (Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta 338/2011 14 §.)

- Miten huomioit asetuksen mukaiset vaatimukset päiväkotiprojektin suunnittelussa ja toteutuksessa?

2. Asetuksen mukaan täydentävästä terveysneuvonnasta on lakiin määritelty seuraavaa: *Alle kouluikäisen lapsen ja oppilaan ja hänen perheensä terveysneuvonnan on tuettava lapsen kehitystä, huolenpitoa ja kasvatusta (..)* (Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta 338/2011 15 §.).

- Miten otit tämän huomioon suunnitellessa ja toteuttaessa terveysneuvontatilannetta?

- Miten päiväkotiprojekti mielestäsi tuki lapsen suun terveyden edistämistä?

käännä->

3. Tavoitteet suun terveyden edistämistilaisuudelle olivat seuraavat:

- (tutustuttaa lapsi hoitoympäristöön,)
- ohjata lasta päivittäiseen suun terveyden omahoitoon,
- edistää vanhempien ja huoltajien vastuuta lapsen päivittäisessä suun terveydenhoidossa,
- edistää suuhygienisti-koulutuksen, päiväkodin ja kodin yhteisöllistä vastuuta huolehtia lasten suun terveydestä. (Stedt, Helena 2011.)

• Saavutettiin tavoitteet mielestäsi?

4. Miten edeltävät opinnot tukivat päiväkotiprojektin suunnittelua ja toteuttamista; esimerkiksi suun terveydenhoidon perusteet, asiakaslähtöisyys suun terveydenhoitotyössä, terveyden edistämisen perusteet, kehityspsykologia? (Metropolia AMK 2010.)

Kiitos osallistumisestasi!

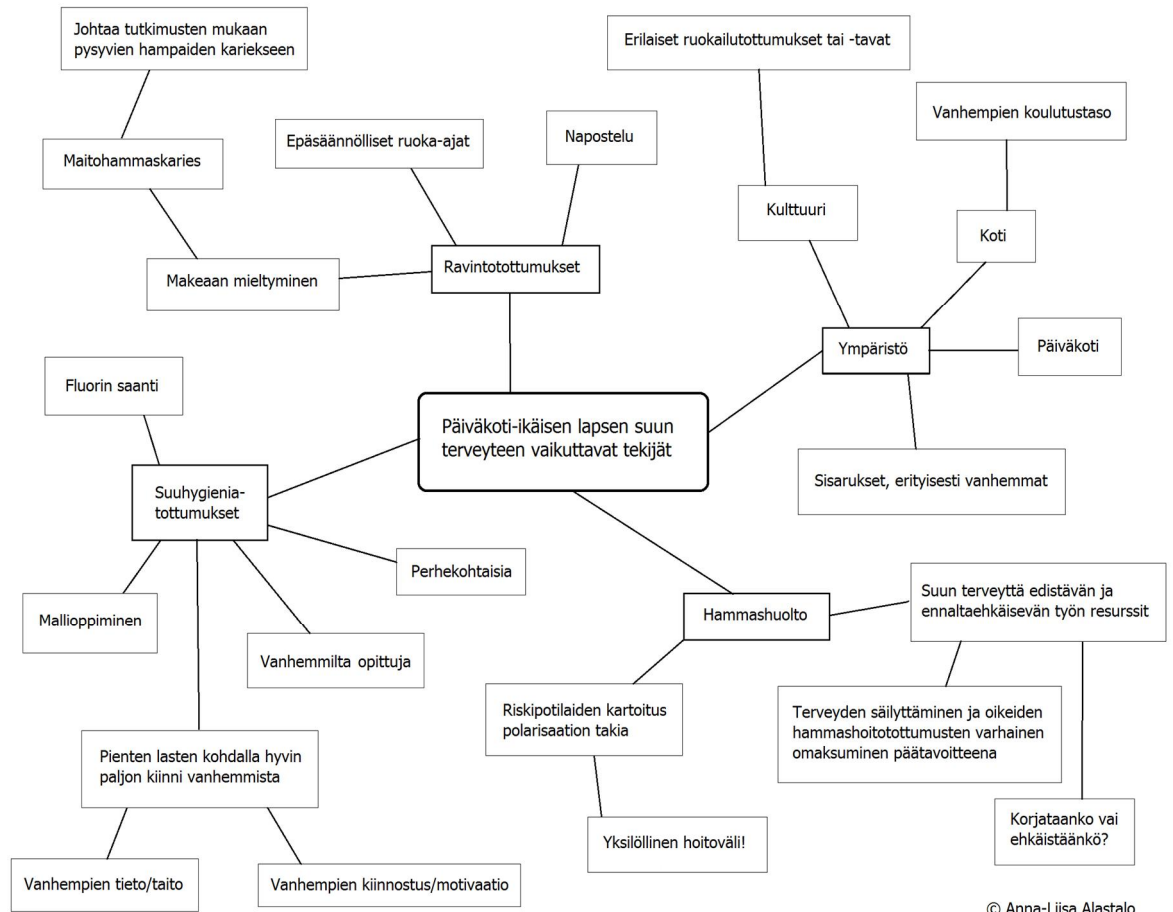
Lähteet:

Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta 338/2011. Annettu Helsingissä 6 päivänä huhtikuuta 2011.

Stedt, Helena 2011. Asiakaslähtöisyys suun terveydenhoitotyössä, päiväkotiprojekti. Luento-materiaali.

