

Heikkilä Maria
Ronsi Annamari

Hammashoito on leikin asia!

Uusi toimintakäytäntö hammashoitoa pelkäävän lapsen hoitoon

Metropolia Ammattikorkeakoulu
Suuhygienisti
Suunterveydenhuollon koulutusohjelma
Opinnäytetyö
19.11.2012

Tekijä(t) Otsikko Sivumäärä Aika	Maria Heikkilä, Annamari Ronsi Hammashoito on leikin asia! Uusi toimintakäytäntö hammashoitoa pelkäävän lapsen hoitoon 37 sivua + 3 liitettä 19.11.2012
Tutkinto	Suuhygienisti
Koulutusohjelma	Suun terveydenhuollon koulutusohjelma
Ohjaaja	AMK Lehtori, THM Tuula Toivanen-Labiad AMK Lehtori, ETM, Eeva Lindroos
<p>Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli luoda uudenlainen toimintakäytäntö, jolla voidaan edistää lasten suun terveyttä ja ennaltaehkäistä hammashoitopelon kehittymistä. Opinnäytetyön tavoitteena oli, että suun terveydenhuollon ammattilaiset saavat uuden työvälineen hammashoitopelon ehkäisemiseen ja hammashoitoa pelkäävän lapsen kohtaamiseen.</p> <p>Kirjallisuuteen, yhteiskehittelyseminaareihin sekä havainnointiin perustuen loimme käsikirjoituksen hammashoitoa pelkääville lapsille suunnattuun <i>valmennusryhmään</i>. Valmennusryhmässä lapsi tutustuu hammashoitoon leikin, rentoutuksen sekä hoituhuonevierailun avulla. Käsikirjoitusta havainnollistamaan tuotimme ryhmän toiminnasta videon, jonka sisältö koostuu hammashoitoaiheisista leikeistä sekä rentoutumisharjoituksesta.</p> <p>Hammashoitopelon syntymiseen voivat vaikuttaa muun muassa aiempaan hammashoitokäyntiin liittyvät negatiiviset kokemukset sekä pelon välillinen siirtyminen esimerkiksi vanhemmilta tai uhkaavan informaation kautta. Myös lapsen luontainen arkuus ja pelokkuus voivat olla syynä hammashoitopelon kehittymiseen. Tutkimustulokset osoittavat, että joillakin henkilöillä on suurempi taipumus saada pelko-oireita kuin toisilla. Alttius selittää myös sen, että kaikki eivät saa samoja pelko-oireita vaikka ulkoiset edellytykset – esimerkiksi pelkäävä perheenjäsen – olisivat samat. Myös kulttuurin ja asuinympäristön on tutkimuksissa todettu vaikuttavan lapsen kokemukseen pelosta.</p> <p>Leikkiminen, toiminta sekä toiminnalliset menetelmät kuuluvat luonnostaan lasten parissa työskentelyyn. Leikkiminen sinänsä on jo terapeuttista, mutta sen tavoitteellisuutta ja terapeuttisuutta pystytään lisäämään lapsen ja aikuisen välisen vuorovaikutuksen avulla. Lapsi oppii mielekkäässä toiminnassa, jossa hän pyrkii asioiden ja tilanteiden ratkaisemiseen sekä tulosten ja kokemusten käyttöön myös muissa toiminnoissaan.</p> <p>Opinnäytetyöhömmme liittyvänä innovaatioprojektina tuotamme sisältöä hammashoitopelosta Helsingin kaupungin suun terveydenhuollon Suupassi-hankkeeseen.</p>	
Avainsanat	hammashoitopelko, pelko, suun terveydenedistäminen, rentoutusmenetelmät, leikki, varhaiskasvatus

Author(s) Title Number of Pages Date	Maria Heikkilä, Annamari Ronsi Dental Care and Children's play - A New Approach to Care Children Who Suffer From Dental Fear 37 pages + 3 appendices 19 November 2012
Degree	Dental Hygienist
Degree Programme	Oral Hygiene
Instructor	Tuula Toivanen-Labiad, MNSc, Senior Lecturer Eeva Lindroos, MSc, Lecturer
<p>The purpose of this final project was to create and describe new ways to approach children with dental fear and to prevent the fear from further developing. The aim of this project was to develop a new method to help dental care professionals ease dental visits with children suffering from dental fear.</p> <p>Based on the literature, observation and seminars with dental professionals and instructors we created a manuscript for a group of children preparing for dental treatment. The script consists of dental related play, relaxation exercise and a visit to a dental unit. For demonstrative purposes, we also produced a video to help perceive the idea of the method.</p> <p>The reasons behind developing dental fear can be, for example, negative experiences in the past or indirect transition from parents or through threatening information. Also, a child's natural timorousness and fearfulness can be a cause for dental fear. Research indicates that some people have greater tendency of developing dental fear. That also explains why some people do not fear dental care even if the same preconditions – for example a fearful family member – are met. Furthermore, the cultural background and living environment have been identified to affect the child's experience of dental fear.</p> <p>Playing, activities and occupational methods are a natural way to interact with children. Playing itself can be therapeutic but by adding objective instructions and adult interaction, further goals can be achieved. Children learn in a pleasant and sensible environment. They have a natural tendency to gather information and use the conclusions and experiences for problem solving also in other situations in life.</p> <p>As part of this final project, we produced dental fear related information for a project called Dental Pass. This project is collaborated with the Preventive Oral Health Care Department of the City of Helsinki.</p>	
Keywords	dental fear, anxiety, behavior management, pain, oral health promotion, relaxation technique, early childhood education

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja kehittämistehtävät	2
3	Työtapa ja menetelmät	2
3.1	Opinnäytetyön menetelmä	2
3.2	Kehitystoiminnan prosessi	2
3.3	Työelämäyhteistyö	5
4	Hammashoitopelko	5
4.1	Pelon kehittymisen syitä	5
4.2	Injektoiden pelon yhteys hammashoitopelkoon	7
4.3	Lasten pelot	7
4.4	Sukupuolen vaikutus hammashoitopelon syntyyn	8
4.5	Ikäkausiin liittyvät pelot	9
4.5.1	Varhaislapsuus	9
4.5.2	Kouluikä	9
4.5.3	Murrosikä	10
4.6	Hammashoitopelon käsitteitä	10
4.6.1	Pelko	11
4.6.2	Ahdistus	11
4.6.3	Fobia	12
4.6.4	Kipu	12
5	Hammashoitopelon lievittäminen hoitotilanteessa	13
5.1	Ammatillisuus hoitotilanteessa	13
5.2	Vuorovaikutussuhteen rakentaminen	13
5.3	Pelkäävän lapsipotilaan hoito	14
5.4	Sedaatiohoito	16
5.5	Anestesia-hoito	17
5.6	Behaviour shaping	18
6	Hammashoitoa pelkäävien lasten valmennusryhmä	18
6.1	Hoitoon valmistava kirje lapsen vanhemmille	18
6.1.1	Teoria kirjeen pohjalla	19

6.1.2	Kirje	19
6.2	Leikki	21
6.2.1	Leikissä oppiminen	21
6.2.2	Oppimisen kehitysvaiheet	22
6.2.3	Piaget'n kehitysteoria kasvatuksen pohjana	22
6.3	Rentoutus	23
6.3.1	Rentoutumisen edellytykset	24
6.3.2	Rentoutumisympäristö	25
6.3.3	Aiempi tutkimus rentoutuksen vaikutuksesta hammashoidossa	26
6.4	Käsikirjoitus	27
7	Pohdinta	28
7.1	Perusteluja uuden toimintamallin kehittämiseksi	28
7.1.1	Käsikirjoituksen ja videon toteutus	29
7.1.2	Toimintakäytännön arviointi	31
7.2	Jatkokehitysideat sekä tuotoksen hyödyntäminen	31
7.3	Opinnäytetyön eettisyys	32
7.4	Ammatillinen kehitys	32
	Lähteet	34

Liitteet

Liite 1. Ehdotus oppimateriaalin rakenteeksi Moodle-oppimisympäristöön

Liite 2. Käsikirjoitus "Valmennusryhmä hammashoitoa pelkääville lapsille"

Liite 3. Sisältö Suupassi-hankkeeseen

1 Johdanto

Hammashoitopelko on hyvin yleistä. Pelkästään Pohjoismaissa noin 2,3 miljoonaa ihmistä pelkää hammashoitoa siinä määrin, että heidän hampaidensa terveys, sosiaalinen elämä ja jopa mielenterveys joutuvat kärsimään. (Kvale – Klingberg – Moore – Tuutti 2003: 203.) Pelkäävän asiakkaan kohtaaminen hammashoidossa on siis hyvin todennäköistä. Suuhygienisti on työssään – yhdessä muiden suunhoidon ammattilaisten kanssa – tärkeässä ja keskeisessä roolissa hammashoitopelkoisen asiakkaan kohtaamisessa ja hoidon suunnittelemisessa.

Hammashoitopelko johtaa usein hammashoidon laiminlyömiseen ja hoitolakäyntien välttämiseen. Hammashoitoa pelkäävillä suun terveys on keskimääräistä heikompaa: heillä on enemmän kariesta, kiinnityskudossairauksia sekä hampaiden puutoksia verrattuna muuhun väestöön. (Hakeberg – Hallonsten – Hägglin – Skaret 2003: 210; Rantavuori 2009: 28.) On siis perusteltua etsiä uusia hoitomuotoja hammashoitopelon kehittymisen ehkäisemiseksi.

Suomessa hammashoitopelosta kärsiviä lapsia voidaan hoitaa muun muassa sedaation ja vaikeissa tapauksissa yleisanestesian keinoin. Uudet psykologiset, luonnollisemmat hoitomuodot, joita kirjallisuudessakin peräänkuulutetaan lääkkeellisten keinojen tueksi, ovat varmasti tervetulleita (Raadal – Kvale – Skaret 2003: 229).

Tässä opinnäytetyössä kuvataan hammashoitopelon kehittymisen syitä sekä esitellään uudenlainen toimintakäytäntö hammashoitopelosta kärsivien lasten hoidon tueksi. Toimintakäytännön idea on lasten hammashoitoon totuttaminen heille luontaisimmalla tavalla: leikin kautta. Toimintakäytännön kuvaamisen lisäksi tämä opinnäytetyö toimii tietopohjana sekä oppimateriaalina Metropolia Ammattikorkeakoulun Moodle-oppimisympäristössä (liite 1).

Opinnäytetyön alussa kuvaamme kehittämisprosessin kulkua, jonka jälkeen käymme läpi kirjallisuudesta nousevan tietoperustan hammashoitopelolle. Käsittelemme myös lasten oppimista leikin kautta sekä rentoutuksen vaikutusta pelon hallinnassa. Näiden pohjalta luodaan käsikirjoitus uudelle toimintakäytännölle, joka esitellään työn lopussa.

2 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja kehittämistehtävät

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on luoda uudenlainen toimintakäytäntö, jolla voidaan edistää lasten suun terveyttä ja ennaltaehkäistä hammashoitopelon kehittymistä.

Tavoitteena on, että suun terveydenhuollon ammattilaiset saavat uusia työvälineitä hammashoitopelon ehkäisemiseen ja hammashoitopelkoisen lapsen kohtaamiseen.

Olemme hahmotelleet työtämme ohjaaviksi kehittämistehtäviksi seuraavia:

1. Uuden toimintakäytännön luominen hammashoitopelosta kärsivän lapsen hammashoidon tueksi
2. Tuottaa oppimateriaalia pelkäävän lapsiperheen terveydenedistämisestä

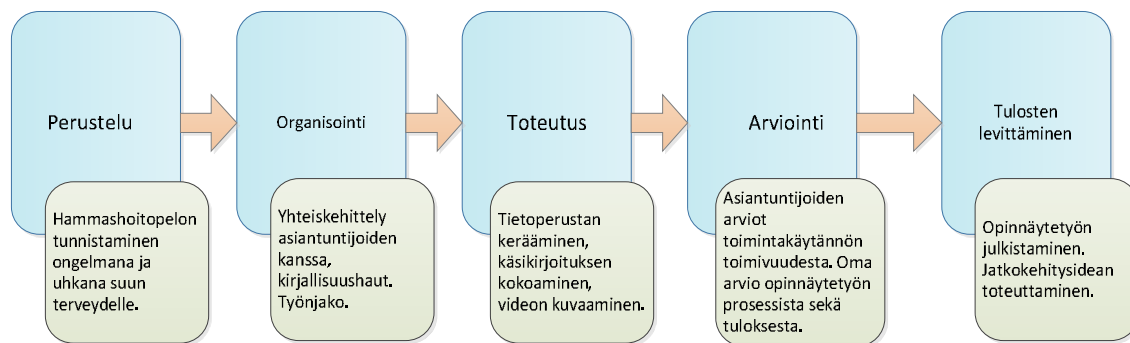
3 Työtapa ja menetelmät

3.1 Opinnäytetyön menetelmä

Kirjallisuuteen, yhteiskehittelyseminaareihin sekä havainnointiin perustuen luomme käsikirjoituksen hammashoitoa pelkääville lapsille suunnatun *valmennusryhmän*, jonka sisältö koostuu leikistä, rentoutumisharjoituksista sekä vierailusta hoituhuoneeseen. Käsikirjoitusta havainnollistamaan tuotimme ryhmän toiminnasta myös videon.

3.2 Kehitystoiminnan prosessi

Uuden toimintamallin luomista hahmotimme Toikon ja Rantasen (2009: 56) viisiportaisen kehittämisprosessin mallin mukaan. Kehittämisprosessin etenemistä kuvaavat sisällöt ovat perustelu, organisointi, toteutus, arviointi ja tulosten levittäminen.



Kuvio 1. Kehitystoiminnan prosessin kuvaus.

(mukaillen Toikko – Rantanen 2009: 56)

Idea uuden toimintakäytännön luomiselle nousi kiinnostuksesta hammashoitopelosta kärsivien potilaiden hoitoon. Tässä opinnäytetyössä käsittelemme mahdollisuutta lieventää hammashoitopelkoa lapsille suunnatun valmennusryhmän avulla. Perustelu tällaisen toimintakäytännön tarpeelle löytyy helposti kirjallisuudesta: pelko hammashoitoa kohtaan on maailmanlaajuinen ongelma ja voi muodostua esteeksi hammashoidon toteutumiselle (Milgrom – Weinstein 1993: 288; Hakeberg 2003: 210). Olemme käyneet läpi tutkimuksia ja artikkeleita sekä hammaslääketieteen että hoitotieteen näkökulmasta. Olemme tehneet tietokantahakuja hakusanoilla: hammashoitopelko, pelko, suun terveydenedistäminen, rentoutusmenetelmät, leikki, varhaiskasvatus, dental fear, anxiety, behaviour management, pain, oral health promotion, relaxation technique, early childhood education. Tietokantoina olemme käyttäneet Helkaa, PubMedia, Cinhalia, Ovidia sekä Nelliä.

