

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Terveyden edistämisen koulutusohjelma /

ylempi AMK

Merja Timonen

KIRKKONUMMELAISTEN ALLE KOULUIKÄISTEN PÄIVÄKOTILASTEN
SUUN TERVEYDEN KARTOTUS

Opinnäytetyö 2012

TIIVISTELMÄ

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Terveyden edistämisen koulutusohjelma / ylempi AMK

TIMONEN, MERJA	Kirkkonummelaisten alle kouluikäisten päiväkotilasten suun terveyden kartoitus
Opinnäytetyö	91 sivua + 8 liitesivua
Työn ohjaaja	Yliopettaja Marja-Leena Kauronen
Toimeksiantaja	Kirkkonummen kunta, Sivistyspalvelukeskus
Toukokuu 2012	
Avainsanat	karies, ohjaus, perhe, suun terveyden edistäminen

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää alle kouluikäisten kirkkonummelaisten päiväkotilasten hyvän kariesprofylaksian toteutumisen edellytyksiä. Tavoitteena oli kartoittaa lasten suun terveyden nykytila ja löytää ne osat alueet, jotka vaativat lisää ammatillista ohjausta ja seuranta. Tutkimuksellista tarvetta lisää se, että lapsuusiässä tapahtunutta hampaiden mineralisaatiota on enää jälkepäin mahdotonta korjata lähtötilanteen tasolle. Suun terveys vaikuttaa myös laajasti yleisterveyteen.

Tutkimusaineisto kerättiin kyselylomakkeen avulla kolmessa kunnallisessa päiväkodissa (N=83). Vastausten perusteella päiväkotilasten lasten suun terveydentila näyttäisi olevan hyvää.

Vanhemmat osallistuvat oman lasten suun terveyden edistämiseen aktiivisesti. Miltei kaikki lapsista harjasivat hampaansa fluorihammastahnalla suositusten mukaisesti. Tämä näkyi tutkimustuloksessa lasten kariksen vähäisenä määränä. Tulos kertoo kunnallisen suunhoidon ohjauksen asiakaslähtöisyydestä. Sen vähäisen lapsiryhmän osalta, jolla kariesta hampaissa esiintyi, ohjausta ja neuvontaa tulisi tehostaa.

Suurimmalla osalla lapsista olivat säännölliset ateriaritmit. Runsassokeristen juomien ja makeisten nauttimisen osalta lasten tavat eivät olleet täysin hammasystävällisiä. Tältä osin ohjausta tulee kohdentaa ja tehostaa.

Jatkotutkimuksenaiheina huomiota tulisi kiinnittää varhaiseen neuvontatyöhön. Neuvonnassa tulisi edelleen kehittää asiantuntijayhteistyötä ravintoneuvonnan osalta. Tällä tavoin vahvistettaisiin vanhempien varhaista osallisuutta ja tietoutta lapsen suun itsehoidossa. Lisäksi näin kehitettäisiin jo varhain perheen rutiinein ja käytäntöjen hallinta.

ABSTRACT

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

University of Applied Sciences

YAMK Health Promotion

TIMONEN, MERJA

Kindergarten Children's Oral Health Survey in
Kirkkonummi

Master`s Thesis

91 pages + 8 pages of appendices

Supervisor

Marja-Leena Kauronen, Principal Lecturer

Commissioned by

Kirkkonummen kunta, Sivistyskeskus

May 2012

Keywords

caries, counselling, family, oral health promotion

The purpose of this thesis was to assess the realization of the premises in good caries prophylaxis. The aim was to survey the current state of children`s oral health and to find the areas requiring professional health counselling and surveillance. The study was carried out by using questionnaires and a qualitative method at three municipal kindergartens (N=83). The need of research is added by the tooth mineralization in the childhood, which is impossible to return to the original state later on.

According to the analysis the oral health of Kirkkonummi children was good. The parents took actively part in promoting their own children`s oral health. They acted as good role models to their children, had a positive attitude and were interested in working for the best of their children. Nearly all children brushed their teeth with fluoride toothpaste following the recommendations. This was shown by the small appearance of caries in children. The study indicates of the successful patient centeredness of dental care.

The majority of the children had regular eating patterns. Children used to drink milk at meals and mostly water between meals according to the enquiry. As for sugar-sweetened beverages and sweets, they are not a healthy alternative for children`s oral health. The counselling on the whole should be more effective and targeted.

Further research should be focused on early childhood counselling. Professional cooperation is needed in nutritional counselling. Parental early participation and knowledge of children`s oral health care could be strengthened and thus the family`s early routines and practices would be developed.

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1 JOHDANTO	6
2 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT	8
3 HAMPAISTON KEHITTYMINEN	9
4 KESKEISET KÄSITTEET	10
5 SUUN TERVEYDENHUOLTOA OHJAAVA LAINSÄÄDÄNTÖ	12
6 AIEMPIA TUTKIMUKSIA	17
7 SUUN TERVEYDEN EDISTÄMINEN	23
8 KARIEKSEN ENNALTAEHKÄISEMINEN	35
9 PERHEEN OSALLISUUS LAPSEN SUUN TERVEYDEN EDISTÄMISESSÄ	40
9.1 Perheen vanhempien osallisuus ohjaustilanteessa	44
9.2 Dialoginen terveyseskustelu lapsen suun terveyden edistämässä	46
10 AINEISTO JA TUTKIMUSMENETELMÄT	48
11 TUTKIMUSMENETELMÄ	49
11.1 Määrällinen tutkimusmenetelmä	49
11.2 Kyselytutkimus haastatteluaineiston hankintamenetelmänä	51
11.3 Aineiston keruu ja analysointitapa	51
11.4 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys	52
12 TUTKIMUSTULOKSET	54
12.1 Perheen taustatiedot	54
12.1 Lasten ravitsemustottumukset	56
12.3 Perheen suunhoitotottumukset	59

12.4 Neuvolasta saadun terveyden edistämisen ohjauksen laatu ja käyttö	63
12.5 Suun terveyteen liittyvät kehittämiskohteet	68
13 KESKEISTEN TUTKIMUSTULOSTEN TARKASTELUA	70
13.1 Vanhempien arvio osallisuudestaan lapsen arjen suuhoitoon	70
13.2 Lasten ruokailutottumusten ja tutinkäytön vaikutukset lapsen suun terveyteen	72
13.3 Vanhempien näkemykset lapsen hampaiden hoidon tottumuksesta	73
13.4 Lasten saamat preventiiviset hoitotoimenpiteet suun hoidon osalta	74
13.5 Vanhempien näkemykset kunnallisesta lapsen suun terveyden palveluiden laadusta ja riittävydestä	75
13.6 Tutkimusmittarin luotettavuus	76
13.7 Tutkimuksen hyödynnettävyys ja jatkotutkimusaiheet	77
13.8 Päätelmät	78
LÄHTEET	82
LIITTEET	92

1 JOHDANTO

Lasten suun terveydenhoito on tärkeä osa lapsen kokonaisterveyden hoitoa. Kariuksen tiedetään olevan maailmanlaajuisesti yleisin infektiosairaus. Kariuksen tartunnan ehkäiseminen on suhteellisen yksinkertaista. Syntyvän lapsen osalta se voidaan huomioida jo ennen raskautta ohjauksella ja neuvonnalla. Yleisin tartuntatapa on pienten lasten osalta omat vanhemmat. Opinnäytetyössäni esittelen aiempia aiheesta tehtyjä tutkimuksia, kariuksen mikrobiologista taustaa, sen ehkäisemisen tapoja sekä ravinnon merkitystä suun terveyden ylläpitämisessä.