Metropolia AMK, Opinto-opas 2010. Suun terveydenhuollon koulutusohjelma. Asiakaslähtöisyys suun terveydenhoitotyössä. Saatavissa: <http://opinto-opas-ops.metropolia.fi/index.php?rt=index/nuoretJaAikuiset/SD11S1/31289&lang=fi#15290>

Miellekartta



Taulukko tutkimuksista

Tekijä, vuosi, maa. Tutkimuksen/ Artikkelin nimi	Tavoitteet ja tarkoitus . Kohderyhmä	Otos ja aineisto	Tulokset ja Menetelmät	Merkittävät huomiot
1. Makuch, Rescke, Rupf. 2010. Saksa. Effective teaching of Tooth-brushing to Preschool Children.	- Tavoitteena vertailla hampaiden harjaamisen malleja sekä yksilöllistä ohjeistamista tarkastelemalla niiden oppimistehokkuutta alle kouluikäisillä lapsilla.	- 141 lasta (2,5v ja 4 vuotiaita), joita ei ollut aikaisemmin ohjeistettu hampaiden harjauksessa. - Neljää eri menetelmää vertailtiin: 1) perinteinen ylisuuri hammasharja ja mallihampaat 2) eläinkäsinukke harjausmallina 3) lapsi itse peilin edessä 4) toinen ihminen lapsen kanssa peilin edessä.	-Menetelmistä 3 ja 4 saatiin parhaat tulokset -Oikea hammasharjan sijainti ja liike oli yhteydessä mallin kiinnostavuuteen ja samankaltaisuuteen lapsen kanssa. -Mitä enemmän lapsi tunnistaa mallissa itseään ja tunnistaa tämän, sitä todennäköisemmin hän on kykenevä matkimaan opetettua liikkeitä.	- Kahden vuoden iässä lapsi on kykenevä tunnistamaan itsensä peilistä ja suorittamaan ensimmäisiä hampaiden harjaus liikkeitä - Alle 4-vuotiaat lapset ovat egosentrisiä ajattelun kehitysasteessa , he eivät kykene laittamaan itseään toisen ihmisen asemaan.
2. Mattila, Rautava-Sillanpää-Paunio. 2000. Suomi. Caries in Five-year-old Children and Associations with Family-related Factors.	- Tavoitteena tutkia kariksen esiintyvyyttä ja sen ennustavia tekijöitä 5-vuotiailla lapsilla - Sekä arvioida lapsien omia suun hoitotottumuksia perhe-keskeiset tekijät huomioon ottaen.	-1443 äitiä ensimmäistä lastaan odottavaa äitiä osallistui, lapsia seurattiin 5vuoden ajan -Tiedot perustuivat vanhempien täyttämiin kyselylomakkeiden tietoihin ja hammaslääkärin tekemään kliiniseen suun terveys tarkastukseen.	- Plakki 3-vuotiaan lapsella ennustaa vahvasti kariesta kun lapsi on 5-vuotias. -Merkittävin tekijä kariksen ehkäisyssä oli sokerin käytön useuden vähentäminen.	-Isän huono suuhygieniä ja epäsuotuisat makean antotavat (lohdutuksena) tulee tunnistaa niiden merkittävyyden takia.

<p>3. Pienihäkkinen, Jokela, Alanen. 2005.Suomi. Risk-based early prevention in comparison with routine prevention of dental caries: a 7-year follow-up of a controlled clinical trial; clinical and economic aspects.</p>	<p>- Tavoitteena tutkia onko aikaisella ehkäisevällä hoidolla kliinisiä ja taloudellisia perusteita pitkällä aikavälillä tarkasteltaessa.</p>	<p>- Kaksi ennaltaehkäisevän hoidon ryhmää: riski-perusteinen ja rutiini-perusteinen. -Osallistui kaikki sillä hetkellä 2-vuotiaat lapset kohdealueilla.</p>	<p>- DMF-indeksi 12-vuotiailla oli selvästi sukua riski-ryhmälle joka määritettiin 10 vuotta sitten. - Näyttää mahdolliselta ennustaa kariesen esiintyminen riittäväällä tarkkuudella ja onnistua ehkäisemisessä vähentämällä kuluja.</p>	<p>- Aikaisella kariesen ehkäisyllä on pitkä-aikaisia hyötyjä sekä taloudellisesti että kliinisesti tarkasteltaessa.</p>
<p>4. Karjalainen, Söderling,Sewon , Lapinleimu, Simell. 2000. Suomi. A prospective study on sucrose consumption, visible plaque and caries in children from 3 to 6 years of age</p>	<p>- Tavoitteena tutkia 3-vuotiaasta 6-ikävuoteen lasten suun terveyttä, lähinnä kariesen, sokerin käytön ja näkyvän plakin osalta.</p>	<p>- 135 lasta osallistui -Lapsien suun terveys ja suuhygienia tutkittiin lapsen ollessa 3- ja 6-vuotias hammaslääkärin toimesta. -Vanhempia haastateltiin lapsen sokerin käytöstä ja hampaiden harjaustottumuksista -Sokerin käyttöä analysoitiin käyttäen neljän päivän ruokapäiväkirjaa.</p>	<p>- Lapset jotka käyttivät sokeria enemmän kuin kerran viikossa 3-vuotiaina, söivät sokeria myös enemmän kolme vuotta myöhemmin kuin vertailuryhmäläiset jotka saivat sokeria kerran viikossa tai harvemmin.</p>	<p>-Karies 6-vuotiaalla oli yhteydessä korkeampaan sokerin saamiseen, joka oli alkanut jo 3-vuoden ikäisenä. -3-vuotiailla sokerin käyttö useammin kuin 1krt/vko yhdistettynä näkyvään plakkiin voi ennustaa suu-terveyttä 3 vuotta myöhemmin.</p>

Terveyden edistämiseen liittyviä käsitteitä

Pragmatismi

Pragmatismi korostaa kokemusta tiedon lähteenä: tietokäsityksen kriteerinä on tiedon käyttö toiminnassa. Silloin ihminen toiminnassaan osoittaa sen, mitä hän todella uskoo tiedoksi. Tiedonmuodostuksen suunta on toiminnasta tietoon päin: ensin tehdään, tekemisen kautta ymmärretään, ja sen jälkeen luodaan uutta tietoa ja toimintaa. (Liimatainen 2002:16.)

Preventiivisyys

Preventiivinen lähestymistapa tähtää sairauksien ehkäisyyn, riskien ja komplikaatioiden välttämiseen asiantuntijoiden antamien ohjeiden ja neuvojen avulla. Laskevat kuolleisuus- ja sairastuvuusluvut kertovat toiminnan tuloksellisuudesta. (Liimatainen 2002:19.)