Työn suunnittelussa ja valmistelussa pääsimme hyödyntämään työelämän näkökulmia yhteiskehittelyseminaareissa. Seminaareihin valmisteltiin kirjallisuuteen pohjautuva esitys opinnäytetyön etenemisestä. Seminaareissa aiheeseen ja ideoihin saatiin palautetta sekä kehittämissuhteita. Yhteiskehittelyseminaareissa osallistujia ovat olleet opinnäytetyön ohjaajien ja vertaisopiskelijoiden lisäksi muun muassa Helsingin kaupungin suun terveydenhuollosta terveydenedistämisen ammattilainen, suuhygienisti Marja Lehinsalo sekä Espoon kaupungilla suun terveydenhuollossa työskentelevä, hammashoitopelkoisten perheiden suun terveydenedistämiseen erikoistunut terveydenedistämishammashoitaja Anna-Mari Kyläkallio. Pääsimme seuraamaan pelkäävien lasten nukutuksessa tapahtuvaa hammashoitoa Espoossa, Samarian hammashoitolassa. Työmme kannalta oleellista oli myös se, että saimme seurata koko perheen

suun terveydenedistämistä. Samaan aikaan, kun lapsen hampaistoa hoidettiin yleisanestesiassa, vanhempien kanssa keskusteltiin perheen suunhoitotottumuksista ja tämän hetkisestä lapsen suun terveydentilasta sekä siihen vaikuttavista asioista.

Tässä opinnäytetyössä suunniteltiin uusi toimintakäytäntö hammashoitopelosta kärsivän lapsen hoitokäyntiä helpottamaan. Toimintakäytännön kehittämisprosessi kuvataan suunnitteluvaiheesta videon toteuttamisvaiheeseen asti. Työn liitteeksi tuotettu video on toimintakäytännön simuloitu kuvaus. Videolla esiintyy lapsia, jolloin aktiviteetteja sekä niiden toimivuutta on päästy testaamaan lapsilähtöisesti, mutta autenttinen tilanne ja toteutus hammashoitoa pelkävien lasten valmennusryhmästä on jouduttu rajamaan aika- ja työmääräresurssien vuoksi pois.

Toimintakäytännön toimivuutta arvioitiin käsikirjoitukseen perustuen. Lasten aktiviteettien toteutettavuutta pohdimme ja arvioimme yhdessä lastentarhanopettaja Riikka Rauhalan kanssa. Jatkossa, kun toimintakäytäntö toteutetaan sen varsinaisella kohde-ryhmällä, tapahtuu todellinen arviointi, jolloin nähdään miten hyvin tämän kehitysidean avulla hammashoitoa pelkääviä lapsia pystytään voimaannuttamaan ja auttamaan pääsemään yli pelostaan. Opinnäytetyö kokonaisuutena on edennyt vuorovaikutteisesti ja työtehtävien jako on onnistuttu tekemään hyvin tasapuolisesti. Kunnioitus ja avoimuus ryhmän kesken sekä yhteistyökumppaneita kohtaan ovat auttaneet prosessin aikana.

Opinnäytetyö esitellään Metropolia ammattikorkeakoulun järjestämässä julkaisuutilaisuudessa, jolloin se tavoittaa useita suun terveydenhuollon ammattilaisia. Tavoitteena on, että tulevaisuudessa Metropolia ammattikorkeakoulun suuhygienistiopiskelijoista koostuva ryhmä jatkaa siitä, mihin jäimme ja toteuttaa suunnittelemamme käsikirjoituksen käytännössä ja arvioi ryhmän toimivuutta sekä lasten hammashoitopelon vähentymistä. Otamme itse haasteen vastaan mielellämme, jos työelämään siirtyessämme tämä mahdollistuu. Toteutus vaatii hammashoitolan yhteydessä olevan ryhmätyötilan, jossa lasten leikit ja aktiviteetit toteutetaan. Tämä voi osaltaan asettaa tiettyjä rajoituksia toteutukselle.

3.3 Työelämäyhteistyö

Opinnäytetyömme liittyy myös Suupassi-nimiseen hankkeeseen, joka toteutetaan yhteistyössä Helsingin kaupungin suun terveydenedistämisen työryhmän kanssa. Suupassihanke on etupäässä tarkoitettu narkoosihoitoon menevälle, pelkäävälle lapselle ja hänen perheelleen. Anestesiassa hoidettavalle potilaalle hoitokäyntejä tulee useita (3-6). Suupassi toimii hoitajakson aikana apuna niin hoitohenkilökunnalle kuin potilaalle ja hänen perheelleenkin. Suupassia voidaan hyödyntää myös lievästi hammashoitopelosta kärsivien hoidossa. Tähän hankkeeseen tuotamme opinnäytetyöhömme liittyvänä innovaatioprojektina tiiviin tietoiskun hammashoitopelosta, sen siirtymisestä ja ennaltaehkäisemisestä. (Liite 3)

4 Hammashoitopelko

Hammashoitopelon syntymiseen nousee kirjallisuudesta selvimmin seuraavat syyt: aiempaan hammashoitokäyntiin liittyvät negatiiviset kokemukset sekä pelon välillinen siirtyminen esimerkiksi vanhemmilta (Krikken – ten Cate – Veerkamp 2010: 283; Rantavuori 2008: 55; Milgrom – Mancl – King – Weinstein 1995: 315). Myös lapsen luontainen arkuus ja pelokkuus voivat toimia syynä hammashoitopelon kehittymiseen (Chapman – Kirby-Turner 1999: 408). Tuomme esiin myös ikäkausiin liittyvät, lapsen *normaalit* pelot. Lisäksi avaamme hammashoitopelon keskeisimpiä käsitteitä, joita ovat pelko, ahdistus, fobia sekä kipu. Seuraavassa käymme läpi hammashoitopelon kehittymiseen vaikuttavia asioita.

4.1 Pelon kehittymisen syitä

Pelko on normaali ilmiö lapsuudessa ja nuoruudessa. Se nähdäänkin usein oleellisena, jopa väistämättömänä tunteena vaarana koetun tilanteen uhatessa. On myös ymmärrettävää pelätä tilannetta tai asiaa, joka on aikaisemminkin aiheuttanut vahinkoa tai kipua. (Chapman – Kirby-Turner 1999: 408; Hakeberg ym. 2003: 211.) Hellströmin ja Hanellin (2003: 92) mukaan hammashoitopelko voi olla yhdistelmä useasta eri fobiasta. Pelon voi laukaista jo pelkkä ajatus hoidon aiheuttamista epämiellyttävistä tuntemuksista, hajuista, hoitotuolissa istumisesta tai instrumenttien aiheuttamista tuntemuksista suussa. Myös injektoiden, veren ja oksentamisen pelko voi lisätä hammaslääkäripel-

koa. Pelottavassa tilanteessa ensimmäinen reaktio on asian välttäminen tai pelottavasta tilanteesta pakeneminen. Uhkaavaksi koetun tilanteen välttäminen vähentää pelkoa ja on siksi palkitsevaa. (Chapman – Kirby-Turner 1999: 408; Kvale ym. 2003: 204). Toisaalta pelon kohteen karttaminen myös ylläpitää pelkoa. Toskala (1997) kehottaakin kohtaamaan pelon pikkuhiljaa. Altistuminen pelolle vähitellen on olennainen osa pelon hoitamista. (Toskala 1997: 102.) Kokemukset, jotka toistuvat samankaltaisina ja ovat vaarattomia, voivat toimia ikään kuin vasta-aineena jo omaksuttua pelkoa vastaan (Rescorla – Solomon 1967:162).

Pelon voi oppia myös pelokkaalta vanhemmalta tai kaverilta, tai jopa välillisesti televisioista tai sarjakuvien kautta. Alttius pelon kokemiselle voi olla myös synnynnäistä. Lapsi voi olla perinyt pelokkaan tai aran luonteen ja on tästä syystä alttiimpi kokemaan tilanteet pelottavina, jopa traumaattisina. (Rantavuori 2009: 29; Chapman – Kirby-Turner 1999: 408.) Pelko voi syntyä myös siitä, että aikuiset eivät osaa suhtautua lapsen pelkoon vakavasti tai tilanteen vaatimalla tavalla. Lisäksi perheessä koettu turvatomuuden tunne voi johtaa suurenevaan pelon kokemiseen kiputuntemuksen yhteydessä. (Hellström – Hanell 2003: 97.)

Hellström ja Hanell (2003: 67) selittävät hammashoitopelkoa hallinnan menettämisen pelolla. Tähän pohjautuu myös osa muista pelkotiloista: ihminen ei tunne tilanteen olevan hänen hallinnassaan, eikä hän itse tunne pystyvänsä pysäyttämään tilanteen etenemistä. Tilanteen johtaminen johonkin tuntemattomaan ja arvaamattomaan, mahdollisesti kipuun tai paniikkikohtaukseen, saa asiakkaan välttelemään hoitoon tuloa viimeiseen asti. Myös hoidon kustannukset voivat lisätä pelon tunnetta. Hoitoon menoa voidaan siirtää taloudellisista syistä, mikä voi johtaa entistä heikompaan suun terveydentilaan. (Hellström – Hanell 2003: 67; Kvale ym. 2003: 204.)

Kliinisesti pelko määritellään fobiaksi siinä vaiheessa, kun pelko on kestänyt kaksi vuotta tai, kun pelon voimakkuus on asiakkaan jokapäiväistä elämää heikentävää. Lasten hammashoitopelosta puhuttaessa voidaan tarkkoja pelon määritteitä joutua tulkitsemaan hieman vapaammin, koska lapset eivät usein pysty välttelemään hammashoitoa kahta vuotta, vaikka sitä haluaisivatkin. Lapsen suunterveydentila tai jopa yleisterveys voi myös vaarantua, jos hammashoitopelosta kärsivää lasta ei hoideta pelkopotilaana johtuen kriteeristä, jossa pelon on jatkuttava kaksi vuotta, jotta se määriteltäisiin fobiaksi. (Kvale ym.2003: 205; Chapman – Kirby-Turner 1999: 408.)

Champan ja Kirby-Turner (1999: 408) löysivät tutkimuksessaan hammashoitopelon aiheuttajiksi erilaisia kokemuksia, elämäntilanteita ja perinnöllisiä taipuvaisuuksia. Heidän mukaansa pelon taustalla voi olla edeltävät traumaattiset, esimerkiksi hammaskirurgiset hoitotilanteet tai muut lääketieteelliset toimenpiteet, joista pelko voi yleistyä koskemaan muitakin sairaanhoitoon liittyviä tilanteita. Lisäksi mahdollinen kiinnipitäminen voi aiheuttaa jälkiseurauksia. Lapsen voi olla myöhemmin vaikea luottaa hoitohenkilökuntaan ja jopa sairaalaan hakeutuminen aikuisellakin iällä voi viivästyä johtuen luottamuspulasta. (Hellström – Hanell 2003: 97). Chapman ja Kirby-Turner (1999: 409) listaavat viisi tekijää, jotka ovat tärkeitä hammashoitopelon etiologian kannalta. Ensimmäinen tekijä on kipuun tai sen odottamiseen kohdistuva pelko. Toisena on luottamuksen pula tai petetyksi tulemisen pelko, jotka tiiviisti liittyvät kolmanteen tekijään eli kontrollin menettämisen pelkoon. Neljäntenä on pelko tuntematonta kohtaan. Viimeisenä on ihmisen henkilökohtaiseen tilaan tunkeutuminen ja sen aiheuttama pelko.

4.2 Injektioiden pelon yhteys hammashoitopelkoon

Hammashoitoon liittyy läheisesti injektiot. Injektiot ja pistäminen usein pelottavat, sillä neulan pistäminen ihon tai limakalvon läpi voi sattua, tai ainakin tuntua epämiellyttävältä. Injektiopelko voi saada aikaan vaarallisia tilanteita, jos pistoksia pelkäävä ei mene lääkäriin sairastuttuaan, koska pelkää joutuvansa verikokeisiin tai tiputukseen. Injektiopelko voi myös vaikeuttaa hoitotoimenpiteitä, koska pelästymisen supistaa verisuonia, mikä osaltaan tekee esimerkiksi verikokeen otosta entistä vaikeampaa. Tämä saattaa johtaa siihen, että verisuonta etsittäessä joudutaan pistämään useita kertoja, jolloin piikkikammoisen pelko näitä tilanteita kohtaan edelleen vahvistuu. (Hellström – Hanell 2003: 55; Rantavuori 2009: 29.)

Diebling ja Rowen (2000) havaitsivat tutkimuksessaan neulan näkemisen voivan lisätä hammashoitopelon kokemista, tai ainakin tuottaa useille negatiivisia tuntemuksia (Vesänen 2002: 11 mukaan). Noin puolet hammashoittoa pelkäävistä lapsista pelkää myös lääkeruiskua (Alvesalo ym. 1993: 970).

4.3 Lasten pelot

Lasten pelon käsittely on erilaista kuin aikuisen. Teoksessaan *Fobiat* Hellström ja Hanell (2003: 36) kertovat lasten ja aikuisten pelko-oireista, niiden synnystä ja siitä, miten niistä voitaisiin vapautua. Myös Ivanoff ym. (2001: 126) ovat käsitelleet aihetta. He erittelevät lasten pelot traumaattisen kokemuksen aiheuttamiksi, tiettyyn ikäkauteen liittyviksi tai synnynnäisiin pelkotiloihin. He muistuttavat teoksessaan lapsen tarvitsevan tukea ja rohkaisua hoitohenkilökunnalta ja vanhemmiltaan pelon ilmaisussa.