Suomessa hammasterveyden heikentyminen on jatkunut 1990-luvulta asti. Heikentynyt kehitys on jatkunut aina näihin päiviin saakka. Lasten hampaiden reikiintyminen jatkuu lineaarisesti lasten iän karttuessa, hampaiden vaihdunnasta huolimatta. (Mattila & Rautava 2007: 819 - 823). Arvioita suun terveyden kielteiseen kehitykseen on löydetty sekä vähentyvistä terveyteen kohdistuneista resursseista kuin median vaikutuksistaakin. Televisiomainonta, kuten makeisten, virvoitusjuomien sekä sokeripitoisten välipalojen osalta on kohdennettu yhä nuoremmille kuluttajille. Mainokset ovat osaltaan lisänneet näiden tuotteiden kulutusta. Vanhemmat ovat kuitenkin pienten lasten osalta keskeisessä roolissa ostopäätöksiä tehtäessä. Vastuu terveellisten elämäntapojen ja tottumusten osalta on yhä enemmän perheiden vanhempien harteilla, heidän tekemiensä valintojensa kautta.

Myös valtiolisessä terveystaloudessa on reagoitu lasten suun terveydentilan heikentymiseen tarkentamalla lainsäädäntöä ja ohjausta asian osalta. Lainsäädäntöä ja asetuksia on kohdistettu preventiivisiin toimenpiteisiin. Lasten suun terveystarkastukset ja niiden määrät ovat nyt myös erikseen kirjattu lakiin ja asetuksiin.

Kuntakohtaiset ohjeet ja Hammaslääkäriliiton päivittämät Käypä hoito-ohjeet tukevat ammatillisen yhteistyön ja tiedon ajantasaisuutta. Säännölliset suuntarkastukset ja neuvoloiden terveystarkastukset tukevat vanhempien osallisuutta lastensa terveyden edistämiseen. Geurinkin (2012: 185) mukaan vanhempien ja lasten väliset vuorovaikutustilanteet, informaation saatavuus, kulttuuriset normit kuin julkinen politiikkakin heijastuvat lapseen joko suun terveyden edistämistä vahvistavana tai heikentävänä elementtinä.

Lapsen suun terveyden ylläpitämisen edellytyksenä on kodin, neuvolan, hammashoitohenkilöstön sekä myöhemmin päiväkodin ja koulun yhteistyö liittyen suun hoidon terveyteen. Lapsen ensimmäiset vuodet ovat kariuksen ennaltaehkäisemisessä kriittisimmät. Jo 1 - 2 - vuotiaitten Kariuksen ennakoivuutta voidaan arvioida jo etualueen maitohampaiden plakkiesiintymistä. (Hölttä 2007: 1.) Plakkiesiintymät on helppoa tunnistaa neuvolatarkastuksen yhteydessä silmämääräisellä tutkimuksella.

Oikeiden elämäntapojen ja terveyttä edistävien toimintatapojen omaksuminen vaatii vanhempien aktiivista osallisuutta. Lapsi mallioppii vanhemmiltaan sekä arvoja, asenteita että tottumuksia. Tästä syystä on tärkeää myös vanhempien virheellisten käsitysten ja itsehoitotottumusten katkaiseminen, etteivät ne siirry mallioppimisen kautta seuraavalle sukupolvelle, heidän lapsilleen.

Suomen Hammaslääkäriliiton mukaan hampaita tulisi harjata fluorihammastahnalla kahdesti päivässä. Tästä tiedosta huolimatta 61 % suomalaislapsista harjaa hampaansa vain kerran päivässä. Suomalaislapset ovat tutkimusten mukaan Pohjoismaiden laiskimpia pesemään hampaitaan (Philips 2011.) Hampaiden harjaamattomuus yhdessä virheellisten ruokailutottumusten ja suun hoitotottumusten kanssa lisää merkittävästi varhaislapsuuden kariesriskiä.

Vastuu lapsen suun kokonaisterveydestä ja itsehoidosta huolehtimisesta on lasten huoltajilla. Terveystieteiden vastuu on tarjota perheille uusinta suun terveyteen liittyvää tietoa ja antaa tarvittaessa konkreettista ohjausta suun hoidosta. Konkreettinen ohjaus voi olla vaikka ohjausta siitä, miten hampaita tulisi oikeaoppisesti puhdistaa.

Tutkimuksessani kartoitetaan kirkkonummelaisten lasten vanhempien näkemyksiä lastensa suun terveyden tilasta. Tutkimuskysymyslomakkeet on laadittu sekä ruotsin että suomen kielellä, koska Kirkkonummen kunnan erityispiirteenä on kaksikielisyys. Näin saan tutkimuksellista luotettavuutta kulttuuristen erojen osalta kuvaten kirkkonummelaisten päiväkotilasten tottumuksia keskiarvallisesti kielitaustasta riippumatta.

Pyrin ymmärtämään ja tulkitsemaan perheen terveyden edistämisen ja osallisuuteen liittyviä tekijöitä päiväkotilasten suun terveyteen. Tutkimukseni on määrällinen kyse-

lytutkimus, jonka kysymyslomakkeiden laadinnassa hyödynnetään sosiokonstruktio-
nismien ja osallisuuden teorioita. Tutkimus toteutetaan otantana valitsemisani kirk-
konummelaisissa kunnallisissa päiväkodeissa keväällä 2012.

2 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää alle kouluikäisten päiväkotilasten hy-
vän kariesprofylaksian toteutumisen edellytyksiä kirkkonummelaisissa kunnallisissa
päiväkodeissa. Opinnäytetyön tavoitteena on löytää tekijät, jotka lisäävät kariesprofy-
laksian toteutumisen edellytyksiä sekä osa-alueet terveyden edistämisen ammatillisessa
yhteistyössä vaativat lisää ohjeistusta ja seuranta.

Aiheesta on tehty Suomessa varsin niukasti tutkimusta, ja sitä on käsitelty aiemmin
erilaisten riskiryhmien, kuten diabeetikoiden ja liikalihavien lasten näkökulmasta. Ai-
he on keskeinen ajatellessa suun terveyden vaikutuksia lasten yleisterveyden kehitty-
misen kannalta.