Kasvatus

Kasvatuksellisessa lähestymistavassa korostuu asiakkaan oikeus omaa terveyttään koskevan tiedon saantiin. Siihen liittyy myös rationaalisuus, vastuu ja vapaus tehdä itsenäisiä valintoja luotettavan tiedon pohjalta. Terveyden edistämisen tavoitteena on tiedon välitys, arvojen selkeyttäminen ja yksilön tietoisten päätösten tukeminen oman terveytensä edistämiseen liittyvissä kysymyksissä. (Liimatainen 2002:19.)

Voimavaraistaminen

Voimavarakeskeisessä (empowerment) lähestymistavassa empowerment-käsitettä käytettäessä taustalla on filosofiset suuntaukset. Ihmisellä tulee siis olla aikaisempaa suurempi mahdollisuus vaikuttaa ja osallistua terveyteensä, itsenäisyyteensä ja riippumattomuuteen. Tämä edellyttää terveyden edistämisen perusarvojen: voimavarakeskeisyyden, tasa-arvon, yhteistyön ja osallistumisen sisäistämistä toimintaa ohjaaviksi periaat

teiksi. Terveyden edistämisen voimavarakeskeinen lähestymistapa pohjautuu Paulo Freire:n (1972) vapauttavan kasvatuksen pedagogiikkaan. Siihen liittyy kuuntelu, dialogi refletoimisineen, mallien tunnistaminen, sekä toiminnan uudelleen suuntaaminen. (Liimatainen 2002:23.)

Koherenssi tunne

Voimavaroja on jäsennetty eri tutkimuksissa elämänhallintakäsitteen ja erityisesti koherenssin tunteen avulla. Koherenssin tunne sisältää omien sisäisten voimavarojen tunnistamisen (ymmärrettävyys), kokemuksen käytössä olevista voimavaroista haasteisiin vastattaessa (hallittavuus) ja kokemuksen mobilisoida voimavaroja erilaisiin sitoumuksiin (mielekkäisyys). (Liimatainen 2002:23.)

Motivoiva keskustelu

Motivoiva keskustelu on tänä päivänä yksi uusien terveysneuvontamallien lähtökohta ja sitä käsitteenä on tutkinut jo vuonna 1995 Stephen Rollnick ja William Miller.

Motivoivalla keskustelulla tarkoitetaan yksilökeskeistä lyhyttä ohjaustekniikkaa, missä käytetään empaattista, yhteistyö-tyylistä menetelmää kasvattaa ja tavoittaa potilaan omat syyt muutokselle. Motivoivassa keskustelussa on neljä periaatetta: empaattisuuden ilmentäminen (ohjaajan ymmärrys ilman arvostelua), ambivalenssin (samaa kohteeseen suuntautuvien vastakkaisten tunteiden esiintyminen) tunnistaminen avoimilla kysymyksillä, ohjaajan luomat uudet näkökulmat muutoksen tärkeydelle ja kykeneväisyyden tunteen tukeminen. (Rollnick - Miller 1995.)

Vertikaalinen vs. horisontaalinen kyky toimia

Vertikaalinen osaaminen on tunnetusti substanssiosaamista, eli tietoa ja taitoa suorittaa tehtävistä. Horisontaaliseen työskentelyyn tästä poiketen liittyy olennaisena osana vuorovaikutus tukien toinen toistensa ymmärrystä. Toimitaan osana ongelmanratkaisuprosessia, missä on yhteinen tavoite. Horisontaaliseen työskentelyyn liittyy palautteen

anto ja omien käsitysten uudelleen muodostus ja reflektointi. (Liimatainen 2002:23,31.)

Reflektio

Terveyden edistämässä ja siihen pohjautuvassa neuvonnan oppimisessa on todettu itsesäätelytiedon kehittymisen olevan merkittävää (Liimatainen 2002: 51). Itsesäätelytiedon eli reflektion avulla terveyden edistäjän on mahdollista oppia tuntemaan toimintaansa ohjaavaa tietoperustaa, periaatteita ja lähestymistapoja (Liimatainen 2002: 29). Hoitavalle henkilölle itsearviointi reflektion kautta mahdollistaa potilaan tarpeen tunnistamisen. Tietoperustan osa-alueiden yhdistäjänä toimii reflektio. Kriittisen reflektion avulla on mahdollista tunnistaa ja vapauttaa potilaan voimavaroja. Prosessin tavoitteena on kriittinen tietoisuus. On aloitettava tietotaitojen tarpeen tunnistamisesta. Reflektio johtaa tarkoituksenmukaiseen kyselemiseen, tiedostamiseen, epäilyyn, etsimiseen ja toisin toimimisen oivaltamiseen. Reflektion avulla muodostuu pysyvää kokemustietoa. (Liimatainen2002:50,60,63.)

Oppimateriaali

Päiväkoti-ikäisten lasten suun terveyden edistäminen näyttöön perustuen

Oppimateriaali
Anna-Liisa Alastalo
Noora Mattila
SD09S1, Metropolia AMK

1

SISÄLTÖ

1. Oppimateriaalin tarkoitus ja tavoitteet
2. Päiväkoti-ikäisten lasten suun terveysongelmat ja haasteet
3. Päiväkoti-ikäisten lasten kehitys
4. Päiväkoti-ikäisten lasten suun terveyden edistämisen menetelmät
5. Lähteet

1. Oppimateriaalin tarkoitus ja tavoitteet

- Tarkoitus tukea suuhygienistiopiskelijan osaamista päiväkotikäisten lasten suun terveyden edistäjänä.
- Tavoitteena antaa opiskelijoille tukimateriaali päiväkotikäisten lasten terveyden edistämistilaisuuden toteuttamiseen näyttöön perustuvan tiedon osalta seuraavasti:
 - Opiskelija ymmärtää lasten suun terveysongelmien pääkohdat nykypäivänä sekä niiden tuomat haasteet suun terveyden edistämässä
 - Opiskelija hahmottaa päiväkotikäisen lapsen kehityksen pääpiirteissään ja ymmärtää sen merkityksen suun terveyden edistämässä
 - Opiskelija ymmärtää päiväkotikäisen lapsen suun terveyden edistämistilaisuudessa käytettyjen menetelmien perusteet sekä ymmärtää niiden tarkoitukset
- Oppimateriaali on ensisijaisesti tarkoitettu **itsenäisen oppimisen tueksi** suuhygienisti-opiskelijoille.
- Oppimateriaalissa laatu varmistetaan Opetushallituksen ”Verkko-oppimateriaalin laadun kriteerit” -julkaisulla (1).