Lasten pelon siirtymisestä aikuiselta lapselle on paljon tutkimusnäyttöä (esim. Rantavuori 2008: 55) ja siitä puhutaan paljon. On kuitenkin huomioitava, että lapsi voi saada fobian vaikka vanhempi tekisikin kaiken ”oikein”. On löydetty viitteitä siitä, että joillakin henkilöillä on vain suurempi taipumus pelko-oireisiin kuin toisilla. Alttius selittää myös sen, että kaikki eivät saa samoja pelko-oireita vaikka ulkoiset edellytykset olisivat samat. (Hellström – Hanell 2003: 95.) Gullone (2000: 438) tutki viimeisen vuosisadan ajalta tutkimuksia normaalin pelon kehittymisestä. Hänen tutkimuksestaan käy ilmi, että lapsen kokemukseen pelosta vaikuttavat myös kulttuuri ja asuinympäristö. Länsimaiset lapset ovat hollantilaistutkimuksen mukaan vähemmän pelokkaita ei-länsimaistaustaisiin lapsiin verrattuna (Ten Berge – Veerkamp – Hoogstraten 2002: 324).

4.4 Sukupuolen vaikutus hammashoitopelon syntyyn

Hellström ja Hanell (2003: 96) muistuttavat kirjassaan, että tyttöjen ja poikien peloissa ja niiden näyttäytymisessä on usein eroja. Tyttöillä on tutkitusti enemmän fobioita kuin pojilla, tosin tämäkin ilmiö on ikäsidonainen; tytöt näyttäisivät pelkäävän enemmän verrattuna ikäisiinsä poikiin teini-iässä. Hellströmin ja Hanellin mukaan ero voi johtua siitä, että poikia rohkaistaan enemmän kohtaamaan pelkonsa, kun taas tyttöjä enemmänkin suojellaan niiltä. Eroja on selitetty myös biologisilla tekijöillä. (Hellström – Hanell 2003: 95.) Chapman ja Kirby-Turner (1999: 408) ovat tutkimuksissaan löytäneet samansuuntaisia viitteitä. Tytöt raportoivat peloista enemmän kuin pojat. Tutkijat selittävät tätä luontaisella arkuudella tai kasvatuksella, jossa tyttöjä kannustetaan osoittamaan pelkonsa, kun poikia taas saatetaan kannustaa piilottamaan ne. Rantavuori (2009) raportoi väitöstutkimuksessaan 15-vuotiaiden tyttöjen pelkäävän hammashoitoa enemmän kuin pojat, mutta alemmissa ikäluokissa sukupuolten välisiä eroja ei havaittu (Rantavuori 2009: 29). Samanlainen tulos löytyy myös Hakebergin ym. (2003: 211) artikkelista *Hammashoitopelon epidemiologia*.

4.5 Ikäkausiin liittyvät pelot

Lasten pelot vaihtelevat ikäkausien mukaan (Hellström – Hanell 2003: 95). Yleisesti voidaan todeta, että mitä nuorempi lapsi on, sitä alttiimpi hän on pelkäämään (Talkka 2009: 15). Pelkojen esiintyminen on kuitenkin hyvin yksilöllistä. Syntymästä vuoden ikäiseksi lapsi voi pelätä äkillisiä ääniä ja ärsykeitä, vieraita ihmisiä ja eroa vanhemmista. Kahdenvuoden ikäisenä kovat äänet, isot koneet ja pimeät huoneet saattavat pelottaa, kun taas viisivuotias saattaa pelätä eläimiä, pimeää, vaaralliseksi koettuja ihmisiä ja ruumiillista häpeää. Kuusivuotias osaa jo pelätä vammoja ja sairauksia ja koulunaloitusiässä uudet ympäristöt ja televisiosta nähdyt tapahtumat voivat pelottaa. Teini-iässä taas sosiaaliset tilanteet voivat luoda pelkoja. (Hellström – Hanell 2003: 95.) Seuraavassa kappaleessa on esimerkkejä peloista, jotka yleensä kuuluvat lapsen normaaliin kehitykseen.

4.5.1 Varhaislapsuus

Lapsen kehittyessä ja kognitiivisten taitojen lisääntyttyä, muuttuvat hänen kokemuksensa pelottavista tilanteista. Pieni lapsi voi kokea hammashoitolan hajut ja äänet hämmentäviksi. Tulisikin muistaa, että taaperoikäisen käynnin hammashoitolassa ei tarvitse välttämättä sisältää suun tarkastusta. Lapsi voi rauhassa tutustua hänelle outoon ympäristöön saadessaan mahdollisuuden tutkia turvallisesti ympäröivää tilaa, voi hän spontaanisti toimia toivotulla tavalla, kuten kiivetä hoitotuoliin. (Chapman – Kirby-Turner 1999: 409.)

4.5.2 Kouluikä

Ensimmäisten kouluvuosien aikana pelkotuntemukset laajenevat koskemaan uusia alueita. Näitä ovat yksin olemisen pelko, pimeyden pelko tai mielikuvitusolentojen pelko. Nämä ovat esimerkkejä pelosta, joka kohdistuu johonkin tuntemattomaan. Chapmanin ja Kirby-Turnerin (1999) mukaan yhdeksän vuoden iässä myös ruumiillisen vamman pelko kasvaa. Tämä voi olla seurausta siitä, että huoltajat opettavat lapsilleen vaarallisten tilanteiden arviointia, kuten tien ylitystä tai tuntemattomille puhumista. Lapsen arviot tilanteista perustuvat aiempaan tietoon tai kokemukseen. Jos lapsi esimer-

kiksi polttaa sormensa kuumaan hellanlevyyn, hän tuskin tekee samaa virhettä uudelleen. Samoin, jos lapsella on huonoja kokemuksia hammashoidosta, on hän saattaa olla vastentahtoinen palaamaan sinne. (Chapman – Kirby-Turner 1999: 409.)

Älyllinen kehitys tuo mukanaan mahdollisuuden arvioida uhka-tilanteita uudelleen. Lapsen kehityksen ja kasvun myötä hammashoitopelko saattaa lieventyä. Tästä syystä saattaa olla perusteltua siirtää yhteistyökyvyttömiä lasten kiireettömiä hoitoja tulevaisuuteen. Toisaalta kehitystä voi tapahtua toiseenkin suuntaan. Ennen ongelmitta hammashoidossa käynyt lapsi voi olla vuotta myöhemmin hoitotilanteessa arka ja pelokas. Voi olla, että lapsen kehittyminen tuo mukanaan ymmärryksen erilaisten uhkien suuremmasta määrästä ja se voi johtaa tilanteiden uudelleen arvioimiseen ja pelon syntymiseen. Chapman ja Kirby-Turner lisäävät, että jos lasta käsitellään tässä tilanteessa hyvin ja sympaattisesti, voi hän taas kypsyessään arvioida tilanteen uudelleen ja päästä irti pelosta. He muistuttavat positiivisten kokemusten tärkeydestä. Kun suunhoito saadaan tehtyä pelokkuudesta huolimatta hyvässä hengessä, voi lapsi taas vuoden kehittyttyään olla kypsempi uudelleen arvioimaan tilanteen pelottavuutta. (Chapman – Kirby-Turner 1999: 409.)

4.5.3 Murrosikä

Chapman ja Kirby-Turnerin (1999: 409) tutkimuksesta käy ilmi murrosikäisen pelkojen kohdistuvan toisaalle, verrattuna lapsiin. Murrosiässä pelkoa tuottavat asiat ovat usein sosiaaliseen hyväksyntään ja tulevaisuuteen liittyviä. Tästä johtuen osa nuorista voi olla erityisen herkkä havaitsemaan kritiikkiä omaan suuhygieniaansa tai ruokavalioonsa liittyen. Suuhygieniaan liittyvä kritiikki voidaan kokea kritiikiksi heidän ulkonäöstään. Nuoret voivat myös liittää sen epäonnistumisen tunteeseen.

4.6 Hammashoitopelon käsitteitä

Seuraavassa avaamme lyhyesti hammashoitopelkoon liittyviä käsitteitä. Peruskäsitteitä hammashoitopelkoon liittyen ovat pelko, ahdistus ja fobia. Hammashoitopelosta puhuttaessa myös kipu on keskeinen ja huomioonotettava tekijä.

4.6.1 Pelko

Pelkoreaktio syntyy, kun aivomme toteavat jonkun asian vaaralliseksi. Reaktio on tahdosta riippumaton ja sen tarkoitus on paeta vaaran aiheuttajaa tai taistella sitä vastaan. Pelkoreaktio näkyy ihmisessä fysiologisena, kognitiivisena ja käyttäytymismuutoksena. Fysiologiset reaktiot ovat universaaleja ja tahdosta riippumattomia. Tällaisia ovat esimerkiksi tihtyneet sydämenlyönnit, kohonnut verenpaine sekä muutokset hengitystiheydessä. (Kvale ym. 2003: 203.) Lisäksi pelko voi aiheuttaa hyperventilaatiota, heikotuksen tunnetta, pahoinvointia sekä lihasjännitystä. (Hellström – Hannel: 25.) Kognitiivisilla muutoksilla viitataan kielteisiin ajatuksiin. Yksilön käytöksessä pelkoreaktio puolestaan näyttäytyy pyrkimyksinä päästä tilanteesta pois. Toisaalta pelkäävä voi myös jäähmettyä paikalleen. (Kvale ym. 2003: 203.) Pelkäävä ihminen voi tuntea itsensä voimattomaksi pelon edessä ja suhde pelkoon saattaa muodostua jollain tapaa häpeälliseksi (Toskala 1997: 34). Vaikka edellä on mainittu selkeitä fysiologisia reaktioita joita pelko saa aikaan, voi hammashoidossa oleva potilaalla olla voimakaskin pelkoreaktio hoitotilanteessa, ilman että hoitohenkilökunta sitä huomaa (Kvale ym. 2003:204).

4.6.2 Ahdistus

Ahdistus on tahdosta riippumaton reaktio ja ilmenee usein lähes samalla tavalla kuin pelko (Kvale ym. 2003: 204). Chiayawat ja Brown (2000: 407) ovat antaneet esimerkin Mayn (1950) määritelmistä englanninkielien sanoista *anxiety* ja *fear*, jotka suomeksi käännettynä tarkoittavat ahdistusta ja pelkoa. May määrittelee *anxiteyn* olevan epämiellyttävä, hetkellinen tunnetila, johon liittyy jännitystä sekä levottomuutta. *Fear* taas Mayn mukaan on enemmänkin hetkellinen tunnereaktio tiettyyn, joko todelliseen tai epätodelliseen, uhkaan. Ahdistusta ja pelkoa käytetään usein synonyymeinä toisilleen niin arkikielessä kuin alan kirjallisuudessa. Kuten pelko- myös ahdistusreaktiossa ilmenee fysiologisia, kognitiivisia ja käyttäytymismuutoksia, joista fysiologiset reaktiot ovat tahdosta riippumattomia eikä niitä voi estää järjellä. Ahdistusreaktio voi syntyä täysin vaarattomalta näyttävässä tilanteessa. Ahdistunut oppii tunnistamaan vaaraksi kokemansa tilanteen merkit yhä aikaisemmin ja lopulta välttää uhkaavaksi kokemiaan tilanteita kokonaan. (Kvale ym. 2003: 204.)

4.6.3 Fobia

Fobia on toiselta nimeltään määräkohteinen pelko, jolle on selkeä erotusdiagnostiikka pelko ja ahdistus -käsitteisiin (Kvale ym. 2003: 204). Kuten aikaisemmin jo mainitsimme, pelko määritellään fobiaksi siinä vaiheessa kun pelko on kestänyt kaksi vuotta tai kun pelon voimakkuus on asiakkaan jokapäiväistä elämää heikentävää (Chapman – Kirby-Turner 1999: 408). Määräkohteisen pelon määrittelyyn käytetään seitsemää kriteeriä, joista jokaisen tulee täytyä. Kriteerit ovat American Psychiatric Assosiationin määrittelemät ja ne on luotu yhtenäistämään mielenterveys sairauksien diagnostiikkaa (DSM 2011; Kvale ym. 2003: 206).

Hammashoitofobiaa kutsutaan odontofobiaksi ja se voidaan erottaa voimakkaasta hammashoitopelosta sen vaikuttavuudella henkilön toimintaan. Odontofobiasta kärsivä ihminen usein laiminlyö suun omahoidon, jolloin hampaiston kunto heikkenee. Hän kärsii mieluummin vuosia hammassäryistä ja purentavaikeuksista kuin menee hammashoittoon. Odontofobikolla täyttyvät usein kriteerit myös sosiaalisten tilanteiden pelolle. (Kvale ym. 2003: 206.) On myös huomion arvoista, että sosiaalisten tilanteiden pelko on joissain tapauksissa ensisijainen diagnoosi, kuten Moore ym. (1995) ovat tutkimuksessaan huomanneet. Odontofobia voi pitkään jatkuessaan johtaa siihen, ettei vastaanotolle haluta viedä myöskään omia lapsia (Kvale ym. 2003: 206).

4.6.4 Kipu

Kansainvälinen kivuntutkimusyhdistys IASP määrittelee kivun seuraavasti: "Kipu on epämiellyttävä sensorinen ja emotionaalinen kokemus (aisti- ja tunnekokemus), joka liittyy tapahtuneeseen tai mahdolliseen kudonvaurioon tai jota kuvataan kudonvaurion käsittein." Psykologi C. Richard Chapman kuvaa kipua voimakkaana negatiivisena tunnetilana, joka hallitsee tietoisuutta. Kipu on yhtäaikaisesti universaalia ja yksityistä. Kivun tunne on jokaiselle tuttu, mutta toisaalta se on aina subjektiivista ja jakamatonta. (Vainio 2004: 17.) Kipua ei voi kyseenalaistaa. Ihmisen ilmaistessa kipua, on kyseessä kipuongelma. (Estlader 2000: 574.) Hammashoittoa pelkäävä henkilö pelkää usein hammashoidon aiheuttamaa kipua ja tämän vuoksi hammashoidossa käyntiä saataan välttää (Vesänen 2002: 12).

5 Hammashoitopelon lievittäminen hoitotilanteessa

Seuraavaksi käsittelemme seikkoja, jotka vaikuttavat hoitotilanteen sujuvuuteen, luotettavuuteen sekä positiiviseen vuorovaikutukseen. Lapsen kokemukseen hoitotilanteesta pystytään vaikuttamaan henkilökunnan käytöksen lisäksi myös lääketieteellisin keinoin, joista kerromme lyhyesti.