Tutkimuksellista tarvetta lisää myös se, että asenteita ja virhellisiä suun hoitotottu-
muksia on hyvin vaikeaa aikuisuudessa enää muuttaa. Lapsuusiässä tapahtunutta
hampaiden mineralisaatiota on jälkikäteen mahdotonta enää korjata lähtötilanteen ta-
solle. Suun terveys vaikuttaa myös laajasti perussairauksiin sekä kansantaudeiksi lu-
okiteltuihin sairauksiin, kuten sydän- ja verisuonisairauksiin sekä niiden syntymiseen.

Tutkimuksessa selvitetään vanhempien näkemyksiä alle kouluikäisten päiväkotilasten
suun ja hampaiston terveydestä ja miten perheen osallisuus vaikuttaa hampaiden itse-
hoidon osalta suun terveyteen. Lisäksi tutkimuksessa selventyvät lasten suun tervey-
den kannalta vaikuttavat interventiotavat ja ympäristövaikutukset.

Tutkimusongelmat:

1 Miten vanhempien osallisuus näkyy lasten arjen suun hoidossa?

2 Millaiset suun terveyteen liittyvät ruokailutottumukset ja tutin käyttö lapsilla on ?

3 Millaiset suun- ja hampaiden hoidon tottumustavat lapsilla on ?

4 Millaisia preventiivisiä hoitotoimenpiteitä lasten suun ja hampaiden terveydentilan osalta on tehty ?

5. Millaisia on vanhempien näkemykset kunnallisen suun terveyden palvelun laadusta ja riittävydestä?

Tutkimuksesta saatua tietoa voidaan hyödyntää Kirkkonummen kunnan suun terveyden edistämiseen liittyvässä ohjaustoiminnassa sekä vanhempien osallisuuteen liittyvässä kehittämistyössä.

3 HAMPAISTON KEHITYMINEN

Hammasaiheiden kehittyminen alkaa neljännellä raskausviikolla. Hampaan kehittyminen alkaa kruunuosasta ja viimeiseksi kehittyy hampaan juuri. Kiilteen ja hampaan kovaluosan mineralisaatio tapahtuu sikiön ollessa 3 - 4 kuukauden ikäinen. Vastasyntyneellä lapsella etuhampaiden kruunut ovat kokonaan mineralisoituneita, muiden hampaiden mineralisaatio jatkuu tästä noin seitsemään ikävuoteen asti. (Meurman, Murtomaa, Le Bell & Autti 2003: 536 - 537.)

Hampaiden kehittyminen on yksi monimutkaisimmista kehityksellisistä kasvutapah- tumista. Kehityksellisesti se on kolmivaiheista. Ensimmäisessä vaiheessa, kolmeen ikävuoteen mennessä muodostuvat maitohampaat. Toinen vaihe jakautuu 1. ja 2. hampaiden vaihduntavaiheeseen ja pysyvien hampaiden puhkeamisen vaiheeseen. Ensimmäisessä vaihdunnassa noin kuuden vuoden iässä ylä- ja etuhampaat vaihtuvat pysyviin hampaisiin ja taka-alueen ensimmäiset pysyvät molarit puhkeavat. Toisessa vaiheessa noin 10 - 12 vuoden iässä loput maitohampaista vaihtuvat pysyviin hampaisiin ja toiset taka-alueen molarit puhkeavat. Tällöin hampaisto on täysilukuinen. Lisäksi kolmannet molarihampaat puhkeavat myöhemmässä aikuisiässä, yksilöllisesti yli 18 vuodesta lähtien. Kaikille ei näitä niin sanottuja viisaudenhampaita puhkea lainkaan. (Meurman ym. 2003: 537 - 538.)

Hampaan kiilteen kehitys jatkuu edelleen hampaan puhkeamisen jälkeen. Tätä kehitystä kutsutaan maturaatioksi. Sylki toimii aktiivisessa roolissa lopullisen kiillepinnan muodostumisessa. Kiilteen kovuuteen vaikuttaa maturaatiovaiheessa syljessä olevan

fluorin pitoisuus. Tässä vaiheessa hampaiden harjaamisessa on siirryttävä fluorihammastahnaan. Kiille on aluksi huokoista hydroksiapatiittia, joka syljen mineraalien vaikutuksesta kehittyy elimistön kovimmaksi materiaaliksi. Hampaan dentiinikerros kehittyy hitaammin, läpi koko hampaan elinkaaren. Hampaan juuri on aluksi puhkeamisen jälkeen varsin kehittymätön ja vasta lapsen ollessa kolmen vuoden iässä juuri on täysimittainen. (Gordon 2005: 9 - 11.)

Hampaiden kehitysprosessi on kestoaltaan hidask ja haavoittuvainen prosessi. Tästä syystä jo raskausaikana tulee asiaan kiinnittää erityistä huomiota, nauttimalla monipuolista ravintoa, joka sisältää monipuolisesti erilaisia hampaiden kehitykseen tarvittavia hivenaineita. Lapsen syntymän jälkeen hampaiden aghioiden kehittyminen jatkuu ja erilaiset ympäristömyrkyt ja lääkeaineet (mm. jotkut antibiootit) voivat aiheuttaa puhkeamattoman hampaan kehityshäiriöitä. Yleisemmin häiriöt havaitaan kiilleaurioidina. Hampaan kiilteen kehittyminen lopulliseen lujuuteensa jatkuu koko kasvuiän. Ravinnon laadulla sekä omaksutuilla suun hoidon tavoilla on tämän prosessin onnistumisen kannalta keskeinen merkitys. Hampaiden tulisi kestää koko ihmisiän, siksi lapsen suun terveyteen tulee suhtautua alusta lähtien kehittyvän kokonaisterveyden näkökulmasta.

4 KESKEISET KÄSITTEET

Terveys

Maailman terveysjärjestö on määritellyt terveyden seuraavasti: ”Terveys on täyden fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tila eikä pelkästään sairauden tai vammaisuuden puuttumisen tila” (WHO 2012).

Suun terveys

Terveellä suulla käsitetään toimivaa purentaelimistöä, hampaiden oireettomuutta, terveitä suun limakalvoja sekä tukikudoksia. Suun terveys on osa ihmisen kokonaisterveyttä. (Heikka, Hiiri, Honkala, Keskinen & Sirviö 2009: 8, 15.)

Maailman terveysjärjestön mukaan suun terveys tarkoittaa ”vapautta suun ja kasvojen kroonisesta kivusta, suun ja nielun syövästä, suun haavaumista, suun vajavuuksista

kuten suulakihalkioista, iensairauksista, hampaan rappeutumisista ja hampaiden mentyksistä ja muista sairauksista ja toiminnanvajavuudesta jotka vaikuttavat suuhun ja suuonteloon.” (WHO 2012.)

Streptococcus Mutans

Kariespatogeeni on bakteeri, joka on erikoistunut elämään hampaan pinnoilla. Kyseistä bakteeria ei ole löydetty täysin hampaattomista suista. (Heinonen 2007: 10.)