Anna-Liisa Alastalo & Noora Mattila 2012

2. Päiväkoti-ikäisten lasten suun terveysongelmat ja haasteet

- Kariuksen polarisoituminen suurimpana suomalaislasten suun terveyttä uhkaavana tekijänä (2,3,9)
 - Riskitekijät havainnoitavissa jo 3-vuotiaalla lapsella (3,5)
 - Merkittävimpinä tekijöinä: sokerin käytön aikainen aloitusikä, alhainen sosioekonominen tai monikulttuurinen perhetausta, vanhempien koulutustausta (2,3,8,11,12)
 - Myös vanhempien asenteet ja suuhygieniatavat vaikuttavat lasten kariuksen kehittymiseen (4,10)
- Haasteena vanhemmuuden tukeminen ja terveyserojen ehkäisy (2,5,6)
 - Vanhempien voimavarojen vahvistaminen → perheen tukeminen (2,5,6)
 - Terveyserot alkavat jo lapsuudessa → osa lapsista joutuu kasvamaan huonommissa elinolosuhteissa ja kasvuympäristöissä (7,8)

Anna-Liisa Alastalo & Noora Mattila 2012

3. Päiväkoti-ikäisten lasten kehitys

- Kehitysvaiheet, haasteet ja perusluottamus
- Kielellinen kehitys
- Muistin ja ajattelun kehittyminen
- Minäkäsitys
- Sosiaalinen kehittyminen

Anna-Liisa Alastalo & Noora Mattila 2012

3. Päiväkoti-ikäisten lasten kehitys

- Kehitysvaiheet, haasteet ja perusluottamus

- Leikki-ikä katsotaan olevan 2-6-vuotiaana
 - **Esikäsitteellinen** kausi on 2-4-vuotiaana
 - Kehitys liittyy kysymykseen ”mikä”
 - Vaikeuksia yhä erottaa ajattelua ja tekoja toisistaan
 - Lapsella on egosentrinen suhde ympäristöönsä. (13)
 - **Intuitiivinen** kausi on 4-6-vuotiaana
 - Kehitys liittyy kysymykseen ”miksi”
 - Maailmankuva rakentuu kielellisellä tasolla, Symbolien ja mielikuvien käyttö lisääntyy ja aikasuhteet alkavat hahmottua. (13)
- Haasteina leikki-ikässä ovat uhma, painajaiset, pelot, mutismi (puhumattomuus) ja käytöshäiriöt. (13)
- Perusluottamuksen/-turvallisuuden tunteen muodostuminen hyvin tärkeää hoitosuhteessa: luo itsetunnon pohjan, kehittyy kyky luottaa hoidon saamiseen.
 - Huolenpito ja hoiva vaikuttavat turvallisuuden tuntuun.
 - Vuorovaikutus sosiaalista ja ohjaa normien noudattamiseen.
 - Hyväksyntä on merkittävää ymmärretyksi tuleminen tunteelle.(13)

Anna-Liisa Alastalo & Noora Mattila 2012

3. Päiväkoti-ikäisten lasten kehitys

- Kielellinen kehitys

- Lapsen kieli kehittyy nopealla tahdilla varhaislapsuudessa:
 - Toiseen ikävuoteen mennessä lapsi on oppinut muodostamaan sanoista lyhyitä lauseita. (13)
 - Kuuteen ikävuoteen mennessä sanavarastossa on jo n. 10 000 – 15 000 sanaa. (13)
- Kieli on vuorovaikutuksen väline, siksi on tärkeää:
 - käyttää tarkkaa ja hyvää kieltä (16) → Lyhyet lauseet parempia kuin pitkät puheet lapsen ymmärtämisen kannalta (13)
 - avata uusia käsitteitä lapsille (16) → Uusista asioista puhuttaessa on hyvä olla tukena havainnollistavia esineitä, kuvia yms. (13)
- Lapsen kieli kehittyy varhaislapsuudessa, jolloin leikeillä ja saduilla on erityinen merkitys
 - Lapsi oppii parhaiten aktiivisena ja kiinnostuneena
 - **Kertaaminen ja toistaminen** kuuluu lapsella oppimiseen
 - Sanoilla leikittely on lapselle luontaista → riimittelyt, lorut, tarinat
 - **Opetuksen ja motorisen aktiivisuuden yhdistäminen** lisää lasten oppimisen mahdollisuuksia → lapsen aktivointi. (16)

Anna-Liisa Alastalo & Noora Mattila 2012

3. Päiväkoti-ikäisten lasten kehitys

- Muistin ja ajattelun kehittyminen

- Leikki-ikässä alkaa muistin kehitys
 - Työmuistissa pystytään pitämään 3-5 asiaa. (13)
- Lapsen ajattelu kehittyy puheen kautta.
 - Symbolinen, looginen ja syy- ja seuraussuhteiden ajattelu kehittyy 2-7-vuotiaana.
 - Tilanteiden vertaaminen on vielä alkeellista. (13)
- Lapsi antaa ohjeita itselle kuinka toimia: egosentrinen puhe.
 - Egosentrisyys vaikuttaa siihen ettei omaa kokemusta osata verrata toisen kokemukseen, vaan nähdään omat havainnot ainoina oikeina.
 - Noin kolmevuotiaana egosentrinen puhe vähenee ja päättyy kouluikään mennessä.
 - Sisäisellä puheella lapsi antaa itselleen käskyjä äänettömästi mielessään. (13)