5.1 Ammatillisuus hoitotilanteessa

Helsingin yliopistollisen keskussairaalan Suu- ja leukasairauksien klinikalla sekä Lasten ja nuorten sairaalassa työskentelevä EHL Heikki Alapulli (2012) on listannut 11-vuotiaiden suomalaislasten arvioita ”hyvän” ja ”huonon” hammaslääkärin ominaisuuksista. Tämän uskomme pätevän myös suuhygienistiin, samanlaisen hoitoympäristön sekä samantapaisen työnkuvan vuoksi. Lasten kertoman mukaan hyvä hammaslääkäri kuuntelee ja on ymmärtäväinen, yrittää välttää kipua, on työssään taitava, rauhallinen ja ystävällinen sekä vastaa lapsen kysymyksiin ja selittää. Huono hammaslääkäri on lasten mielestä sen sijaan kovakourainen, moittiva, etäinen, kiireinen, hosuva ja odotuttava. (Alapulli 2012.)

5.2 Vuorovaikutussuhteen rakentaminen

Kirjallisuudesta nousee vahvasti esiin luontevan vuorovaikutuksen sekä luotettavan hoitosuhteen rakentamisen tärkeys (esim. Kantero – Levo – Österlund: 1997: 23; Alaluusua ym. 2008: 533). Hoitosuhdetta rakennettaessa on hyvä myös muistaa, että ”lapsi ei ole miniatyyrikokoinen aikuinen” (Alapulli 2012). Onkin tärkeää, että varsinkin ensikäynnillä kohtaamiseen panostetaan luotettavan vuorovaikutuksen luomiseksi. Lasta puhutellaan nimellä ja hänelle puhutaan iästä riippumatta. Lapselle voi kertoa jopa jotain itsestään, jolloin lapselle syntyy vaikutelma, että hoitohenkilökunta on heidän kanssa samalla tasolla. Lapsi tarvitsee aikuista enemmän aikaa ympäristön havainnointiin, joten aikaa on hyvä varata reilusti, jotta kiireestä ei tule este hyvän ja luotettavan hoitosuhteen muodostumiselle. (Alapulli 2012.) Lasten pelkoa voi lievittää myös omasairaanhoidaja-periaatteella. Pienten lasten vieraisiin ihmisiin liittyvä pelko helpottaa kun yksilövastuinen hoitotyö toteutuu, eli lasta hoitaa pääosin omat vanhemmat ja omahoitaja. (Ivanoff ym. 2001: 126). Tämä ilmiö toimii varmasti myös hammashuollon piirissä, vaikka Ivanoffin ym. esimerkki onkin yleisestä sairaanhoidosta.

Hoitohenkilökunnan ja lapsen välisen, hyvän vuorovaikutussuhteen luomisen lisäksi on kontakti saatava myös lapsen vanhempiin. Erityisesti pienten lasten kohdalla sujuva ja onnistunut, kotona toteutuva omahoito vaatii aina myös vanhempien sitouttamisen asiaan. (Alapulli 2012.)

5.3 Pelkäävän lapsipotilaan hoito

Ivanoff ym. (2001: 126) muistuttavat pelosta puhumisen lasten kanssa vähentävän pelkojen uhkaavuutta ja helpottavan pelkoa. Pelkoa erityisesti sairaalaympäristöä kohtaan on heidän mukaansa helppo lievittää tutustuttamalla lapsi laitteisiin ennen niiden käyttöä. Tämän lievityskeinon voitaneen olettaa vaikuttavan samoin myös hammashoitoympäristössä. Lasta hoitavan henkilön kertomus sairaalalaitteista, niiden toiminnasta ja tarkoituksenmukaisuudesta, vähentää lapsen mielikuvituksen keksimiä selityksiä ja pelkoja laitteita kohtaan (Ivanoff ym. 2001:127).

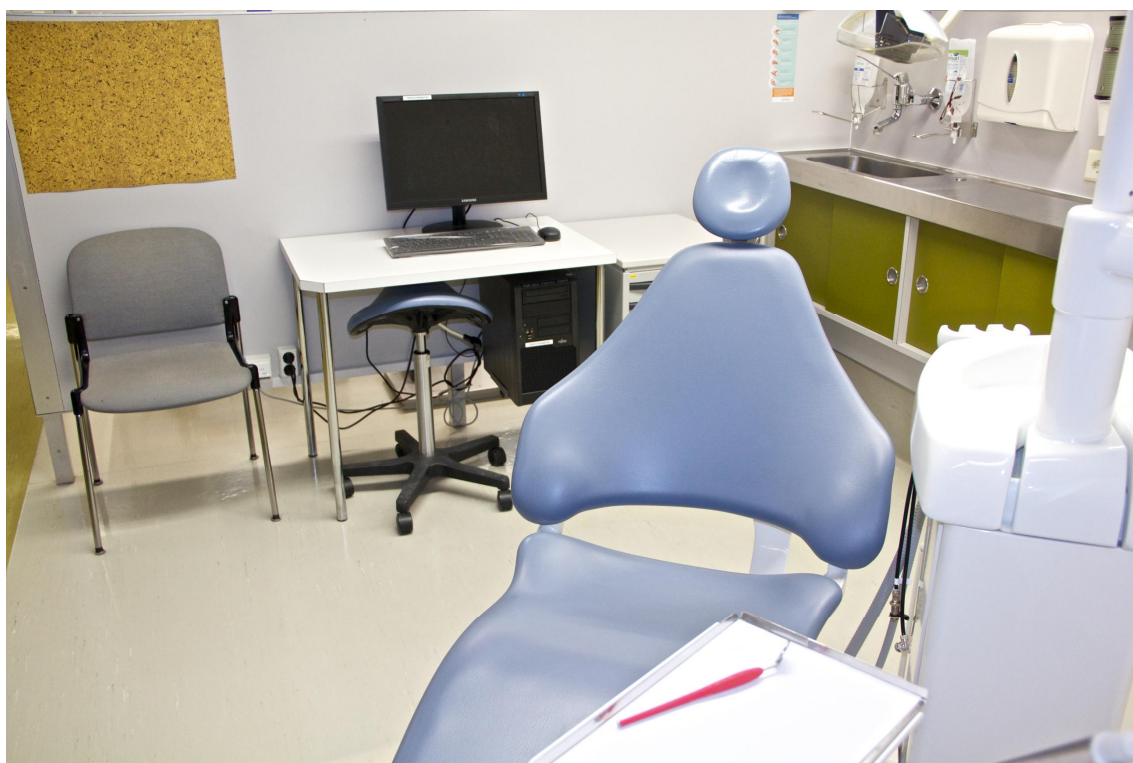
Pelokkaalle lapselle on hyvä selittää tulevat toimenpiteet mahdollisimman yksinkertaisesti ja totuudenmukaisesti. Lapsi voi helposti ymmärtää toimenpiteen merkityksen väärin. Toimenpiteiden aiheuttamasta kivusta on hyvä kertoa kuvailevin termein, kuten kipu tuntuu rutistavalta, kylmältä tai nipistävältä. Kivun mahdollisuutta ei tule kieltää. Myös lapsen osallistaminen toimenpiteisiin auttaa. Lapsen tuntiessa pystyvänsä vaikuttamaan tilanteen kulkuun, saadaan pelottava asia lapsen oman hallinnan piiriin. (Ivanoff ym. 2001:126).

Alapulli (2012) muistuttaa, että vaikka teoreettinen tieto on suunhoidon ammattilaiselle välttämätöntä, ei se korvaa ystävällisyyttä, empaattisuutta, tervettä järkeä ja kykyä soveltaa olemassa olevaa tietoa yksittäisiin tilanteisiin. Tähän liittyy läheisesti myös lapsen kehuminen ja kannustaminen hoitotilanteessa. Se mistä lasta kehuaan, ei ole merkityksellistä. Esimerkiksi lause: ”Hienosti menee, oikein hyvä” sopii joka tilanteeseen. (Drabo – Nell – Gottlieb 2009: 3.)

Hammashoitohenkilökunnan jatkuva kouluttautuminen pelkäävän potilaan kohtaamiseen ja hoitoon kannattaa. Diercke ym. (2011) tekivät jatkokouluttautumiseen liittyvän haastattelututkimuksen, johon osallistui kahdeksansataa saksalaista hammaslääkärinä. Tutkimukseen osallistuneista osa kävi säännöllisesti pelkopotilaiden hoitoon liittyvässä

täydennyskoulutuksessa. Hammaslääkärit, jotka kouluttautuivat, tunsivat hallitsevansa useampia tekniikoita pelkäävän potilaan hoitoon liittyen. He tunsivat itsensä varmemmiksi ja kokivat hoitotilanteen vähemmän vaikeaksi kuin lisäkoulutukseen osallistumattomat. (Diercke ym. 2011: 60)

Lapsiystävällisen hoitoympäristön luominen on suositeltavaa. Mitä enemmän hoitotilasta pystytään tekemään värikäs, leikkisä ja perinteisestä toimenpidehuoneesta poikkeava, sen parempi. Hyviä keinoja muuttaa huonetta lapsiystävällisemmäksi on esimerkiksi ripustaa lapsiin vetoavat verhot, kiinnittää seiniin iloisia tauluja ja peittää hoitotuoli värikkäällä kankaalla. (Gottschalk – Gladbach 2009: 5.) Kokeilimme itse hoituhuoneen muokkaamista lapsiystävälliseksi asettamalla hoitotuolin päällysteeksi eläinaiheisen kankaan, ripustamalla lapsille sopivia tauluja seinään ja tuomalla hoitoympäristöön muutamia leluja. (Kuvat 1 ja 2) Ensivaikutelma lapsille muokatusta hoituhuoneesta voi olla aikuiseen makuun hieman sekava. Gottschalk ja Gladback (2009: 5) muistuttavat, että lapset pitävät yksityiskohdista ja katsovat tilaa eri perspektiivistä kuin aikuiset.



Kuva 1. Hoituhuone ennen



Kuva 2. Hoituhuone jälkeen

5.4 Sedaatiohoito

Korkeatasoinen hammashoito ja kivun lievitys ovat ihmisen perusoikeuksia iästä riippumatta. Erityisesti lasten hammashoito olisi pyrittävä toteuttamaan siten, että lapsi ei koe ahdistuneisuutta tai pelkoa. Joissain tapauksissa se tarkoittaa hammashoidon toteutumista rauhoittavien lääkkeiden eli sedaation avulla. Sedaatiota käytetään, jotta lapselle voidaan taata laadukas ja kivuton hammashoito. Se myös auttaa lasta jaksamaan tarvittaessa pitempiäkin hoitokäyntejä ja sillä halutaan ehkäistä hammashoitopelon syntymistä. (Hallonsten ym. 2011: 18.)

Hammashoidon lievässä sedaatiossa voi toteuttaa hammaslääkäri itsenäisesti ilman anestesiaalääkäreitä. Syvä sedaatio ja yleisanestesia sen sijaan vaativat aina anestesiaalääkärin ammattiosaamista, koska niissä suojarefleksit, reaktiokyky ja itsenäinen hengitys puuttuvat osittain tai kokonaan. Lasten sedaatiohoidossa käytetään yleensä inhaloitavia kaasuja, bentsodiatsepiinejä tai muita sedatoivia aineita. Inhaloitavia kaasuja ja bentsodiatsepiiniä voidaan käyttää myös yhdistelmänä jos halutaan voimistaa sedaation vaikutusta. Lasten sedaatiohoitoa voidaan käyttää tilanteissa jossa lapsi ei

ole yhteistyökykyinen, hänellä on vakava yleissairaus tai hän kärsii hammashoitopelosta. Indikaatio sedaation käyttöön täyttyy myös, kun kyseessä on hampaan poisto, ensiaputilanne, tai muu suuri hoidon tarve. Lisäksi kehitysvammaisuus ja psykiatriset ongelmat voivat vaatia hammashoitoa rauhoittavien lääkkeiden avulla. Alle yksivuotiaille sedaatiohoitoa ei suositella. (Hallonsten ym. 2011: 18.) Sedaatiota suorittavan hammaslääkäriin vastaanoton ensiapuvälineistä on löydyttävä potilaan hengityksen ylläpitoon tarvittava välineistö (Hölttä 1999: 534).

Lasten sedaatiohammashoidossa huoltajan rooli on tärkeä. Potilasohjeita on noudatettava tarkasti, lapsen paastosta on huolehdittava ennen hoitoa ja lapsen tilaa on tarkkailtava hoidon jälkeen mahdollisten komplikaatioiden varalta. Lait ja säädökset vaihtelevat eri Euroopan maissa koskien sedaatiota ja hammaslääkäriin oikeuksia käyttää erilaisia lääkkeitä ja menetelmiä. Joissain Euroopan maissa lasten hammashoidossa käytetään edelleen jopa lapsen kiinnipitämistä, mutta esimerkiksi Pohjoismaissa se on kiellettyä. (Hallonsten ym. 2011: 18.)

5.5 Anestesia-hoito

Suomessa annetaan hammashoitoa myös yleisanestesiassa eli nukutuksessa. Anestesiassa tapahtuvaa hammashoitoa tarvitsevat muun muassa lapset, joilla hoidon tarve on suuri, tai ikään liittyvä hoitokypsyyden riittämätön. Esimerkkinä tästä ovat alle kaksivuotiaat, niin kutsutut mehupullokaries-lapset. Myös akuuttia hoitoa tarvitsevat, voimakkaasta hammashoitopelosta kärsivät lapset voidaan hoitaa nukutuksessa. Lisäksi lapsen kehitysvamma, autismi, tai voimakkaat pakkoliikkeet voivat puoltaa anestesiahoitoa laadukkaan hammashoidon toteuttamiseksi. Oman ryhmänsä anestesiahoitoisissa muodostavat tapaturman takia suuria hammashoidollisia toimenpiteitä tarvitsevat lapset. Joskus myös yhteistyökykyinen lapsi voi tarvita niin suurta suun saneerausta, että on järkevää pitkällä tähtäimellä tehdä peruskorjaus yleisanestesiassa ja jatkaa hoitoja säännöllisellä ennaltaehkäisevällä hoidolla, jotta hampaiston laajamittainen korjaushoito ei tee lapsesta hammashoitopelkoista. (Alaluusua 1999:1369 ; Hölttä 2003: 535). Kirjallisuudesta löytyy viitteitä myös siihen, että anestesiassa, ilman psykologisia hoitomuotoja hoidetuilla, hammashoitopelosta kärsivillä lapsilla, voi olla myöhemmässä vaiheessa erittäin haastavaa selvittää normaalista hammashoidosta ilman nukutusta (Raadal ym. 2003: 229).