Biofilmi

Biofilmi eli hammasplakki on hampaan pinnalle syljen proteiineista muodostunut bakteeripeitteinen kalvo. Biofilmiä kehittyy helposti hampaan uurteisiin ja suojaisiin kohtiin, jossa bakteerinen plakki saa kehittyä rauhassa. Tällaisia pintoja ovat purupintojen uurteet sekä hampaiden aproksimaalipinnat. (Duodecim terveyskirjasto 2012.)

Kolonisaatio

Kolonisaatiolla tarkoitetaan suun olosuhteissa sellaisen bakteerin olemassa oloa, joka ei muutoin kuulu sen normaaliflooraan. Kolonisaatio on monimutkainen vuorovaikutuksellinen prosessi, jossa olemassa oleva sairautta aiheuttavan bakteerin solut pääsevät lisääntymään normaaliflooran osaksi. (Dudecim Terveyskirjasto 2012: Medilexicon 2012.)

Karies

Karies on suussa ilmenevä hampaiden biofilmin aiheuttama paikallinen bakteeriperäinen infektiosairaus. Hampaiden reikiintyminen tapahtuu happohyökkäyksen seurauksesta. (Heinonen 2007: 10.) Happohyökkäys saa aikaan hampaan pinnan demineralisoitumisen eli hampaan pinnan pehmenemisen. Aiheuttajia hampaiden kariotumiselle ovat erilaiset hapontuottokykyiset ja happoja sietävät bakteerit, kuten mutanssi-streptokokit, erilaiset nonmutanssi-streptokokit ja Actinomyces-lajit. (Karieksen Käypä hoito-suositus 2009: 22.)

EEC

Käsitteellä tarkoitetaan varhaislapsuudessa esiintyvää kariesta. EEC on lyhenne englannin kielisistä sanoista early age caries eli varhaislapsuuden karies.

Kariesaktiivisuus

Kariesaktiivisuus kuvaa yksilön herkkyyttä kariesleesioiden ilmaantuvuuteen ja etenemistä hampaan pinnalla (Heinonen 2007: 16).

Kariespreventio eli ennaltaehkäisy

Kariespreventio on sairauden aiheuttamien vaurioiden ja haittojen ennaltaestäminen (Heinonen 2007: 15).

Interventio

Interventiolla käsitetään kaikkea ennaltaehkäisevää, kuntouttavaa, parantavaa tai terveyttä edistävää toimintatapaa. Kaikki toiminta, joka tapahtuu perusarvioinnin ja lopullisen arvioinnin välillä kutsutaan interventioksi. Intervention fokuksena on edistää yksilön terveyttä. (Mason 2005: 123.)

Ohjaus

Ohjauksella tarkoitetaan lasten hoidon yhteydessä konkreettisten asioiden ohjaamista vanhempana olemisessa ja lasten kasvatuksessa sekä siihen liittyvää palveluiden käyttöön liittyvää neuvontaa (Sirviö 2006: 84).

5 SUUN TERVEYDENHUOLTOA OHJAAVA LAINSÄÄDÄNTÖ

Suun terveyttä normitetaan lukuisten lakien ja asetusten avulla, jotka koskevat kunnan toimintaa. Lähtökohtana on perustuslaki, jossa todetaan jokaisella olevan ” oikeus riittäviin sosiaali- ja terveyspalveluihin.” (Ståhl & Saaristo 2011: 5.) Heinäkuussa vuonna 2009 tuli voimaan Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta. Lakien

ja asetusten tarkoituksena on tukea ja ohjata kansanterveystyötä, kuten lasten neuvolatoimintaa.

Kansanterveyden ohjauksen osalta valtion ohjaus- ja suunnittelutoiminta on aina 1990-luvulta lähtien siirtynyt yhä enemmän kunnallisen toiminnan piiriin. Neuvolatoimintaa on kuitenkin 2000-luvulta lähtien ohjeistettu valtakunnallisilla suosituksilla. (Ståhl & Saaristo 2011: 5.)

Kansanterveyslain muutos 2000-luvulla oikeutti joulukuun 2002 alusta lähtien kaikki kunnan asukkaat yhdenvertaisina suun terveyden palveluihin. Ajatuksena oli kansalaisten terveyttä tukevien voimavarojen tukeminen. Erityisesti lasten suun terveyden edistäminen moniammatillisella yhteistyöllä, päiväkotien, koulujen ja terveydenhuollon asiantuntijoiden kesken tukevat yksilöiden ja yhteisöjen terveyden ja hyvinvoinnin tavoitteita. (Heikka, Hiiri, Honkala, Keskinen & Sirviö 2009: 13.)

Valtioneuvoston asetus (5. – 8. §) neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta määrittelevät tarkemmin tarkastusten sisällön ja ketkä voivat tarkastuksia tehdä.

5. § käsittelee määräämääräaikaistarkastusten ajankohdat ja tarkastuskertojen tiheyden: ”Kunnan on järjestettävä määräämääräaikaistarkastuksia kaikille ennalta määritellyn ikä- tai vuosiluokkaan tai muuhun ryhmään kuuluville ja yksilöllisestä tarpeesta johtuvia terveystarkastuksia. Suun terveystarkastuksen voi tehdä hammaslääkäri, suuhygienisti tai hammashoitaja.”

6. § määrittää tarkastuksen sisällön seuraavasti: ”Arvio terveydentilasta ja mahdollisesta jatkotutkimuksen, tuen ja hoidon tarpeesta on tehtävä yhdessä tarkastettavan ja tämän ikävaiheen mukaisesti myös huoltajien kanssa. Tarvittaessa tehdään yksilöllinen hyvinvointi- ja terveystarkastus tai tarkistetaan aikaisemmin tehtyä suunnitelmaa.”

8. § suun terveystarkastuksen sisällöstä: ” Suun terveystarkastuksia järjestetään koko ikäluokan kattavina määräämääräaikaistarkastuksina sekä yksilölliseen tarpeeseen perustuvina terveystarkastuksina. Tarkastuksissa selvitetään suun terveydentila, kehitys ja hoidon tarve ja tehdään tarvittaessa henkilökohtainen terveystarkastus.”

”Ensimmäistä lasta odottavan perheen suun terveydentilan ja hoidon tarpeen arvioi suun terveydenhuollon ammattihenkilö haastattelulla ja tarvittaessa muilla menetelmillä. Alle kouluikäisille järjestetään suuhygienistin tai hammashoitajan tekemiä suun terveystarkastuksia ja tarpeen mukaisesti hammaslääkärin tutkimuksia. Oppilaalle tehtävät suun määräaikaistarkastukset sisältävät suuhygienistin ja tarpeen mukaiset hammaslääkärin terveystarkastukset, mukaan lukien erikoisalakohtaiset suun tutkimukset. (Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta 338/2011.)