Anna-Liisa Alastalo & Noora Mattila 2012

3. Päiväkoti-ikäisten lasten kehitys

- Minäkäsitys

- Toisesta ikävuodesta alkaen käsitys itsestä tulee tietoisemmaksi. ⁽¹³⁾
- Kielellisen kehityksen myötä itseen liitetään ominaisuuksia. ⁽¹³⁾
- **Minäkäsitykseen vaikuttaa myös kyky tunnistaa toisten tunteita.**
 - Kaksivuotias uskoo tunnetilan näkyvän suoraan toisen ihmisen eleistä ja ilmeistä.
 - 3-4 -vuotiaana opitaan erottelemaan todellisia tunneviestejä valheellisista.
 - Kun tunneviestien havainnointi tarkentuu, opitaan omaa käyttäytymistä säätämään tarkemmin. Myös huijaamistaito kehittyy. ⁽¹³⁾

3. Päiväkoti-ikäisten lasten kehitys

- Sosiaalinen kehittyminen

- **Leikki-iässä tapahtuu voimakasta sosiaalista kehitystä**
 - **Uhmaikä:** oman tahdon osoitus, 2-3-vuotiaana.
 - **Sosiaalistuminen:** yhteisön jäseneksi kasvaminen, pelisäännöt.
 - **Sosiaalistuminen vertaisryhmässä:** Kaverit vaikuttavat merkittävästi ja muokkaavat arvoja sekä käyttäytymistä.
 - **Mallioppiminen:** esimerkin avulla oppiminen.
 - **Samastuminen:** pyrkimys olla toisen kaltainen → Itselle tärkeisiin henkilöihin samastuminen korostuu. ⁽¹³⁾

3. Päiväkoti-ikäisten lasten kehitys



Pohdi, miten ottaisit lasten kehitysvaiheen huomioon päiväkotiprojektin toteutuksessa.

- Mieti esimerkiksi millaiset ilmeet, eleet, kehon asennot, äänen painotukset vaikuttavat lapseen: positiivisessa ja negatiivisessa mielessä.

4. Päiväkoti-ikäisten lasten suun terveyden edistämisen menetelmät

- Terveysneuvonta
- Suuhygieniaopetus
- Vanhemmuuden tukeminen
- Harjausopetus
- Yhteen veto

4. Päiväkoti-ikäisten lasten suun terveyden edistämisen menetelmät

- Terveysneuvonta

Terveysneuvonnalla tavoitellaan voimavarojen vahvistumista, jolla vaikutetaan hygienia- ja tottumusten kehittymiseen (15).

- Terveysneuvontaa voi menetelmänä hyödyntää terveyden edistämistilanteen suunnittelussa.

Lapsi tulee vastuuttaa huolehtimaan omasta terveydestään.

- Jo pienelle lapselle tulisi osoittaa huonon suuhygienian seuraukset. (15,19)
→ tämän kautta lapselle osoitetaan syy-seuraussuhde.

Vasta kuuden vuoden iässä lapselle alkaa kehittymään oma abstrakti ajattelukyky ja kyky tehdä vertailevaa arviota. Myös sairaudentunteen moniulotteinen tunnistaminen ja oireiden tunnistaminen kehittyvät abstraktin ajattelun myötä (20).

- Ajattelua ohjaa alle kuusivuotiailla välittömät havainnot (13).
→ Alle kuusivuotiaiden terveysneuvonnassa tulisi käyttää konkreettisia esimerkkejä

Anna-Liisa Alastalo & Noora Mattila 2012

4. Päiväkoti-ikäisten lasten suun terveyden edistämisen menetelmät

- Terveysneuvonta

- Minäkäsityksen kehittymättömyys tulee huomioida päiväkoti-ikäiselle lapselle suunnatussa terveysneuvonnassa. (20)
 - Leikin kautta lapsi selkeyttää minäkuvaansa jatkuvasti (14)
- Terveysneuvonnan sanoma voidaan tuoda lapselle leikin kautta. Tämä on erityisen hyvä menetelmä, koska
 - Leikki on lapselle ainoa tehokas tapa oppia
 - Se mahdollistaa henkilökohtaisen ja ulkoisen todellisuuden yhdistelemisen. Lapsi sopeutuu itsestään ja ympäristöstään tuleviin paineisiin.
 - Leikki on välttämätön emotionaalille, sosiaaliselle ja kognitiiviselle kehitykselle.
 - Leikkiessä kehittyvät: syy-seuraus ajattelu, luova ajattelu, ongelmanratkaisutaito, kyky erottaa ulkoinen todellisuus leikistä, luottamus itseensä, yhteistyötoiminta, säännöt ja normit, tunteiden säätely, sosiaalinen vuorovaikutus, moraalit, arvot, empatian vastaanottaminen sekä esineiden käsittely. (14)

Anna-Liisa Alastalo & Noora Mattila 2012

4. Päiväkoti-ikäisten lasten suun terveyden edistämisen menetelmät

- Terveysneuvonta

- Vuorovaikutustaitojen merkitys korostuu monien tutkimusten mukaan myös leikki-ikäisten lasten terveysneuvonnassa.
- Vuorovaikutustilanteessa tulisi huomioida:
 - opettaja – oppilas suhteen luominen lapsen kanssa
 - aktiivinen kuuntelu
 - kehon kielen tulkitseminen → esim. istuminen lasten kanssa samalla tasolla vrt. seisominen lasten istuessa lattialla
 - ohjeistuksen sopeuttaminen kehitystasoon → esim. asioiden vaikeustaso/sanamuodot
 - leikin varjolla hygieniarutiinien oppiminen
 - lyhyet lauseet verbaalisen tiedon antamisessa
 - malli tai esimerkki toiminnan tueksi
 - tell-show-do -malli: kerrotaan mitä, näytetään miten ja lopulta tehdään. (15,17)