5.6 Behaviour shaping

Yksi hammashoitopelon lievittämiskeinoista on *behaviour shaping* eli vapaasti suomennettuna käyttäytymisen muokkaus. Holst (1988: 28) on tutkinut behaviour shapingin käyttöä hammashoitotilanteessa. Tämä hoitomuoto tähtää lapsen itseluottamuksen kasvamiseen sekä positiiviseen asenteeseen hammashoitoa kohtaan. Perusajatus tässä toimintamallissa on ”kerro-näytä-tee” yhdistettynä positiiviseen palautteeseen. Hoitotilanteessa edetään helpoimmasta vaativampaan toimenpiteeseen. Lapsen reaktiota toimenpiteeseen seurataan ja jos lapsi näyttää ”hyväksyvän” toimenpiteen, annetaan positiivista palautetta ja kehutaan lasta, siirtyen seuraavaan toimenpiteen vaiheeseen. Lapsen reaktion ollessa kielteinen, jatketaan toimenpiteeseen tutustumista vielä uudelleen. Hammashoidon ammattilaisen tulee olla erittäin herkkä lapsen – ja myös hänen vanhempien – signaaleille: niin sanallisille kuin ei-sanallisille.

6 Hammashoitoa pelkävien lasten valmennusryhmä

Seuraavaksi tuomme esiin kirjallisuudesta nousevia perusteluita sille, miksi leikki on hammashoitoa pelkävien lasten valmistautumisryhmässä oiva työväline. Lapsen oppimisen kehitysvaiheiden sisäistäminen on työmme kannalta tärkeää, jotta voimme suunnitella valmistautumisryhmän sisällön esi- ja alkuopetusikäisille sopivaksi. Lisäksi pohdimme ympäristön merkitystä soveltamalla kirjallisuutta ja kokemuksia toiminnallisista menetelmistä. Aluksi kuitenkin esittelemme lapsen vanhemmille suunnatun kirjeen, jonka tarkoitus on toimia toimintaohjeena vanhemmille ja auttaa heitä tukemaan lastaan hammashoitokäyntiin valmistautumisessa.

6.1 Hoitoon valmistava kirje lapsen vanhemmille

Hoitoon tulevan lapsen vanhemmilla on suuri vaikutus lapsen hoitomyönteisyyteen. Suomalaislasten hammashoitopelko on vahvasti yhteydessä perheenjäsenten hammashoitopelkoon (Rantavuori 2009: 29). Pelon siirtymisen välttämiseksi voidaan huoltajia valmistella hoitoon esimerkiksi kirjeellä, josta käy ilmi hoidon kulku sekä miten hoitoihin kannattaa valmistautua. Kirjettä luodessamme käytimme apuna Antonovskyn (1996) Salutogeenistä terveyden edistämisen mallia ja Stefan Gottschalkin ja Bergisch Gladbachin (2009) artikkelia *Lasten hammashoito käytännön näkökulmasta*.

6.1.1 Teoria kirjeen pohjalla

Salutogeeninen malli ei pohjaa näkemystään ihmisen heikkouksiin, sairauteen tai parantamiseen. Mallin kehittäjä Aaron Antovsky keskittyy teoriassaan terveyttä ylläpitäviin asioihin ja erityisesti koherenssin tunteeseen. Koherenssi tarkoittaa tunnetta elämästä, jossa asioiden nähdään etenevän jatkumona ja elämä tuntuu merkitykselliseltä, ymmärrettävältä sekä hallittavissa olevalta. Ihminen, jolla on vahva koherenssin tunne elämästä, kokee terveyttä ylläpitävien asioiden olevan saavutettavissa ja hallittavissa. Hän ei ulkoista omaa hyvinvointiaan muiden ylläpidettäväksi vaan tietää pystyvänsä itse vaikuttamaan omaan hyvinvointiinsa ja toisaalta näkee elämän tapahtumat merkityksellisinä ja tarkoituksenmukaisina. Mallin perusidea on terveyttä ylläpitävien tekijöiden painottaminen. (Antonovsky 1996: 15.) Tämä näkyy kirjeessämme kannustuksena puhumaan lapsen kanssa hammashoidosta positiiviseen sävyyn ja välttämään asialla pelottelua. Korostamme myös vanhempien kykyä vaikuttaa lapsen hoitokäynnin onnistumiseen ja hyvän kokemuksen saavuttamiseen. Pelkäävän lapsen vanhemman on tärkeä tiedostaa oma vaikutuksensa lapsen toimintaan ja asenteisiin. Kirje sisältää tietoa tulevasta hammashoitokäynnistä ja toimii samalla pohjana, jota vasten vanhempi voi peilata omia tuntemuksiaan ja havaita omat mahdolliset pelkonsa tai negatiiviset asenteensa hammashoitoa kohtaan.

6.1.2 Kirje

Hyvät vanhemmat,

Lapsellenne on varattu aika suun terveystarkastukseen. Käynnillä jutellaan suun hoitotottumuksista, tutustutaan ympäristöön ja mikä tärkeintä, pyritään luomaan hyvä, luottavainen suhde hoitavan henkilökunnan, lapsen ja hänen perheensä välille.

Hammashoitolassa käynnin tulisi olla hieno kokemus lapselle! Jo pienillä teoilla voidaan lapselle luoda positiivinen elämys ja ehkäistä hammashoitopelon syntymistä. Hammashoitolaan tullessa lapselle on hyvä varata aikaa uuden ympäristön havainnointiin. Kiire ja hermostuneisuus siirtyvät herkästi lapseen.

Lapset lukevat helposti vanhempiensa käyttäytymistä ja omaksuvatkin nopeasti tilanteiden toimintamallit huoltajalta. Vanhemman ollessa itse pelokas tai jännittyneenä, voi lapsikin kokea, että hänen on pelättävä kyseistä tilannetta. Jos tunnistat itsessäsi hammashoitopelkoa, voikin olla hyvä idea jättäytyä hammastarkastuksen ajaksi odotushuoneen puolelle. Hoitohenkilökunta pyytää sinut sisälle hoituhuoneeseen kun on aika keskustella lapsen suun hoitotottumuksista tai mahdollisesta jatkohoidosta. Vanhempi saa luonnollisesti olla tarkastuksen ajan myös hoituhuoneessa, mutta vetovastuu hoituhuoneen sisällä olisi hyvä olla hoitavalla henkilökunnalla. Saatattekin yllättyä, miten sopeutuvaisia lapset hoitotilanteessa ovat!

Voitte jo kotona harjoitella ensimmäistä käyntiä ja keskustella lapsen kanssa tulevasta positiiviseen sävyyn. Vältä käänteitä, kuten: ”Siellä ei tehdä mitään” tai ”Ei tarvitse pelätä”, koska jo hoitotuoliin kiipeäminen ja hampaiden laskeminen on lapselle ”tekemistä”. Pelon mainitseminen on turhaa, koska lapsi ei luontaisesti yhdistä pelkoa hammashoittoon. Hammashoidossa käytettävistä välineistä voi kertoa lapselle kuvailevin termein. Tarkastuksessa käytetään minipeiliä, jonka avulla lasketaan hampaat sekä pientä ”taikalamppua”, jolla nähdään lähes hampaan läpi. Joskus käytössä on myös ”kevätuuli”, joka auttaa kuivaamaan hampaiden pinnat.

Kotona voidaan leikkiä ”hammaslääkärinä” odotushuoneessa odottamisesta lähtien. Apuna leikeissä voi käyttää vaikkapa pientä lusikkaa ”hammaspeilinä” ja aurinkolaseja suojalaseina. On erittäin tärkeää kehua lasta harjoittelun yhteydessä ja nostaa lapsen uteliaisuutta tulevaa käyntiä kohtaan.

Jo etukäteen voitte vaikuttaa paljon siihen, miten lapsen suun tarkastus sujuu ja minkälainen kokemus lapselle käynnistä jää. Hammaslääkärillä ja poraamisella uhkailu tulisi unohtaa täysin. Hampaiden pesun yhteydessä onkin hyvä tilaisuus kehua lapsen säilyvää helmirivistöä tai korostaa suun puhtautta ja raikasta tunnetta puhdistuksen jälkeen.

Yhteistyöllä kodin ja hammashoidon välillä saamme aikaiseksi positiivisen hoitokokemuksen lapsellenne. Tällä keinolla voimme antaa lapselle terveen ja kauniin hymyn!

6.2 Leikki

Leikkiminen, toiminta sekä toiminnalliset menetelmät kuuluvat luonnostaan lasten ryhmiin ja lasten parissa työskentelyyn. Leikkiminen on universaali ilmiö ja luontaista lapsille. Lapset leikkivät harjoitellakseen rooleja ja taitoja, mutta myös kokemusten kerääminen ja niiden ymmärtäminen turvallisessa ympäristössä kuuluu leikkiin. Leikkiminen sinänsä on jo terapeutista, mutta sen tavoitteellisuutta ja terapeuttisuutta pystytään lisäämään lapsen ja aikuisen välisen vuorovaikutuksen avulla. (Eklund – Janhunen 2005: 85.)

6.2.1 Leikissä oppiminen

Kalliala (1999: 39) tuo esiin teoksessaan *Enkeliprinsessa ja itsari liukumäessä* ranskalaisen kirjailija-tutkija Roger Cailloisin määrittelemät leikin kriteerit: vapaaehtoisuus, ennakoimattomuus, ”turhuus” sekä tuottamattomuus. Vaikka nämä asiat ovat leikkijän kannalta tärkeitä leikin elementtejä, voi lapsi kuitenkin leikkiessään omaksua monia taitoja. Caillois on huomauttanutkin, että lapsi ei leiki oppiakseen, mutta oppii leikkiesseen (Kalliala 1999: 39). Lapsi oppii mielekkäässä toiminnassa, jossa hän pyrkii asioiden ja tilanteiden ratkaisemiseen sekä tulosten ja kokemusten käyttöön myös muissa toiminnoissaan. Tällaisen, kokonaisvaltaisen oppimisen taustalla on kiinnostuksen kasvaminen ja sen ylläpitäminen toiminnassa, joka vetoaa tunteisiin, mielikuviiin, kokemuksiin sekä elämyksiin. (Lummelahti 1997: 9.)

Lummelahti (1997) muistuttaa, että lapsi oppii mallioppimisen kautta. Oppimista tapahtuu koko ajan ja oppimisen suunta voi eri tilanteissa olla lapsen kokonaiskehityksen kannalta myönteinen tai kielteinen. Tietoisissa kasvatustilanteissa pyritään tietyn, ennalta asetetun päämäärän tavoittamiseen. On kuitenkin tärkeä muistaa, että lapsi omaksuu aikuisen käyttäytymistapoja, ratkaisuja, asenteita ja suhtautumista asioihin myös tiedostamattomissa kasvatustilanteissa. Näitä valintoja, tietoja ja käyttäytymismalleja lapsi käyttää ohjailemaan omaa käytöstään eri tilanteissa. (Lummelahti 1997: 8.)

6.2.2 Oppimisen kehitysvaiheet

Lummelahti (1997: 10) esittelee Kephartin (1968) esittämät tiedonjäsentämisen vaiheet, jotka liittyvät lapsen kognitiiviseen kehitykseen. Kephart on Yhdysvaltalainen tutkija, joka on keskittynyt tutkimuksissaan hitaisiin oppijoihin, mutta hänen teoriansa on hyvin sovellettavissa kaikkien lasten kehitysvaiheisiin (Seppä 1999: 8). Oleellista on muistaa, että vaiheiden järjestys on kaikilla lapsilla sama, mutta siirtyminen vaiheesta seuraavaan on hyvin lapsikohtaista.

Motorisessa vaiheessa lapsi saa tietonsa ympäröivästä maailmastaan liikkumalla ja liikuttamalla kehon eri osia. Motoristen toimintamallien kehittyessä liikkuminen automatisoituu ja monipuolistuu ja lopulta lapsi oppii hallitsemaan kehon yksittäisiä liikkeitä ja yhdistämään niitä muihin liikkeisiin. *Motorishavainnollisessa vaiheessa* motorisen kehityksen rinnalle alkaa muodostua havainnollista toimintaa. Lapsi harjoittelee havaintojen yhdistämistä motorisiin taitoihin, esimerkiksi epätasaisella alustalla kävelemistä tai pallon heittämistä ja kiinniottamista. *Havaintomotorisessa vaiheessa* havainnot ovat kasvavassa osassa tiedon vastaanottamisprosessissa, mutta edelleen motorinen toiminta on tärkeää. Tässä vaiheessa muun muassa silmän ja raajojen yhteistyö alkaa sujua sekä tilan ja suunnan havaitseminen kehittyy. *Havaintovaiheessa* lapsi oppii erottelemaan asioita näön ja kuulon perusteella. Lapsi oppii käyttämään käsitteitä aiemmin koettujen asioiden kuvailemisessa. *Havaintokäsitteellisessä vaiheessa* lapsi oppii yhdistelemään kuvia ja symboleita ja hän ymmärtää näkemänsä ja kuulemansa perusteella asiasisältöjä. Toisaalta merkityksettömät sanat estävät lasta ymmärtämästä asiakokonaisuuksia täydellisesti. Tieto ei vielä välity täysin kielen avulla, avuksi tarvitaan konkreettisia havaintoja asioista. (Lummelahti 1997: 11.)

6.2.3 Piaget'n kehitysteoria kasvatuksen pohjana

Suomessa lapsen kehitystapahtumaa tarkastellaan yleensä Piaget'n kehitysvaihejaottelun pohjalta. Piaget on jaotellut kehitysvaiheet hyvinkin samansuuntaisesti kuin edellä listatut Kephartin tiedonjäsentämisen vaiheet. (Lummelahti 1997:9.) Mielenkiintoinen huomio on se, että Piaget'n mukaan kehitysvaiheet eivät ole kulttuurisidonnaisia, vaan ne etenevät kaikkialla samanlaisina ja samassa järjestyksessä (Hännikäinen – Rasku-Puttonen 2001: 160).