”Lapselle, jolla on erityinen riski sairastua suusairauksiin, on järjestettävä tehostettu ehkäisevä suun terveydenhuolto ja yksilöllisesti määritellyt terveystarkastukset.” Lisäksi asetuksen 9. – 10. § kohdat selventävät yksityiskohtaisemmin tarkastusten määrää ja 14. § terveysneuvonnan sisältöä, josta mainittakoon seuraavaa: ”. Terveysneuvontaa on toteutettava yksilöllisen tarpeen ja kehitysvaiheen mukaisesti yhteistyössä yksilön ja perheen kanssa siten, että se tukee tiedon soveltamista käytäntöön ja vastuun ottamista omasta terveydestä. Terveysneuvonnan on sisällettävä näyttöön perustuvaa tietoa. Terveysneuvonta voidaan toteuttaa yksilöllisesti, ryhmässä ja yhteisöllisesti. (Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta 338/2011.)

Terveysneuvonnan on tuettava vanhemmaksi kasvamista ja parisuhdetta sekä edistettävä perheen sosiaalista tukiverkostoa. Sen on myös tuettava yksilön ja hänen perheensä terveyden, mukaan lukien mielenterveyden, sekä psykososiaalisen hyvinvoinnin edistämistä.” (Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta 338/2011.)

15. §:ssä terveysneuvonnan sisältöä tarkennetaan mm. seuraavasti: ”Alle kouluikäisen lapsen ja oppilaan ja hänen perheensä terveysneuvonnan on tuettava lapsen kehitystä, huolenpitoa ja kasvatusta sekä lapsen ja vanhemman välistä vuorovaikutusta. Lisäksi on tuettava vanhempien hyvinvointia, jaksamista ja keskinäistä vuorovaikutusta.” (Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta 380/2009: 5. – 10.§, 14. - 15.§.)

Valtioneuvoston asetus koskien neuvolatoimintaa sekä lasten- ja nuorten ehkäisevää suun terveyden huoltoa (380/2009) astui voimaan heinäkuussa 2009, mutta siirtymäaika kunnille annettiin tammikuun 2011 asti. Laki (380/2009) koskee määrääkaistarkastuksia, päiväkotikäisten osalta 1 - 2- vuotiaisiin, 3 - 4 vuotiaisiin ja 5- tai 6- vuotiaisiin. Ikäkauden 1 - 6 välillä tarkastusten määrä tulisi olla kuusi tarkastuskertaa. Tarkastukset ovat kättilön, lääkärin tai terveydenhoitajan suorittamia laajempia terveyden tarkastuksia. (Ståhl & Saaristo 2011: 13 - 16.)

Terveydenhuoltolain tarkoituksena on ”edistää ja ylläpitää väestön terveyttä, hyvinvointia, työ- ja toimintakykyä sekä sosiaalista turvallisuutta.” Sen tarkoituksena on myös taata perusterveydenhuollolle toimintaedellytykset ja viranomaisyhteistyötä kaikissa terveyttä ja hyvinvointia edistävissä sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmissä. Kuntaa myös veloitetaan käyttämään valtionosuuden perusteena olevia rahoja terveydenhuollon palveluihin ja palkattava riittävä määrä asiantuntijoita palveluiden toteuttamiseen. Toimenpiteiden ja terveystarkastusten on oltava myös toteutuksen osalta laadultaan ja turvallisuudeltaan asianmukaisia sekä vastattava kuntalaisten hyvinvointitarpeisiin. (Terveydenhuoltolaki 2010/1326: 2. – 8. §, 12. -13.§.)

Lisäksi asetuksella (338/2011) on säädetty terveydenhuoltolain (1326/2010) 23. § mukaan yleiset säännökset koskemaan neuvolapalveluita, sekä lasten ja nuorten ehkäisevää suun terveyden huoltoa. Asetuksen 1. § täydennetään terveydenhuoltolakia seuraavasti: ” Tämän asetuksen tarkoituksena on varmistaa, että lasta odottavien naisten ja perheiden sekä alle kouluikäisten lasten, oppilaiden ja heidän perheidensä sekä opiskelijoiden terveystarkastukset ovat suunnitelmallisia, tasoltaan yhtenäisiä ja yksilöiden ja väestön tarpeet huomioon ottavia kunnallisessa terveydenhuollossa.” (Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta 2011: 1. - 2. §.)

Terveydenhuoltolain 15. § 6. kohta sisältää myös kunnan velvoitteena ”lapsen ja perheen erityisen tuen ja tutkimusten tarpeen varhaisen tunnistaminen sekä lapsen ja perheen tukemisen ja tarvittaessa tutkimuksiin tai hoitoon ohjaamisen.

Kunnan perusterveydenhuollon on neuvolapalveluja järjestäessään toimittava yhteistyössä varhaiskasvatuksesta, lastensuojelusta ja muusta sosiaalihuollosta, erikoissai-

raanhoidosta vastaavien sekä muiden tarvittavien tahojen kanssa.” Suun terveyden 26. § terveydenhuoltolaki velvoittaa kuntaa järjestämään suun terveydenhuollon palvelut seuraavasti:

”Kunnan on järjestettävä asukkailleen suun terveydenhuollon palvelut. Hoidon jaksotaiselle toteutukselle on oltava hammaslääketieteelliset perusteet. Suun terveydenhuollon palveluihin sisältyvät:

- 1) väestön suun terveyden edistäminen ja seuranta;
- 2) terveysneuvonta ja terveystarkastukset;
- 3) suun sairauksien tutkimus ja ehkäisy sekä hoito;
- 4) potilaan erityisen tuen ja tutkimusten tarpeen varhainen tunnistaminen sekä potilaan hoito ja tarvittaessa jatkotutkimuksiin ja -hoitoon ohjaaminen. Kunnan perusterveydenhuollon on suun terveydenhuoltoa järjestäessään toimittava yhteistyössä erikoissairaanhoidon, muun terveydenhuollon sekä sosiaalihuollon henkilöstön kanssa.” (Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326: 15. §, 26. §.)

Lainsäädännön lisäksi Sosiaali- ja terveysministeriö on laatinut terveyden edistämistä koskevat laatusuositukset kunnille. Laatusuositukset kattavat terveyttä edistävän toiminnan suunnittelun ja toteutuksen, johtamistyön, yhteistyön ja työnjaon eri instanssien kanssa sekä siihen liittyvän toiminnan ja osaamisen arvioinnin. Laatusuositukset pohjaavat EFQM laatupalkintomallin ideologialle, jonka suosituksia sovelletaan mallikehikkona Maailman Terveysjärjestön Ottawan julkilausuman terveyttä edistävien toimintalinjojen luokittelulle. (Hausen, Lahti & Nordblad 2006: 3.)