Anna-Liisa Alastalo & Noora Mattila 2012

4. Päiväkoti-ikäisten lasten suun terveyden edistämisen menetelmät

- Terveysneuvonta

Terveydenlukutaito:

- Vaikuttaa ratkaisevasti potilaan hoitomyönteisyyteen (18)
- Hoidon tarpeen ymmärtäminen ja suotuisten elämäntapojen sisäistäminen kehittyy kun lapsi on altistunut riittävästi omakohtaisille kokemuksille suun hoidossa. (17)
- Terveyskäyttäytymismallit, kuten hampaiden harjaustekniikka, eivät pysy ihmisen käytössä ajan myötä yhtä hyvin kuin sisäistetty terveydenlukutaito. (18)
- Lapsen kehitysprosessissa myös käsitys omasta terveydestä on jatkuvasti muotoutumassa. (20)

4. Päiväkoti-ikäisten lasten suun terveyden edistämisen menetelmät

- Suuhygieniaopetus

- Saksalaisessa tutkimuksessa (2001) selvitettiin uudenlaisia menetelmiä opettaa lapsille hyviä suunhoito-tapoja. Tutkimuksessa todettiin että erilaisten leikkien kautta oikeanlaista suuhygieniää opitaan tehokkaammin kuin perinteisen, opetuksellisen informaation avulla. (26)
 - Käytettyjä menetelmiä olivat käsinukke-esitys, hammasharja-laulu, virheiden etsimis-tarina, roolileikki harjaustekniikasta ja lasten opettaminen tietoisesti kokeilemaan hampaiden puhtautta omalla kielellään. Lisäksi leikki, jossa lasten tuli yhdistää erilaisia ruokia onnelliseen tai surulliseen hampaan laatikkoon.
 - Kaikki lapset paransivat tietämyksiään ja taitojaan oikeanlaisesta suuhygieniasta verrattuna perinteistä opetusta saaneisiin, myös seurannassa 5 viikon jälkeen.
 - Nukke-esityksessä tuli ilmi **miksi** hampaiden hoito oli tärkeää ja leikkien kautta lapset oppivat **miten** hoitaa niitä.
 - -> Esittämis-järjestyksestä tehokkaammaksi osoittautui opettaminen ”miksi” ennen kuin ”miten”. (26)

Anna-Liisa Alastalo & Noora Mattila 2012

4. Päiväkoti-ikäisten lasten suun terveyden edistämisen menetelmät

- Suuhygieniaopetus

- Lyhytkin suun terveyttä edistävä interventio voi olla tehokas, kun se sisältää:
 - perustietoa hyvästä suuhygieniasta lasten oppimistaso huomioiden
 - sekä esitetään leikkisässä, viihteellisessä muodossa. (21)
 → Esimerkiksi Sveitsissä suuhygienisti-opiskelijoiden toteuttamassa 15 minuutin leikkisässä suun terveydenedistämisen-tilaisuudessa päiväkodissa, kaikki interventioon osallistuneet lapset paransivat plakkikontrollissa tuloksiaan neljän viikon jälkeen. (21)
- Vanhempien osallisuudella varmistettaisiin suun terveyttä edistävien tapojen kehittyminen lapsille aikaisessa elämän vaiheessa. (21)

Anna-Liisa Alastalo & Noora Mattila 2012

4. Päiväkoti-ikäisten lasten suun terveyden edistämisen menetelmät

- Vanhemmuuden tukeminen

Vanhempien mallin merkitystä lapsen suun terveyskäyttäytymisessä on mahdotonta sivuuttaa (2)

- Tästä syystä vanhemmuutta tulisi tukea ja perheen voimavaroja vahvistaa lasten suun terveyden edistämisen yhteydessä (2)

Vanhemmat kokevat suuhygienia- ja ruokailutottumus-ohjeistuksen stressaavana ja ohjeistus koetaan liian monimutkaisena ja vaativana (24,25)

- Ohjeistuksen käyttöönotto koetaan hankalaksi toteuttaa kotona (24)
- Vanhemmat arvostavat käytännön ohjeita ja tekniikan neuvomista hampaiden harjauksessa (25)

Pelon kehittymiseen hammashoitoa kohtaan vaikuttaa eniten lapsen vanhempien asenne (13)

- Lasten omilla aikaisemmillä kokemuksilla hammashoidosta ei ole vastaavaa merkitystä kuin vanhempien vaikutuksella (13)
- Säännölliset terveyden edistämiskäynnit yhdessä vanhemman kanssa hammashoidossa näyttävät vähentävän lasten hammaslääkäripelkoa ja vaikuttavan lasten muodostamaan positiiviseen kuvaan hammashoidosta lisäävästi. (4)

Anna-Liisa Alastalo & Noora Mattila 2012

4. Päiväkoti-ikäisten lasten suun terveyden edistämisen menetelmät

- Vanhemmuuden tukeminen



Pohdi miten vanhempia saataisiin osallistettua päiväkotiprojektin puitteissa

• Olisiko tarvetta antaa esimerkiksi lapsille kotiin vietäväksi jokin vanhemmille suunnattu tehtävä lapsen kanssa yhdessä suoritettavaksi? Millainen se voisi olla? Miten vanhemmat saataisiin mukaan?

4. Päiväkoti-ikäisten lasten suun terveyden edistämisen menetelmät

- Harjausopetus

- Harjausopetusta annetaan perinteisesti isojen mallileukojen ja hammasharjan avulla.
- Erilaisia harjausmalleja vertaillessa:
 - parhaiten päiväkotikäiset lapset onnistuivat kun olivat itse harjausmallina peilin edessä sekä silloin kun aikuinen demonstroi harjaamalla omia hampaitaan yhdessä lapsen kanssa peilin edessä. (22)
 - Harjausmallin tehokkuus on yhteydessä siihen kuinka paljon lapsi näkee itseään mallissa
 - mitä enemmän lapsi tunnistaa itseään mallissa ja **samaistuu** siihen, sitä todennäköisemmin hän menestyksekkäästi jäljittelee liikkeitä.