Piaget esittää kaksi eri prosessia, jotka säätelevät ihmisen toimintaa: pyrkimys jäsentyneisiin kokonaisuuksiin sekä pyrkimys sopeutua ympäristöön. Näillä hän pyrki selittämään loogisen ja tieteellisen ajattelun omaksumista. Piaget'n teoriassa konstrukttiivinen oppimiskäsitys tarkoittaa sitä, että lapsen olemassa olevat tietorakenteet muuttuvat vähitellen yhä jäsentyneemmiksi sekä sitä, että lapsi oppii ja pyrkii tulkitsemaan tilanteita jo hallitsemiensa ajattelumallien ja niistä muotoutuneiden tietorakenteiden avulla. (Hännikäinen – Rasku-Puttonen 2001: 159.)

Piaget'n oppimisteorian keskeisimpiä käsitteitä on *tasapainoprosessi*. Tällä viitataan prosessiin, jonka tehtävänä on tiedon jäsentäminen ja ympäristöön sopeutuminen. Tasapainoprosessi on tasapainon löytyminen kahden vastakkaisen prosessin, *assimilaation* ja *akkommodaation*, välillä. Assimilaatiossa uusi tieto liitetään osaksi aiempaa, jo olemassa olevaa tietoa. Assimilaatiota voidaan kuvata jatkuvaksi ja pysyväksi. Akkommodaatioissa yksilö muuttaa käyttäytymistään ja tietorakenteitaan niin, että voi hallita uuden tilanteen. Akkommodaatiota voidaan kuvata uudeksi ja muutokseksi. (Hännikäinen – Rasku-Puttonen 2001: 161.)

Piaget'n konstruktivistisessä näkökulmassa painotetaan lapsen aktiivisuutta. Lapsi oppii ja "kypsy" oman toimintansa seurauksena. Lapsi nähdään itsenäisenä tutkijana, joka oppii toimiessaan etenkin fyysisen ympäristönsä kanssa. Opetuksen tulee olla lapsen kehitysvaiheen huomioonottavaa. Kuitenkin liian kapea sitoutuminen lapsen ikään ja kehitysvaiheisiin voi rajoittaa toimintaa ja sen suunnittelua. Liiallinen varovaisuus voi johtaa siihen, että lapsen kasvun mahdollisuuksia rajoitetaan. (Hännikäinen – Rasku-Puttonen 2001: 176.)

6.3 Rentoutus

Pelon, jännityksen ja rentoutuksen yhteyttä on tutkittu jo yli vuosisadan ajan. Harvardin yliopiston tutkija Edmund Jacobson aloitti tutkimustyönsä näihin liittyen jo vuonna 1908. Jo varhaisimmissa tutkimuksissaan hän tuli tulokseen, että jännitykseen liittyy aina lihassupistuksia. Hän huomioi myös, että pelokas ja jännittynyt ihminen pystyi häivyttämään pelkoaan poistamalla lihasjännitystä. Jacobson kehitti pelko- ja jännitystiloissa käytettävän metodin, lihasrentoutuksen, joka on jännityksen fysiologinen vastakohta. Myöhemmin eteläafrikkalainen, käyttäytymisterapiaan erikoistunut psykiatri Joseph Wolpe kehitti Jacobsin rentoutusmetodia. Wolpe muun muassa lyhensi Jacobsin tek-

niikkaa ja lisäsi siihen tärkeitä osa-alueita, kuten pelkokohteen asteittaisen lähestymisen rentoutustilassa sekä mielikuvaharjoituksia. Rentoutusharjoituksia käytetään muun muassa poistamaan jännityspäänsärkyä, unettomuutta, erilaisia pelkotiiloja, hermostuneisuutta sekä jännitystiloihin. Tärkeää kuitenkin on, että pelko- ja jännitystilojen todellinen tausta selvitetään ensin. Pelkotilan hallinnassa rentoutus on hyvä metodi, koska ihminen ei voi yhtäaikaisesti pelätä ja olla rento. Kun pelottavan tilanteen lähestyessä ihminen pystyy valitsemaan rentona olemisen pelkäämisen sijaan, kykenee hän hallitsemaan oman kehonsa ja vaikuttamaan myös omiin ajatuksiin sekä tulkintaan ja kokemukseen tilanteesta. (Kinnunen 2001: 143.)

6.3.1 Rentoutumisen edellytykset

Rentoutuneen tilan saavuttamisessa tärkein edellytys on keskittyneisyyden olotila. Kun ihminen pystyy keskittymään kokonaisvaltaisesti tiettyyn tehtävään tai keskittämään ajatukset omaan itseensä, pystyy hän helpommin myös rentoutumaan. Tämä vaatii ajatusten jäsentämisen siten, että huomio keskitetään vain yhteen asiaan. Tällainen voi olla esimerkiksi hengitys ja sen havainnointi. (Kataja 2003: 33.)

Hyvän asennon löytyminen on rentoutumisen onnistumisen kannalta tärkeää. Monet valitsevat automaattisesti makuuasennon, mutta istuma-asento on myös hyvä, jopa suositeltavampi vaihtoehto. Makuuasento voi aktivoida rentoutujaa nukahtamaan, mikä ei ole toivottavaa. (Kataja 2003: 34; Payne 2000: 18.) Uni saattaa olla hyödyllinen ja tavoiteltava tila, mutta on eri kuin rentoutunut tila, emmekä harjoituksissamme pyri siihen.

Ryhmässä tapahtuva rentoutus edellyttää, että ohjaaja on läsnäoleva ja rauhallinen. Hän ohjaa tilannetta sensitiivisesti ja levollisella äänellä. (Payne 2000: 15; Kataja 2003: 34.) Hidas ja rauhallinen puhetapa on harjoitusten onnistumisen kannalta tärkeää, sillä vaikka rentoutuja ei kuulisi mitä ohjaaja puhuu, hän kuulee miten ohjaaja puhuu (Kuutti 2012). Rentoutusharjoituksen lyhyt esittely ennen harjoitusta auttaa osallistujia valmistautumaan ja vähentää epätietoisuudesta johtuvaa jännitystä tai pelkoa. Tämä voi osaltaan auttaa osallistujia motivoitumaan ja suhtautumaan positiivisesti tulevaan harjoitukseen (Payne 2000:14; Kataja 2003:34).

Rentoutumisharjoituksissa voi myös käyttää apuna musiikkia. Oikeanlainen musiikki auttaa rauhoittamaan mielen ja helpottaa näin myös rentoutumisessa. Musiikin valinnassa tulee olla tarkkana, sillä musiikin ei tulisi herättää voimakkaita negatiivisia muistikuvia, vaan tukea myönteisiä tunnekokemuksia. Instrumentaalimusiikki on suositeltavampaa kuin vokaalimusiikki. Luontoäänistä koostuvat äänitteet ovat myös varteenotettava vaihtoehto. (Kataja 2003: 53).

6.3.2 Rentoutumisympäristö

Ennen rentoutusharjoitusta tulee ympäristöstä tehdä miellyttävä. Ovet ja ikkunat on hyvä sulkea, jotta häiriötekijät saadaan eliminoitua. Hämyinen valaistus, väljä vaatetus ja rauhallinen ilmapiiri auttavat rentouttavan tunnelman luomisessa. (Kinnunen 2001: 140.) Myös rentoutumisympäristön lämpötila ja etenkin vetoisuuden eliminointi on otettava huomioon. Lämpötilan tulisi olla riittävän korkea. Tämän saavuttamisessa erilaisien peittojen käytöllä voidaan lisätä lämmön tunnetta. Rentoutumisharjoitus voidaan tehdä istuma- tai makuuasennossa. Alustan on hyvä olla pehmeä ja mukava. Säkkituoli on hyvin varteenotettava rentoutumisalusta, koska se ei päästä kehon lämpöä karkaamaan ja on istumismukavuudeltaan erinomainen. (Kataja 2004: 34.) Suunnittelimme videoprojektia varten leikki- ja rentoutusympäristön, jossa pyrimme noudattamaan edellä mainittuja ohjeita. (Kuva 3.)



Kuva 3. Leikki- ja rentoutusympäristö

6.3.3 Aiempi tutkimus rentoutuksen vaikutuksesta hammashoidossa

Hunt, George, Wilder, Maixner ja Gaylord tutkivat rentoutuksen vaikutusta hammashoitopelkoon (*The Effects of Relaxation Training on Dental Anxiety and Pain*) Pohjois-Carolinan yliopistossa vuonna 2005. Heidän tutkimuksensa päälöydökset kertovat hammashoitoon liittyvän pelon ja ahdistuksen vaikuttavan merkittävään osaan väestöä ja voivan johtaa hammashoidossa käynnin välttämisen. Pelon tunteet myös korreloivat vahvasti kivun aistimiseen hammashoidon aikana. Rentoutumisharjoitusten on huomattu vähentävän pelkoa ja kivun tunnetta. (Hunt et al. 2005.)

Heidän tutkimuksensa ensisijainen tarkoitus oli tutkia lyhyen ja yksinkertaisen rentoutuksen vaikutusta hammashoitopelkoon ja kivun tuntemukseen hammashoidon aikana. Koehenkilöt jaettiin yksinkertaisella satunnaisotannalla koeryhmään, jossa toteutettiin rentoutusharjoitus sekä kontrolliryhmään, jossa hoito toteutettiin tavanomaisesti. Jokaisen tutkimukseen osallistuneen henkilön hampaistoa depuroitiin kolmella käyntikerralla. Koeryhmä osallistui rentoutusharjoitukseen ennen toista käyntiään. Osallistujien verenpaine mitattiin joka hoitokäynnin aluksi, hoidon puolivälissä sekä käynnin lopuksi. Kont-

rolliryhmässä tilastollisesti merkityksellisiä eroja ei käyntien välillä ollut. Koeryhmässä merkittäviä eroja verenpaineessa huomattiin ensimmäisen ja toisen sekä ensimmäisen ja kolmannen käynnin välillä, mutta ei toisen ja kolmannen. Tämä suhdanne piti paikkansa myös käynnin jokaisen verenpainemittauksen kohdalla. Tulokset osoittivat, että kontrolliryhmässä olleiden verenpaine pysyi samana jokaisella käyntikerralla, kun taas rentoutusharjoitukseen osallistuneiden verenpaineessa todettiin tilastollisesti merkittäviä eroja käyntikertojen aikana. (Hunt et al. 2005.)

6.4 Käsikirjoitus

Suunnittelemme käsikirjoituksen hammashoitoa pelkäävien lasten valmennusryhmän toimintaan edellä käsittelemiemme teorioiden ja kirjallisuuden pohjalta. Olemme konsultoineet lasten kanssa työskentelevää varhaiskasvattajaa, joka on arvioinut suunnittelemiamme aktiviteetteja, niiden toimivuutta ja toteutettavuutta lapsiryhmissä. Tähän käsikirjoitukseen pohjautuu myös kuvaamamme video. Liitteenä on myös videoprojektia varten suunnittelemamme käsikirjoitus. (Liite 2.)

Leikkiharjoitusten tarkoituksena on suunnata lapsen huomio ja tarkkaavaisuus tiettyyn asiaan. Leikin onnistumisen kannalta on tärkeää, että myös lapsi on tietoinen tavoitteesta, joka leikillä pyritään saavuttamaan. (Lummelahti 1997: 16.) Valmennusryhmän kokoontuessa tehdään aloittamista helpottavat rituaalit, jotka toistuvat jokaisella kerralla. Tällaisia rituaaleja voivat olla esimerkiksi tervehtiminen, rentoutus tai samana toistuva leikki. Rituaalit, joihin ohjaajat ja lapset osallistuvat yhdessä, luovat yhteenkuuluvuuden ja turvallisuuden tunteen. Ne myös auttavat lapsia asettumaan ja tukevat jatkuvuuden tunnetta. (Eklund – Janhunen 2005: 90.)

Virittäytyminen käsiteltävään aiheeseen tapahtuu lämmittelyharjoitusten avulla. Lämmittelyharjoitukset koostuvat usein peleistä ja leikeistä, mutta myös rauhallisemmat aktiviteetit, esimerkiksi sadut, voivat auttaa keskittymistä omiin tunteisiin sekä käsiteltävään aiheeseen. (Eklund – Janhunen 2005: 90.)

Toiminta- eli työskentelyvaiheessa menetelminä voivat olla esimerkiksi roolileikit, piirtäminen, maalaaminen, pehmoleluleikit. (Eklund – Janhunen 2005: 89.) Myös mielikuvaleikit, kuten mielikuvitusmatka hammashoitolaan, auttaa lasta oppimaan uusia asioi-

ta. Sen tavoitteena on perusliikkeiden ja ketteryuden kehittymisen lisäksi havaintojen ja liikkeiden yhdistäminen sekä rentoutumisen harjoittelu. (Lummelahti 1997: 23.)

Loppurituuaalit ovat tärkeä osa ryhmän toimintaa ja auttavat lapsia palaamaan arkitodellisuuteen (Eklund – Janhunen 2005: 92). Omassa työssämme loppurituuaaliksi olemme valinneet rentoutuksen. Sovellamme lapsille ja nuorille suunnattuja hengitysharjoituksia. Tällaisia harjoituksia ovat esimerkiksi uloshengityisleikki, jossa lapsi kuvittelee olevansa suuri lintu. Sisäänhengitys tapahtuu käsien noustessa ja uloshengitys käsien laskiessa. Toinen lapsille soveltuva hengitysharjoitus on ”ärtynyt tiikeri”, jossa lapsi sihisee kiukkuisesti hampaidensa välistä ja ilman loputtua keuhkot taas täyttyvät ilmalta. (Kataja 2004: 64.)

7 Pohdinta

Opinnäytetyötämme ohjaavia kehittämistehtäviä olivat uuden toimintakäytännön luominen hammashoitopelosta kärsivän lapsen hammashoidon tueksi sekä oppimateriaalin tuottaminen pelkäävän lapsiperheen terveydenedistämiseen. Tyhömme koottiin hammashoitopelon teoreettinen viitekehys, varhaiskasvatuksen pedagogisia näkökulmia sekä rentoutuksen peruslähtökohtia. Näiden pohjalta loimme käsikirjoituksen hammashoitoa pelkäävien lasten valmennusryhmään. Seuraavassa tuomme esiin perusteluja uudelle toimintakäytännölle sekä pohdimme, miten kehitysprosessi sujui. Lisäksi arvioimme sen käyttömahdollisuuksia ja mietimme jatkokehitysideoita. Lopuksi kuvaamme vielä ammatillista kehittymistämme tämän opinnäytetyöprosessin aikana.