Laatusuosituksina suun terveyden edistämisessä mainitaan lapsia koskien elintapojen merkitys, päivittäinen fluorihammastahnalla hampaiden harjaus, hampaiden välien säännöllinen puhdistaminen sekä tapaturmien ennaltaehkäiseminen. Kunnan tulee huolehtia elinympäristön turvallisuudesta, yhteisöllisesti tarjottavan ravinnon ravitsemuksellisesta terveellisyydestä pääaterioiden sekä välipalojen osalta. Ravinnon sisällön kannalta on vältettävä virvoitusjuomia, napostelutuotteita sekä makeisten tarjoamista. Lasten toimintaympäristöissä päiväkodeissa, kouluissa tai harrastuspaikoissa

suun terveyden kannalta haitallisia tuotteita ei saa mainostaa eikä myydä. (Hausen, Lahti & Nordblad 2006: 55 - 56.)

Kunnallisen kasvatustoiminnan osalta toteutetaan hyviä terveyskäyttäytymisen malleja, käyttäytyminen ja hygienia mukaan lukien. Suun terveyden edistämisen osalta kunnan on edistettävä ja tarjottava ajanmukaista tietoa ja tarjottava kuntalaisilleen taidollista opastusta koskien suun toimintakyvyn ja terveyden ylläpitämistä. Kuntalaisten osalta on myös nimettävä suun terveyden vastuu- ja yhdyshenkilöt sekä varata tarvittavat resurssit palveluiden tarjonnan mahdollistamiseksi. Kunta myös määrittelee tavoitteiden kannalta tarvittavat arviointivälit ja mittarit miten tavoitteisiin päästään. (Hausen, Lahti & Nordblad: 2006: 56.) Näin ollen myös kunnallispoliittisella päätöksenteolla voidaan vaikuttaa merkittävästi suun terveyteen liittyviin laatutekijöihin ja kariksen osalta ennaehkäiseviin toimenpiteisiin käytännön tasolla.

6 AIEMPIÄ TUTKIMUKSIA

Tutkimus 1. Päivi Ollila: Kariesriskin määrittäminen taaperoilla pitkäaikaisella tutkimuksella

Päivi Ollilan vuonna 2010 toteuttama perustutkimus kartoitti päiväkotilasten kariesriskiä. Hypoteesina tutkimukselle oli, että lapsen kariesriski on osoitettavissa erillisen sylkitekstin avulla. Seuranta oli tehty imetyksen, tutin ja tuttipullon käytön vaikutuksesta sekä makeisten syömisen vaikutuksista laktobasillien ja hiivojen osalta hampaiden terveyteen. Lisäksi tarkasteltiin hampaiden harjaustottumuksia, fluoritablettien sekä makeisten nautintaan liittyviä tapoja. (Ollila 2010: 33.)

Tutkimuksessa oli alkuperäisenä otantana 183:a oululaista päiväkotilasta. Varsinaiseen tutkimukseen osallistui 166 lasta. Lapset olivat iältään 0,7 - 4,3 vuotta. Lapsille tehtiin kariesta määrittävä perustutkimus. Tutkimusjoukosta vain 152 lapselta oli saatavilla mikrobiologinen näyte. Näytteet otettiin terveyskeskuksissa. Tutkittavien lasten keski-ikä kahden vuoden seurannan jälkeen oli 4,7 vuotta. Seitsemän vuoden seurannan jälkeen tutkimuksellista tietoa saatiin 175 lapsesta. (Ollila 2010: 35.)

Tutkimus osoitti tutin ja tuttipullon käytön olevan kariesriskitekijä, jonka osoitti mikro-organismien esiintyminen ja myöhemmät hammasvauriot. Oli myös todennettavis-

sa pitkittyneen tutin käytön pysyvien hampaiden puhkeamisen jälkeen olevan selkeä riski hammasterveydelle. Runsas makeisten nauttiminen, useammin kuin kerran viikossa yhdessä riittämättömän hampaiden harjausten kanssa lisäsi molarialueiden kariotumista niin maitohampaiden, kuin pysyvienkin hampaiden osalta. (Ollila 2010: 61.)

Tutkimuksen mukaan syljen laktobasillien ja hiivojen määrien kartoittaminen mikrobiologisen sylkitutkimuksen avulla voivat tukea suun terveyden ennalta ehkäisevää työtä. Fluoridien käytön laiminlyönnillä oli myös kariesriskiä lisäävä vaikutus. Saadut tutkimustulokset tarjoavat arvokasta tietoa lasten tulevaisuuden hammashoidon suunnittelun osalta. (Ollila 2010: 61.)

Tutkimus 2. Jaana Autio-Gold: Kariuksen ehkäiseminen riskialttiilla esikoululapsilla Yhdysvalloissa

Tämä kaksivaiheinen tutkimus tehtiin ensin vuosina 1997 - 2004 Floridan yliopistossa Gainesvillessä ja myöhemmin Suomessa Oulun yliopiston hammaslääketieteen laitoksessa vuosina 2004 - 2005. Jaana Autio - Goldin väitöskirja käsitteli ainoastaan Floridassa, Yhdysvalloissa tehtyjä klinisiä tutkimuksia. (Autio-Gold 2005: 7.)

Tutkimuksellisenä tarkoituksena oli selvittää kariuksen esiintyvyyttä sekä arvioida kahden ennaltaehkäisevän ohjelman vaikuttavuutta. Ennaltaehkäisevässä ohjelmassa tarkasteltiin fluorilakkauksen ja ksylitolipurukumin käytön vaikuttavuutta hammaskariuksen ennaltaehkäisemisessä. (Autio-Gold 2005: 3.)

Tutkimuksellisen hypoteesina esitettiin, että kariesta esiintyy eniten matala ekonominen statuksen perheiden lapsilla. Varhaisten kiilleaurioiden syntymisen ehkäisemisen kannalta käyttökelpoisia keinoja ovat fluorilakkaus sekä ksylitolipurukumin käyttö kolmasti päivässä. Ksylitolin käyttö vaikuttaa Streptococcus mutansin määrään syljessä ja toimii kariesta ennaltaehkäisevänä lisätehosteena. Streptococcus mutansin määrä syljessä osoittaa kariesriskiä. (Autio-Gold 2005: 3, 35.)

Tutkimus päättyi yhdeksän kuukauden päästä. Siihen osallistuneiden ryhmien suun terveyden tila kartoitettiin. Remineralisaatiota oli tapahtunut kaksi kertaa enemmän niiden lasten hampaiden osalta, jotka olivat osallistuneet fluorilakkaustutkimukseen. (Autio - Gold 2005: 43.)

Kolmen viikon ksylitolitutkimuksen aikana havaittiin, että ksylitolipurukumia kolmesti päivässä saaneilla oli madaltunut *Streptococcus mutansin* taso kontrolliryhmään verrattuna. Kontrolliryhmän 75 %:lla lapsista *Streptococcus mutansin* esiintymien oli samalla tasolla kuin tutkimuksen alkaessa, vain kolmella prosentilla se oli noussut. Vähentynyt *Streptococcus mutansin* taso oli 22 %:lla lapsista. Ksylitolia saaneiden ryhmässä kymmenellä lapsella streptococci taso lisääntyi, 48 %:lla se väheni ja 42 % pysyi ennallaan. (Autio-Gold 2005: 45.)