4. Päiväkoti-ikäisten lasten suun terveyden edistämisen menetelmät

- Harjausopetus

- Yksinkertaiset harjausliikkeet tulisikin havainnollistaa lapselle lasta kiinnostavalla mallilla, kuten esimerkiksi sisaruksilla tai vanhemmilla.
- Tästä syystä ylisuuret hammasmallit eivät **yksinään** käytettynä saaneet lapsia harjaamaan oikealla tekniikalla
 - vain avaus- ja sulkemisliikkeet olivat lapsista vaikuttavia. Eläinkäsinukke harjausmallina ei myöskään parantanut lasten harjaustaitoja.
- Tärkeää harjausopetuksessa on mallin ohella **peilin palaute** motoristen taitojen itsesäätelyn kehittyessä. (22)

4. Päiväkoti-ikäisten lasten suun terveyden edistämisen menetelmät

- Harjausopetus

- Yksilöllinen harjaus-ohjeistus oli erään tutkimuksen mukaan tehokkainta kun sitä edelsi audiovisuaalinen demonstraatio
 - Tutkimus tukee näkemystä että toiminnan tueksi tarvitaan esimerkki tai malli → vaihtoehtoisesti voisi olla esimerkiksi esitys
 - Pelkkä kielellinen ohjeistus on tämän ikäisille usein tehotonta. (23)
- Alle neljä-vuotiaat lapset eivät käsitä tehokkaaseen harjaukseen vaadittavaa kieltä → Näyttäisi siltä että hampaiden harjaukseen vaadittavan kielen oppiminen on yhteydessä alkeis-opetukseen menemiseen. Manuaalisen harjauksen taidot opitaan vasta 4-5 vuotta tämän jälkeen. (27)
 - Harjausohjeistus tulisi mukauttaa lasten ikään ja käyttää siihen soveltuvia menetelmiä. (23)
 - Systemaattinen opettelu ja vahvistaminen ovat tärkeitä ohjauksen sisällössä. (23)
 - Psykomotorisen, eli liikkeiden tahdonalainen säätelyn, ollessa vielä kehitysvaiheessa, lapsi tarvitsee kädestä pitäen -apua. (13)
 - Eri pinnat hampaissa monelle lapselle ”käsittämättömiä” abstraktin ajattelukyvyyn kehittyessä vasta noin kuuden vuoden iässä. (13)

Anna-Liisa Alastalo & Noora Mattila 2012

4. Päiväkoti-ikäisten lasten suun terveyden edistämisen menetelmät

-Yhteenveto

- Lapsi oppii leikin ja tekemisen kautta.
- Kertaaminen ja toistaminen vahvistavat opetusta, samoin samaistuminen ja mallioppiminen.
- Harjausopetuksessa huomioitava lasten kehitystason mukainen oppimiskyvykyys.
- Viitteellisen ja osallistavan terveyden edistämisen menetelmät ovat tehokkaita kaikissa ikäryhmissä.
- Vanhemmuuden tukeminen tärkeänä ja haastavana osa-alueena.

• KIITOS!

5. Lähteet

- 1. Opetushallitus 2005. Verkko-oppimateriaalin laatukriteerit. Edita Prima Oy: Helsinki. Saatavissa: http://www.edu.fi/download/47132_verkko-oppimateriaalin_laatukriteerit.pdf
- 2. Mattila, Marja-Leena – Ojanlatva, Ansa – Rähä, Hannele – Rautava, Päivi 2005. Perhe hammashuollon asiakkaana. Suomen hammaslääkärilehti 8 (12). 492-496.
- 3. Karjalainen, Sara – Söderling, Eva – Sewon, Liisi – Lapinleimu, Helena – Simell, Olli. A prospective study on sucrose consumption, visible plaque and caries in children from 3 to 6 years of age. Community Dentistry and Oral Epidemiology 29. 136-142.
- 4. Wennhall, Inger – Matsson, Lars - Schröder, Ulla - Twetman, Svante 2008. Outcome of an oral health outreach programme for preschool children in a low socioeconomic multicultural area. International Journal of Paediatric Dentistry 2008 18(2). 84-90.
- 5. Mattila, M.-L - Rautava, R - Sillanpää, M - Paunio, P 2000. Caries in Five-year-old Children and Associations with Family-related Factors. J Dent Res 79(3). 875-881.
- 6. Cashmore, Aaron W – Noller, Jennifer – Johnson, Bronwyn – Ritchie, Jan – Blinkhorn, Anthony 2011: Taking the pain out of waiting: The oral health counselling experiences of parents of children with extensive dental caries. Health Education Journal 1-13. New south wales department of health. Australia.
- 7. Sosiaali- ja terveysministeriö 2001. Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 - kansanterveysohjelmasta. Julkaisuja 2001:4. Helsinki. 1-35. Saatavissa: http://www.hyvinvointiklusteri.fi/tiedostot/File/STM_terveys2015.pdf
- 8. Soiluva, Maire 2012. Sosio-ekonomiset erot Suomessa hälyyttävät: asiaan pitää ehdottomasti puuttua kaikilla mahdollisilla tasoilla. Suun Terveystieteiden tutkimuskeskus STAL Suun terveydenhoidon ammattiliitto Ry 1. 6-7.
- 9. Dufour LA - Beaulieu E. Early childhood caries prevention: early intervention by the dental hygienist. Journal of Practical Hygiene 2001 10(3).15-20.