7.1 Perusteluja uuden toimintamallin kehittämiseksi

Pelon välillinen siirtyminen vanhemmilta sekä aiemmat, negatiiviset kokemukset hammashoidosta nousivat kirjallisuudesta suurimmiksi hammashoitopelkoa selittäviksi tekijöiksi (esim. Chapman – Kirby-Turner 1999: 408; Rantavuori 2008: 55). Tästä syystä on tärkeää, että myös vanhempien kanssa keskustellaan heidän asenteistaan ja tuntemuksistaan hammashoitoa kohtaan sekä kerrotaan hammashoitopelon mahdollisesta siirtymisestä lapseen (Gottschalk – Galdback 2009: 5; Rantavuori 2009: 29). Tähän liittyen suunnittelimme vanhemmille tarkoitetun kirjeen, joka auttaa heitä – ja sitä kautta myös heidän lapsiaan – valmistautumaan hammashoitolakäyntiin. On varmasti myös

perusteltua, että valmennusryhmään osallistuvan lapsen vanhemmille pidettäisiin suun terveydenedistämishetki, joka voisi osaltaan lisätä vanhempien tietämystä suun ja hampaiden terveydestä ja tätä kautta nostaa koherenssin tunnetta. Se voi myös toimia positiivisena kokemuksena ja vähentää vanhemman mahdollista pelkoa hammashoitoa kohtaan.

Hammashoitopelosta kärsiviä lapsia voidaan hoitaa esimerkiksi anestesiassa tai sedaatioissa. Halusimme työssämme luoda luonnollisemman hoitomuodon erityisesti lasten hammashoitopelon käsittelemiseen. Hammashoitoa suuresti pelkäävien lasten hammashoito on myös kustannuskysymys. Anestesiassa tapahtuvan hammashoidon kustannukset ovat noin 600 – 650 euroa. Summaan lisätään vielä toimenpidemaksut sekä hoitohenkilöstökulut, jotka ovat noin kolminkertaiset perushammashoitokäyntiin verrattuna. Näiden kulujen jälkeen yhden anestesiahoitokäynnin hinta nousee noin tuhanteen euroon. (Turunen 2012; Kyläkallio 2012.) Lasten anestesia- ja sedaatiohoitoa käsittelevä kirjallisuus muistuttaa myös siitä, että lapsi tarvitsee lääkkeellisten hoitojen lisäksi myös psykologisia hoitoja pelosta ylipääsemiseksi (Hallonsten ym. 2011). Uskomme, että valmennusryhmän toiminta tulisi halvemmaksi erityisesti pitkällä tähtäimellä, koska tavoitteena on poistaa hammashoitopelkoa ylläpitävät syyt, ei ainoastaan pystyä hoitamaan senhetkinen suun tilanne. Toki ymmärrämme, että kaikki anestesiassa hoidettavat potilaat eivät ole pelkääviä potilaita. Anestesiaa käytetään lisäksi potilaille, joiden hoidon tarve on suuri tai hoitokypsyys riittämätön. Toisaalta, myös nämä potilaat – ja heidän perheensä – saattaisiva hyötyä valmennusryhmästä ja mielekkästä totuttelusta hammashoitoon.

7.1.1 Käsikirjoituksen ja videon toteutus

Käsikirjoitus (liite 2) hammashoitoa pelkäävien lasten valmennusryhmään suunniteltiin varhaiskasvatuksen pedagogiikkaan perustuen. Suunnittelimme leikkituokion, jonka aikana lapset pääsevät tutustumaan suun hoitoon leikin kautta. Tarkoituksena oli luoda myönteinen mielikuva hammashoitoon liittyvistä asioista lapsiystävällisten aktiviteettien sekä mielekkään ympäristön avulla. Pyrkimyksenä oli herättää lapsen mielenkiinto hammashoitoa kohtaan positiivisen käyttäytymismallin kautta.

Käsikirjoituksen pohjalta toteutimme videon hammashoitoa pelkäävien lasten valmennusryhmästä. Video liittyy osaksi Metropolia Ammattikorkeakoulun Terveys- ja hoito-

alan kehittämis- ja tutkimushanketta (Teho Pro) ja on suunniteltu erityisesti terveyden edistämisen oppimisympäristön (HealthPro) kehittämiseen. Tilanne on simuloitu, joten arviointia siitä, miten valmennusryhmä vaikutti lapseen hammashoitopelon kannalta, ei voi tehdä. Ympäristön sekä aktiviteettien lapsilähtöisyyttä ja toimivuutta voimme kuitenkin arvioida. Tilan värit onnistuivat mielestämme hyvin. Värimaailma oli rauhallinen, mutta lapsille sopivaa ilmettä oli lisätty muutamilla värikkäillä tyynyillä ja pehmoeläimillä. Matto oli valittu huolella, sen tuli olla pehmeä, koska suurin osa leikeistä tapahtui lattialla istuen tai makuuasennossa.

Tila oli hyvin pieni ja rajattu videokuvauksen vuoksi. Videolla kuvatut aktiviteetit – muistipeli, palapeli sekä kirjan lukeminen – olivat tarkoituksella valittu niin, että lapset voivat olla paikallaan. Todellisuudessa tarvitaan suurempi huone, jossa lapsilla on tilaa liikkua ja leikkiä myös omaehtoisesti. Videolla esiintyneistä lapsista huomasi paikallaan istumisen olevan ajoittain rankkaa ja vastoin heidän luontaista tarvetta liikkua, juoksennella ja touhuta.

Aktiviteetit, jotka simuloidussa tilanteessa toteutimme, onnistuivat hienosti. Lapset olivat innokkaita ja osallistuivat leikkeihin mielellään. He pääsivät hyvin mukaan leikkeihin, koska ne olivat helppoja ja niiden perusideat jo entuudestaan tuttuja lapsille. Leikit ovat myös muokattavissa ja varioitavissa tarpeen tullen. Videolla käytettyjen aktiviteettien lisäksi esimerkiksi mielikuvamatka hammashoitolaan voisi olla hyvä harjoitus valmennusryhmässä. Rentoutusharjoitus videolla on lähinnä hiljainen rauhoittumishetki, hengitysharjoituksen sijaan. Tämä johtui osin videolla esiintyneiden lasten nuoresta iästä sekä tilan puutteesta. Pyrkimyksenä käytännössä olisi, että valmennusryhmässä harjoitellaan hengitys- tai rentoutusharjoitus, jonka lapsi voi toteuttaa myös hoitotuolisessa jännityksen laukaisemiseksi.

Videolla näkyvien aktiviteettien lisäksi vierailu hoituhuoneeseen kuuluisi valmennusryhmän toimintaan. Tämä perustuu behaviour shaping -ideaan, jossa lapsi asteittain tutustuu uusiin asioihin ja häntä kannustetaan ja keuhetaan onnistumisesta (Holst 1988: 26–37). Jokaisen valmennusryhmän kokoontumisen aikana olisi tärkeää, että lapsia ohjaisi sama suuhygienisti. Näin hoidon kulku etenee yksilövastuisen hoitotyön perusteella, joka Ivanoffin ym. (2001: 126) mukaan helpottaa lasten vieraisiin ihmisiin liittyvää pelkoa.

Alkuperäinen ajatus valmennusryhmän ikähaarukaksi olivat 5–8-vuotiaat lapset. Tämä johtui siitä, että pedagoginen kirjallisuus, johon pääasiassa tutustuimme, oli suunnattu esi- ja alkuopetusikäisten lasten opetukseen. Videolla esiintyneet lapset olivat 3-, 4- ja 5-vuotiaita. Saimme huomata, että aktiviteetit toimivat myös alkuperäistä kohderyhmäämme nuoremmilla lapsilla. Uskomme, että muokkaamalla pelejä ja leikkejä vaativammiksi, voidaan ryhmän kohdeikää myös nostaa.

7.1.2 Toimintakäytännön arviointi

Ideoimaamme toimintakäytäntöä hammashoitoa pelkäävien lasten hoitoon on toistaiseksi testattu vain simuloitussa ympäristössä. Lapset, jotka testitilanteessa esiintyivät, eivät pelkää hammashoitoa. On siis selvää, että lisää tutkimusta autenttisesta valmennusryhmästä sekä sen toimivuudesta ja tuloksista tarvitaan.

Vaikka toimintakäytäntöä ei ole vielä testattu, uskomme sen toimivan käytännössä. Lapsen luonnollisimmat oppimistavat ovat mallin sekä leikin kautta oppiminen (Eklund – Janhunen 2005: 85; Lummelahti 1997: 8). Rescorlan ja Solomonin (1967) mukaan miellyttävät, vaarattomat ja samanlaisina toistuvat kokemukset voivat ennaltaehkäistä pelon syntymistä. Näistä syistä on mielestämme perusteltua olettaa, ettei hammashoitoon tutustuminen turvallisessa ja positiivisessa ympäristössä myönteisten mielikuvien avulla ainakaan pahenna lapsen pelkoa.

Simuloidusta toimintakäytännöstä saamiemme kokemusten perusteella voimme suositella lapsilähtöistä lähestymistapaa myös niille lapsille, jotka eivät ole hammashoitopelkoisia tai joilla ei ole suoraa näyttöä esimerkiksi pelon periytyvyyteen.

7.2 Jatkokehitysideat sekä tuotoksen hyödyntäminen

Jatkokehitysideana ehdotamme, että pelkäävien lasten valmennusryhmä toteutetaan autenttisella kohderyhmällä, käyntikertoja on useampia ja seuranta-aika on tarpeeksi pitkä. Videoprojektiin hankkimiamme materiaaleja voi hyödyntää esimerkiksi Metropolia Ammattikorkeakoulun Suun terveydenhuollon koulutusohjelman opintosuunnitelmaan kuuluvassa *Terveyden edistäminen suunterveydenhoitotyössä* -opintokokonaisuudessa, jossa toteutetaan *Päiväkotiprojekti*. Suuhygienistiopiskelijat vierailevat useassa päiväkodissa Helsingin alueella kertoen lapsille suun terveydenhoi-

dosta. Käyttämämme terveydenedistämisen materiaalit, kuten nallet, hammasharjat ja palapelit voidaan hyvin pakata liikkuvaksi terveydenedistämisen yksiköksi. Lisämukavuutta ja etenkin rentoutus- tai rauhoittumishetken mielekkyyttä voidaan lisätä pakkaamalla mukaan myös muutamia videoprojektissa käyttämiämme tyynyjä ja vilttejä.

7.3 Opinnäytetyön eettisyys

Tässä opinnäytetyössä eettisyys on pyritty varmistamaan tarkoilla ja todenmukaisilla lähdemerkinnöillä. Olemme mahdollisuuksien mukaan pyrkineet käyttämään alkupeleistä lähdekirjallisuutta ja käytettyjä lähteitä on tarkasteltu kriittisesti. Työssämme käytettyjen kuvien käyttöoikeudet on kahden ensimmäisen osalta meidän omiamme, viimeisen kuvan käyttöoikeus on saatu Metropolia Ammattikorkeakoululta.

Eettisyys videon toteuttamisessa on huomioitu varmistamalla videoon osallistujan (tai hänen huoltajansa) ymmärrys videon käyttötarkoituksesta sekä huolehtimalla kuvausluvut kuvaukseen osallistuneilta (tai hänen huoltajaltaan).

7.4 Ammatillinen kehitys

Ajatus opinnäytetyön aiheeseen lähti kiinnostuksesta hammashoitopelkoon ja lasten kanssa työskentelyyn. Halusimme lisää tietoa hammashoitopelosta ja siitä, miten voimme itse tulevassa ammatissamme ennaltaehkäistä ja hoitaa hammashoitopelosta kärsiviä asiakkaita, pelon huomioonottavalla tavalla. Ammatillinen osaaminen lasten kanssa työskentelystä, heidän kehitysvaiheistaan sekä hammashoitopelon etiologiasta on luonnollisesti kasvanut projektin edetessä. Kiinnostus aihetta kohtaan on edelleen lisääntynyt työmme edetessä ja halu toteuttaa ideoimamme valmennusryhmä on suuri. Olisikin erittäin hienoa, jos meille tarjoutuisi mahdollisuus kehittää ideaamme työelämään siirtymisen jälkeen.

Opinnäytetyön prosessi alkoi keväällä 2011 ja on edennyt lukujärjestykseemme varatun aikataulun mukaisesti. Tämä on mahdollistanut sen, että välillä ajatukset ja ideat ovat saaneet levätä ja kehittyä rauhassa. Tällainen rytmitys on sopinut työhömmme erinomaisesti ja esimerkiksi aikataulujen yhteensovittaminen on ollut helppoa ja luontevaa. Tiedonhakuprosessin koimme yhdeksi haastavimmaksi, mutta samalla opettavaisim-

maksi vaiheeksi työssämme. Tiedonhaun rajaus, kriittinen suhtautuminen hakutulosten relevanttiuteen, luotettavuuteen sekä ajanmukaisuuteen ovat kehittyneet. Jos nyt saisimme aloittaa alusta, olisi tapaaminen kirjaston informaattikon kanssa ensimmäisiä asioita, joita suunnittelisimme.

Opinnäytetyön vaiheittaiseen etenemiseen kuuluneet seminaarit, ja niistä seurannut yhteistyö työelämän kanssa on lisännyt työn mielekkyyttä. Tämän lisäksi videoprojekti toi työhöemme paitsi konkreettisuutta, myös harjaannusta moniammatilliseen projektityöskentelyyn.

Haluamme kiittää työelämän yhteistyökumppaneita Marja Lehinsaloa sekä Anna-Mari Kyläkalliota, jotka antoivat erinomaisia ideoita ja käytännön vinkkejä työmme edetessä. Kiitämme myös Riikka Rauhalaa, joka auttoi meitä lapsilähtöisten ja toimivien teettien valinnassa käsikirjoitusta suunnitellessa. Suuret kiitokset menevät myös opinnäytetyön ohjaajallemme Tuula Toivanen-Labiadille, joka uskoi projektiimme alusta asti ja ohjasi meidät kunnialla loppuun saakka.

Lähteet

Alaluusua, Satu 1999. Yleisanestesia lasten hammashoidossa. Lääketieteen Aikakausikirja Duodecim. Vol. 13: 1369–1371

Alaluusua, Satu – Aine, Liisa – Asikainen, Sirkka – Erikson, Anna-Leena – Hurmerinta, Kirsti – Hölttä, Päivi – Karjalainen, Sára – Lukinmaa, Pirjo-Liisa – Pirinen, Sinikka 2008. Teoksessa *Therapia Odontologica*. Helsinki: Academica-Kustannus Oy. 531–534.