Tutkimus osoitti myös fluorilakkauksen olevan tehokas kariuksen ehkäisemisen tapa. Sen avulla voidaan ehkäistä varhaisia kiillevaurioita, kirurgittomine toimenpitein. Ksylitolin käyttö voi tarjota helpon lisämenetelmän, tilanteessa missä muut menetelmät on muutoin vaikeaa toteuttaa. (Autio-Gold 2005: 3.)

Tutkimus 3. Kaarina Sirviö: Lapsiperheen osallisuus terveyden edistämässä – mukanaolosta

Tutkimus toteutettiin vuosina 2001 - 2002 Kuopion yliopiston hoitotieteen laitoksella preventiivisenä hoitotieteen haastattelututkimuksena. Haastattelututkimuksen tarkoituksena oli kuvata perheiden osallisuuden varhaista mukaantuloa ja osallistumista terveyttä edistävän toiminnan kehittämisen kannalta sekä asiakkaan että sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöiden näkökulmasta tarkasteltuna. Teemana terveyden edistämässä oli neljä ydinaluetta: vanhempien toiminnan kannalta tietoisuuden lisääminen, perheen arjen tukeminen, lapsuuden turvaaminen sekä perheen sisäisten roolien selkeyttäminen. (Sirviö 2006: 53, 74.)

Tutkimusaineisto koostui sosiaali- ja terveystieteen asiakkaiden (n = 14) ja työntekijöiden (n = 16, joista 6 terveydenhuollon alan ja 8 sosiaalialan asiantuntijaa) haastatteluista sekä videoituista asiakastilanteista haastatteluista, jotka analysoitiin induktiivisen sisällönanalyysin avulla, keskittyen tarkastelemaan aineiston ilmisältöä. (Sirviö 2006: 53, 58 - 59.)

Tutkimuksellisissa johtopäätöksissä työntekijät tarkastelevat lapsen ja perheen hyvinvointia terveyden edistämisen näkökulmasta. Tavoitteena oli yksilötason toiminnan kehittäminen. Tutkimuksessa terveyden edistämisen kannalta asetetut tavoitteet olivat

liian yleisluontoisia ja vaikeuttivat siitä syystä asiakkaan osallisuuden vahvistamista ja kokonaisuuden kannalta erilaisten yhteistyömuotojen kehittämistä. (Sirviö 2006: 139.)

Saatujen vastausten perusteella asiakkaan osallisuuden merkityksen tunnustaminen on erityisen tärkeä työmenetelmiä kehitettäessä. Vanhempien vastauksissa tuli esille heidän odotuksensa suhteessa työntekijöiden ennakoivaan osaamiseen. Johtopäätelmänä todettiin, että tarvitaan lisää tutkimuksellisesti systemaattisia asiakkaan osallisuusaktiivisuuden arviointiin liittyviä menetelmiä. Myös terveyttä edistäviä moniammatillisia yhteistyömenetelmiä on tarvetta kehittää lisää. (Sirviö 2006: 138 - 139.)

Tutkimus 4. Tuula Okkonen: Lapsen terveystieteestä lapsen terveyden yhteistoiminnalliseen edistämiseen

Tutkimus toteutettiin vuosina 2002 - 2003 Kuopion yliopiston hoitotieteen laitoksella preventiivisen hoitotieteen tutkimuksena. Tutkimuksessa tarkasteltiin lasten käsityksiä terveydestä ja terveyden edistämistä. (Okkonen 2004: 44.)

Toteutukseen osallistui kolmessa eri vaiheessa 5 - 6 - vuotiaiden päiväkotilapsien ryhmä. Empiirinen ja laadullinen aineisto koottiin toimintatutkimuksen avulla, joka sisälsi ryhmäkeskusteluja, draamaa sekä piirros – ja tarinoita. Tutkimukseen osallistui lasten lisäksi joukko aikuisia, kuten lasten äitejä, lastenneuvolan terveydenhoitaja ja joukko päiväkodin työntekijöitä. (Okkonen 2004: 47 - 57.)

Tutkimus vahvisti äitien käsitystä siitä, miten merkityksellinen rooli heillä oli lastensa terveyttä koskevissa asioissa. Vanhempien asettamat terveyteen liittyvät säännöt ja rajoitukset koettiin lasten vastauksien mukaan oman edun mukaisiksi. Ystävien merkitys korostui myös draamaprosessin aikana. Tulokset osoittivat lasten kykenevän kuvailemaan hyvin kokemusmaailmaansa liittyen heidän käsityksiinsä draamassa käsitellyistä aiheista. Lapset esittivät ajatuksiaan olemassa olevasta terveystieteestä omaan tietoperustaansa peilaten sekä esittämillään argumenteilla haastoivat aikuiset pohtimaan omia terveystieteitä uudella tavalla. (Okkonen 2004: 99 - 103.)

Tutkimus toi esille lapsen omat vaikuttamiskeinot ja roolin oman terveytensä rakentajana. Perheen hyvin toimiva vuorovaikutussuhde sekä yhdessä oppiminen edistävät parhaimmillaan terveyttä. Tutkimus myös osoitti, että lapsia tulee kohdella ja kuunnella

la yhteiskunnan jäsenenä kaikissa arkipäivän tilanteissa, jotka koskettavat hänen henkilökohtaista elämää. Osallisuudella ja osallisuuden kokemuksella on merkitystä lapselle kuin aikuisellekin. Lasta osallistavilla toimintamalleilla ja -menetelmillä luodaan mahdollisuuksia opetella ja käsitellä uusia asioita. Lapsen osallisuus mahdollistaa aidon lapsinäkökulman tuomisen asioihin.(Okkonen 2004: 103 - 105.)

Tutkimus 5. Perheen roolin vaikutuksista suun terveyden edistämiseen

Perheen rooli lapsen suun terveyden edistämässä on keskeinen. Vanhemmat määrittävät pitkälti suunhoitotottumusten käytäntöjä ja sen, koska säännöllinen hampaiden hoito lasten osalta alkaa. Erityisesti äidin rooli ja terveystyöttyminen heijastuvat tutkimusten mukaan lapsen suun hoitoon liittyvään käyttäytymiseen kuten vanhempien kulttuuritaustakin. Länsi-Uudellamaalla Karjaan ja Pohjan neuvoloissa 2004 toteutettu neuvolatutkimus osoitti, että suomenruotsalaiset äidit noudattavat paremmin hampaiden harjaussuositusta, kuin suomenkieliset äidit. Tämä korreloi myös epäsuorasti mallioppimisen kautta heidän lastensa hampaiden reikiintymiseen. Tutkimuksessa tuli asenteiden ja tietouden merkitys lasten suun terveyden edistämisen keskeisesti esille. Lasten vanhempien, erityisesti äidin motivoiminen ja osallistuminen lastensa hampaiden harjaamisen osalta kahdesti päivässä korostui. Terveyskasvatuksen osalta onnistunut neuvontatyö vaati yhteisten asioiden sisällön määrittämistä, päättämistä, tavoitteiden asettamista ja niiden toteutumisen jälkiseurantaa sekä asiakaslähtöistä työtötta. (Grönholm, Virtanen & Murtomaa 2006: 8 - 12.)