5. Lähteet

- 10. Krappe, Sari 2008. Vanhempien kielteiset asenteet ovat naposteluakin tuhoisampia. Suomen Hammaslääkärilehti 14 (0). 22-23.
- 11. Meurman, Pia – Pienihäkkinen, Kaisu – Eriksson, Anna-Leena – Alanen, Pentti 2009. Oral health programme for preschool children: a prospective, controlled study. International Journal of Paediatric Dentistry 19 (4). 263-273.
- 12. Mattheus, Deborah 2010. Vulnerability related to oral health in early childhood: a concept analysis. Journal of Advanced Nursing, vol. 66, issue 9. 2116-2125.
- 13. Oksanen, Jukka 2012. Kehityopsykologia. Opintomateriaali.
- 14. Mannerheimin lastensuojeluliitto. Leikin merkitys lapselle. Saatavissa: http://www.mll.fi/vanhempainnetti/lasten_leikit/leikin_merkitys_lapselle
- 15. Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta 338/2011 §14
- 16. Stakes 2005. Varhaiskasvatussuunnitelman perusteet. Oppaita 56. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Gummerus Kirjapaino.
- 17. American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD) 2009. Guideline on Periodicity of Examination, Preventive Dental Services, Anticipatory Guidance/Counseling, and Oral Treatment for Infants, Children, and Adolescents. Pediatric Dentistry. Reference Manual. Vol. 31, issue 6. 118-124.
- 18. Brukiene, Vilma - Alensejuniene, Jolanta 2010: Theory-based oral health education in adolescents. Stomatologija, Baltic dental and maxillofacial journal. vol. 12. no. 1. 3-9.
- 19. Philips 2011. Pohjoismainen tuore lasten hampaidenhoitotutkimus osoittaa: Suomessa lasten suun terveys on heikompi kuin muissa pohjoismaissa. Verkkodokumentti. <http://www.newscenter.philips.com/fi>.

5. Lähteet

- 20. Barbosa, TS - Gaviao, MBD 2008. Oral health-related quality of life in children: Part I. How well do children know themselves? A systematic review. International Journal of Dental Hygiene 6 issue 2. 93-99.
 - 21. Ramseier, Christoph - Leiggenger, Isabelle - Lang, Niklaus P - Bagramian, Robert A - Inglehart, Marita R 2007. Short-term effects of hygiene education for preschool (kindergarten) children: a clinical study. Oral Health & Preventive Dentistry 2007 5(1). 19-24.
 - 22. Makuch, Almut - Reschke, Konrad - Rupf, Stefan 2011. Effective Teaching of Tooth-brushing to Preschool Children. Journal of Dentistry for Children 78(1). 9-12.
 - 23. Leal, Soraya Coelho - Bezerra, Ana Christina Barreto - de Toledo, Orlando Ayrton 2002. Effectiveness of Teaching Methods for Toothbrushing in Preschool Children. Brazilian Dental Journal 13 (2). 133-136.
 - 24. Schroth, Robert J - Edwards, Jeanette M - Moffatt, Michael EK - Mellon, Bernadette - Ellis, Marion - Harms, Lavonne 2010. Healthy Smile Happy Child: evaluation of a capacity building early childhood oral health promotion initiative. University of Manitoba, Canada.
 - 25. Amin, Maryam - Harrison, Rosamund 2008. Understanding parents' oral health behaviors for their young children. Qualitative Health research. Canada 19 (1). 116-127.
 - 26. Makuch, Almut - Reschke, Konrad 2001. Playing games in promoting childhood dental health. Patient Education and Counselling 43. 105-110.
 - 27. Unkel - Fenton - Hobbs - Frere 1995. Toothbrushing ability is related to age in children. American Society of Dentistry For Children 62(5). 346-348.
- Kuvat: © Anna-Liisa Alastalo

Palautelomake oppimateriaalista

Metropolia Ammattikorkeakoulu
Terveys- ja hoitoala
Suun terveydenhuollon koulutusohjelma

24.9.2012

Hyvä suuhygienisti-opiskelija,

- Osallistuit viime lukukautena päiväkotiprojektiin, jonka oheismateriaalina sait oppimateriaalin nimeltä "*Päiväkoti-ikäisten lasten suun terveyden edistäminen näyttöön perustuen*".

Oppimateriaali on toiminnallisen opinnäytetyömme tuotos.

- Mielipiteesi materiaalistamme on meille tärkeä, jotta voimme arvioida sen merkittävyyttä.

- Vastaukset käsitellään nimettöminä ja halutessasi voit jättää myös vastaamatta.

Palaute oppimateriaalista

Mitkä olivat mielestäsi materiaalin vahvuudet?

Mitkä olivat mielestäsi materiaalin heikkoudet? Entä onko sinulla kehittämissuhteita?

Miten oppimateriaali mielestäsi auttoi päiväkotiprojektiin valmistautumisessa?

Kiitos palautteestasi !

Ystävällisin terveisin, Suuhygienisti -opiskelijat Anna-Liisa Alastalo ja Noora Mattila

Käsikirjoitusehdotus Moodleen

Oppimistehtävät

- Vastauksiin löydät lähdeaineistoa kehityspsykologian teoriasta, ajankohtaisen terveysterveystyön tutkimuksista sekä opinnäytetyöstä Päiväkoti-ikäisten lasten suun terveyden edistämisen oppimateriaali.

1. Millaisia ovat tämän hetken käytetyimmät menetelmät lasten suun terveyden edistämisyössä? Millä tavoin toimintamallit ovat erilaisia riippuen siitä millaisessa ympäristössä niitä käytetään?
2. Kartoita millaisiin kysymyksiin on viime aikoina etsitty vastauksia terveysterveystyöstä tehdyissä tutkimuksissa?
3. Miten vanhemmuuden tukemiseen kiinnitetään mielestäsi huomiota Metropolia ammattikorkeakoulun suun terveydenhoitotyön koulutusohjelman terveysterveystyön opetuksessa? Millaisia toimintamalleja olet oppinut käyttämään?
4. Innovoi ja kehittele yksi uusi vanhemmuuden tukemiseen liittyvä menetelmä. Valitse mikä tahansa toimintaympäristö.
5. Tee koonti 3-6 vuotiaan lapsen kehityksen pääpiirteistä. Missä vaiheessa lapsen kehitys on ja millaista osaamista häneltä voidaan siten odottaa terveysterveystilanteissa?