Alapulli, Heikki 2012. Sairas lapsi hammashoidossa -luento 17.2. Helsinki. Metropolia AMK.

Alvesalo, Ilpo – Honkanen, Ann-Marie – Karjalainen, Mikko – Murtomaa, Heikki 1993. Lasten ja varhaisnuorten hammashoito- ja muut pelkotilat. *Suomen Hammaslääkärilehti*. Vol. 17: 968–975.

Antonovsky, Aaron 1996. The Salutogenic Model As a Theory to Guide Health Promotion. *Health Promotion International*. Vol. 11 (1): 11–18.

Bar-Mor, Galit 1997. Preparation of Children for Surgery and Invasive Procedures: Milestones on the Way to Success. *International Pediatric Nursing*. Vol. 12 (4): 252–255.

Chapman, H. R. – Kirby-Turner, N.C. 1999. Dental Fear in Children – a proposed model. *British Dental Journal*. Vol. 187 (8): 408–412.

Caiyawat, Waraporn – Brown, Jean K. 2000. Psychometric Properties of the Tahi Versions of State-Trait Anxiety Inventory for Children and Child Medical Fear Scale. *Research in Nursing & Health*. Vol. 23 (5): 406–414.

Dirke, Katja – Ollinger, Isabelle – Lorenzo Bermejo, Justo – Stucke, Kathrin – Lux, Christopher J. – Brunner, Monika 2011. Dental Fear in Children and Adolescents: a Comparison of Forms of Anxiety Management Practised by General and Paediatric Dentists. *International Journal of Paediatric Dentistry*. Vol. 22 (1): 60-67.

Drabo, Petra – Nell, Andrea – Gottlieb, Bernhard 2009. Hammashoidon järjestäminen vastahakoisille lapsipotilaille. *Prophylaxe Dialog*. 2/2008–1/2009: 3-4.

Doebbling, Susan – Rowe, Michelle 2000. Negative Perceptions of Dental Stimuli and Their Effects on Dental Fear. *Journal of Dental Hygiene*. Life and Health Library. Verkko-dokumentti.

http://findarticles.com/p/articles/mi_hb6368/is_2_74/ai_n28778556/pg_3/?tag=content:col1. Luettu 22.3.2012.

DSM 2011. American Psychiatric Assosiation. Verkko-dokumentti. <<http://www.psychiatry.org/practice/dsm>>. Luettu 15.11.2011

Gottschalk, Stefan – Galdback, Bergisch 2009. Lasten hammashoito käytännön näkökulmasta: ideoita ja strategioita potilaan rauhoitteluun. *Prophylaxe Dialog*. 2/2008–1/2009: 5-7.

Gullone, Elanora 2000. The development of normal Fear: A Century of Research. *Clinical Psychology Review* Vol. 20 (4): 429–451.

Eklund, Katja – Janhunen, Tarja 2005. Leikin ja toiminnan lapset. Teoksessa Sura, Sirkka – Janhunen Tarja (toim.): Miten käytän toiminnallisia menetelmiä? Psykodraaman ohjaajat kertovat. Tampere: Resurssi. 84–94.

Estlander, Ann-Mari 2000. Käsityksiä ja väärinkäsityksiä kivusta. *Suomen hammaslääkärilehti*. Vol. 8 (10–11): 574–576

Hallonsten, Anna-Lena – Jensen, B. – Raadal, M. – Veerkamp, J. – Hosey, M.T. – Poulsen, S. 2011. Sedaatio-ohjeet lasten hammashoitoon. *Suomen Hammaslääkärilehti* 10. 18–23.

Hakeberg, Magnus – Hallonsten, Anna-Lena – Hägglin, Katharina – Skaret, Erik 2003. Hammashoitopelon epidemiologia. *Suomen Hammaslääkärilehti*. Vol. 10 (5): 210-217.

Helenius, Aili 1993. Leikin kehitys varhaislapsuudessa. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Hellström, Kerstin – Hannell, Åsa 2003. *Fobiat*. Helsinki: Edita Prima Oy.

Holst, Annalena 1988. Behaviour Management Problems in Child Dentistry: Frequency, Therapy and Prediction. *Swedish Dental Journal Supplement* 54: 26–37.

Hunt, Lynne C. – George, Mary – Wilder, Rebecca – Maixner, William – Gaylord, Susan 2005. The Effects of Relaxation Training on Dental Anxiety and Pain. University of North Carolina.

Hännikäinen, Maritta – Rasku-Puttonen, Helena 2001. Piaget'n ja Vygotskin merkitys varhaiskasvatuksessa. Teoksessa Kariala, Kirsti – Kinos, Jarmo – Virtanen, Jorma (toim.): Varhaiskasvatuksen teoriasuuntauksia. Juva: PS-kustannus.

Hölttä, Päivi 2003. Pelkäävän lapsen hammashoito. Teoksessa *Therapia Odontologica*. Hammaslääketieteen käsikirja. Helsinki: Academica-Kustannus Oy. 531–535.

Ivanoff, Päivi – Risku, Aija – Kitinoja, Helli – Vuori, Anne – Palo, Raija 2001. Hoidatko minua? Lapsen, nuoren ja perheen hoitotyö. Helsinki: WSOY. 3. uudistettu painos.

Kalliala, Marjatta 1999. Enkeliprinsessa ja itsari liukumäessä. Helsinki: Gaudeamus.

Kantero, Riitta-Liisa – Levo, Hellevi – Österlund, Kalle 1997. Lasten sairaanhoito. Porvoo: WSOY.

Kataja, Jukka 2004. Rentoutuminen ja voimavarat. Helsinki: Edita Prima Oy.

Kinnunen, Paula 2001. Lentopelko hallintaan. Vantaa: Tummavuoren kirjapaino oy.

Krikken, J.B – ten Cate, J.M. – Veerkamp, J.S.J. 2010. Child Dental Fear and General Emotional Problems: a pilot study. *European Archives of Pediatric Dentistry*. Vol. 11 (6): 283–286.

Kuutti, Päivi 2012. Pelkäävän potilaan hoito. *Suuhygienisti*. Vol. 21 (3): 38–39.

Kvale, Gerd – Klingberg, Gunilla – Moore, Rod – Tuutti Heikki 2003. Mitä on hammashoitopelko ja miten se voidaan diagnosoida? *Suomen hammaslääkärilehti*. Vol. 10 (5): 203–209.

Kyläkallio, Anna-Mari 2012. *Terveystiedon edistäminen hammashoitajilla*. Espoo. Kirjallinen tiedonanto. 1.3.2012.

Lummelahti, Leena 1997. *Didaktiset leikkiharjoitukset esiopetuksessa*. 2. painos. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.

Milgrom, Peret – Mancl, Lloyd – King, Barbara – Weinstein, Philip 1995. Origins of Childhood Dental Fear. *Behaviour Research and Therapy*. Vol. 33 (3): 313-319.

Milgrom, Peter – Weinstein, Philip 1993. Dental Fears in General Practice: New Guidelines for Assessment and Treatment. *International Dental Journal*. Vol 43 (3) (Suppl. 1): 288-293.

Payne, Rosemary A. 2000. *Relaxation Techniques: A Practical Handbook for the Health Care Professional*. Lontoo: Harcourt Publishers Limited.

Rantavuori, Kari 2008. *Aspects and Determinants of Children's Dental Fear*. Väitöskirja. Oulun yliopisto. Hammaslääketieteen laitos.

Rantavuori, Kari 2009. Perheellä on tärkeä osa lapsen hammashoitopelon voittamisessa. *Suomen Hammaslääkärilehti* 2009. Vol. 16 (9): 28-29

Rescorla, Robert – Solomon, Richard 1967. Two-Process Learning Theory: Relationships between Pavlovian conditioning and instrumental learning. *Psychological Review*. Vol 74 (3):151-182.

Seppä, Sanna Riikka 1999. *Alkuopetuksen matematiikan toimintamateriaalien analyysi Kephartin teorian avulla*. Pro gradu –tutkielma. Jyväskylän yliopisto. Chydenius-Instituutti.

Talka, Vilma Lotta 2009. *5–6-vuotiaiden lasten pelot sairaalassa*. Pro gradu –tutkielma. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Ten Berge, M. – Veerkamp, J.S.J. – Hoogstraten, J. 2002. The Etiology of Childhood Dental Fear: The Role of Dental And Conditioning Experiences. *Journal of Anxiety Disorders*. 16: 321-329.

Toikko, Timo – Rantanen, Teemu. 2009. *Tutkimuksellinen Kehtittämistoiminta*. Tampere. Tampereen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print.

Toskala, Antero 1997. *Pelot ja niiden voittaminen*. Juva: Writers`House.

Turunen, Seppo 2012. *Ylihammaslääkäri*. Helsinki. Kirjallinen tiedonanto. 31.10.2012.

Vainio, Anneli 2004. *Kivunhallinta*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Vesanen, Terhi 2002. Hammashoitopelko ja sen lievittäminen asiakkaan kokemana. Pro gradu –tutkielma. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Vilka, Hanna – Airaksinen, Tiina 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Ehdotus oppimateriaalin rakenteeksi Moodle-oppimisympäristöön

Lasten hammashoitopelko

Osaamistavoitteet:

Opiskelija

- ymmärtää hammashoitopelon peruskäsitteet
- osaa kuvata hammashoitopelon kehittymiseen vaikuttavia tekijöitä
- tiedostaa miten suuhygienisti omalla toiminnallaan voi ennalta ehkäistä hammashoitopelon syntymistä

Oppimistehtävät

1. Selvitä kirjallisuudesta hammashoitopelon syntymisen yleisimmät tekijät
2. Pohdi keinoja, joilla voit omassa työssäsi helpottaa pelkäävän potilaan hoitokäyntiä
3. Mitä keinoja hammashoitopelosta kärsivän lapsen hoitoon käytetään? Pohdi, mitkä ovat hoitokäytänteiden hyvät ja huonot puolet?

Kirjallisuutta

- Kvale, Gerd – Klingberg, Gunilla – Moore, Rod – Tuutti Heikki 2003. Mitä on hammashoitopelko ja miten se voidaan diagnosoida? Suomen hammaslääkärilehti. Vol. 10 (5): 203–209.
- Hallonsten, Anna-Lena – Jensen, B. – Raadal, M. – Veerkamp, J. – Hosey, M.T. – Poulsen, S. 2011. Sedaatio-ohjeet lasten hammashoitoon. Suomen Hammaslääkärilehti 10. 18–23.
- Rantavuori, Kari 2008. Aspects and Determinants of Children's Dental Fear. Väitöskirja. Oulun yliopisto. Hammaslääketieteen laitos.
- Vesanen, Terhi 2002. Hammashoitopelko ja sen lievittäminen asiakkaan kokemana. Pro gradu –tutkielma. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Heikkilä, Maria – Ronsi, Annamari 2012. Hammashoito on leikin asia! Uusi toimintakäytäntö hammashoitopeloa pelkäävän lapsen hoitoon. Opinnäytetyö. Metropolia Ammattikorkeakoulu, Suun terveydenhuollon koulutusohjelma.

Käsikirjoitus Teho Pron videoprojektia varten

Valmennusryhmä hammashoitoa pelkääville lapsille

Musiikki saa soida koko videon ajan. Videon aluksi voisi olla pieni esittelyteksti, esim. "Leikki- ja rentoutustuokio hammashoitoa pelkääville lapsille".

Osallistujat: 3-4 lasta + 1 suuhygienisti.

Lapset saapuvat ryhmätyötilaan. Heitä vastassa on suuhygienisti. Lapset ja suuhygienisti käyvät istumaan matolle ja leikkivät alkuleikin.

Seuraavaksi suuhygienisti lukee lattialla istuen lasten kanssa kirjaa ja/tai katsoo taulutietokonetta. Tämän jälkeen lapset tekevät lattialla palapelejä tai pelaavat muistipeliä. Tärkeää on, että videolla näkyy niiden yhteys hampaisiin. Pyrimme hankkimaan mahdollisimman selkeitä kirjoja ja pelejä.

Tämän jälkeen aktiviteettina on nallen hampaiden hoito, jolloin jokaisella lapsella on sylissään nalle ja hammasharja. Suuhygienisti demonstroi tämän nallelle ensin jättikoisella hammasharjalla.

Rentoutushetken aikana lapset makoilevat lattialla tai puoli-istuvassa asennossa säkki-tuolien päällä. Suuhygienisti auttaa heitä rauhoittumaan ja rentoutumaan esim. laittamalla viltin heidän päälleen ja sivelemällä käsiä.

Lopuksi kaikki saavat tarran ja lähtevät iloisesti heiluttaen pois.

Ajattelimme, että videolla ei tarvitse kuulua puhetta. Tunnelma välittyy varmasti ilman-kin. Rauhallinen taustamusiikki sopii hyvin.

Suupassi-hanke

Hammashoitopelko:

- Siirtyy helposti pelkäävältä perheenjäseneltä lapseen
- Aikaisemmat negatiiviset kokemukset hammashoidosta voivat aikaansaada hammashoitopelon kehittymisen
- Lasten ikäkausiin liittyvät pelot, kuten vieraiden ihmisten tai yksin olemisen pelko, on hyvä erottaa hammashoitopelosta

Vinkkejä hammashoitolakäyntiin valmistautumisessa:

- Hammaslääkärillä tai poraamisella ei tulisi uhkailla lasta
- Sen sijaan voidaan keskittyä esimerkiksi hampaiden pesutuloksen, *helmirivistön* ja raikkaan hengityksen kehumiseen
- Lapselle ei kannata luvata, että hammashoidossa ei tehdä mitään. Hoitotuoliin kiipeäminen ja hampaiden laskeminenkin on lapselle jo tekemistä.
- Lapselle ei myöskään kannata sanoa, että "ei tarvitse pelätä" tai "ei se satu", koska lapsi ei luontaisesti yhdistä hammashoitoa pelkäämiseen tai kipuun
- Ennen hoitoa lapsen kanssa voi leikkiä hammashoitoaiheisia leikkejä, kuten nukun tai pehmolelun hampaiden hoitamista
- Hammashoitoaiheisia lastenkirjoja voi myös käyttää hoitolakäyntiin valmistautumisessa
- Näillä tavoin lapsen mielenkiintoa hammashoitoa kohtaan pyritään lisäämään positiivisessa hengessä