Tutkimus 6. Vanhempien aiempien tietojen vaikutus omille lapsille välitettyyn kokemukseen ja käytäntötietoon suun terveyden ylläpidosta

Bostonin sairaalassa vuonna 2009 tehty tutkimus vanhempien aikaisempien tietojen vaikutusta omille lapsille välitettyyn tietoon vahvisti heidän omien kokemustensa ja käytäntöjensä korreloivan siihen miten he huolehtivat omien lastensa hampaiden terveydestä. Tutkimukseen osallistuneilla lapsilla oli varhaislapsuuden karies. Maitohampaiden terveyden ylläpitämistä ei koettu merkityksellisenä monissakaan perheissä. Myös monet lasten isovanhemmista ajattelivat samoin. Tutkimus osoitti myös kariesin (EEC eli varhaislapsuuden karies) vaikuttavan emotionaalisella tasolla, koetun hammaskivun ja vaikeutuneen syömisen kautta negatiivisesti koko perheeseen. Van-

hemmillä oli tietoa epäterveellisen ruuan vaikutuksista suun terveyteen, mutta normatiivisesta paineesta he sallivat lapselleen epäterveet tavat sosiaalisissa tilanteissa ikätovereittensa kanssa. (Isong, Luff, Perrin, Winickoff & Ng 2012: 77 - 88.)

Tutkimus 7. Pernilla Isaksson: Hammashuoltohenkilökunnan näkemyksiä heidän vanhemmille antamastaan tuesta pienten lasten suun hoidon osalta Hallandissa

Tutkimus kuvasi hammashoitohenkilökunnan näkemyksiä miten vanhempia tulisi tukea lastensa suun terveyden ylläpitämisessä. Tutkimus oli toteutettu laadullisena haastattelututkimuksena. Haastateltaviksi oli valittu kahdeksan Ruotsin kansanterveyslaitoksella työskentelevää asiantuntijaa. (Isaksson 2010: 2.)

Tutkimustuloksissa ilmeni, että valtaosalla vanhemmista oli hyvä tietous ja kokonaisnäkemys omien lastensa suun terveyden hoidosta. Hammashoitohenkilöstö piti suurimpana suun terveyteen liittyvänä riskinä virheellisiä ruokailutottumuksia. Vanhempien piittaamattomuus säännöllisiä ruokailuaikoja ja nautittua ravintoaineita kohtaan lisäsi heidän mielestään kariesriskiä merkittävästi. Myös vanhempien virheellinen ajattelutapa ettei maitohampaita tarvitse hoitaa nousi huolenaiheena suun terveyden huollon näkemyksissä. (Isaksson 2010: 2 - 5.)

Vanhempien omien tapojen vaikutusta lapsen tapojen muovautumiseen korostettiin. Vanhempien omat tavat heijastuivat koko perheen arjen ympäristössä ruokailutottumusten ja saatavilla olevien elintarvikkeiden vaikutuksesta lasten yleiseen suun terveydentilaan. Virvoitusjuomien ja makeisten helppo saatavuus ja vanhempien oma runsas makeisten ja virvoitusjuomien nauttiminen korreloi myös lasten nauttimien määrään. Vanhempien omat hampaan harjaamisen tottumukset heijastuivat myös lasten harjaustottumuksiin, joko myönteisesti tai kielteisesti. Haastatteluista tuli hyvin ilmi myös vanhempien kyky rajojen asettamiseen, rutiineihin sekä vastuunottoon. Myös kasvatusmenetelmät heijastelivat lapsen suun terveyttä. Useissa tapauksissa vanhemmat antoivat lapsen vaatimuksille liian helposti periksi ajattelematta toimintansa terveydellisiä seurauksia lapseen. (Isaksson 2010: 6.)

Haastatteluissa lasten haitallisten tapojen yhteydessä tuli esille myös vanhempien omat suun terveyttä heikentävät tavat. Tutkimuksessa todettiin, että vanhempien

tulisi olla assertiivisempia ja asettaa selkeämmin rajat, vaatimukset ja ohjeet lapsen terveyttä ajatellen eikä antaa periksi lapsen vaatimuksille. Vanhempien tulisi kantaa enemmän kasvatuksellista vastuuta arjen toiminnassa. Suunterveyden huollon ammattilaisten kohdalta olisi voimavaroja kohdennettava enemmän vanhempien oman vastuun tukemiseen dialogisin keinoin. (Isaksson 2010: 13.)

7 SUUN TERVEYDEN EDISTÄMINEN

Maailman terveysjärjestö WHO julkaisi vuonna 2003 suun terveyteen liittyvän raportin, joka käsitteli maailmanlaajuista suun terveyden tilaa. Raportissa terävöitettiin strategisia tavoitteita, jotka koskivat suun terveyden edistämisen toimenpiteitä. Sen asiassällössä tuotiin esille suun terveyden tilan keskeisyys yksilön yleisen terveydentilan osalta. Lisäksi korostettiin moniulotteisesti ravinnon ja elämäntapojen vaikutuksia suun terveyteen. Niin aliravitsemus kuin liikalihavuuskin lisäävät merkittävästi väestön suun sairauksia. Tulevaisuuden tavoitteiksi asetettiin erityisesti köyhien ja marginalisoitujen ihmisryhmien suun sairauksien ennaltaehkäiseminen. Elämäntapamuutokseen tähtäävällä toiminnalla vähennetään sosiaalisia ja ympäristöllisiä sekä käyttäytymisestä johtuvia riskitekijöitä. Tavoitteena on myös uusien tasapuolisempien ja edullisimpien suun terveyden järjestelmien yhteisö- ja valtakunnallinen kehittäminen. (The World Oral Health Report 2003: 1 - 14.)

Suun terveyden osalta ei ole olemassa yksittäisiä indikaattoreita. Riskitekijöitä on kartoitettu, ja sellaisia ovat yksilön ympäristöön liittyvät sosiaaliset ja fyysiset tekijät, ryhmäkäyttäytyminen sekä yksilön perimän vaikutus terveyteen, hoitotottumuksiin liittyvät tavat sekä hoidolliset interventiot. Tutkimuksellisesti on voitu myös todentaa suun terveydentilan vaikutus yksilön yleiseen terveyteen, joko vahvistavasti tai heikentävästi. (Mason 2005: 119, 121 - 122.) Huonosti hoidetut hampaat heijastuvat yleisterveyteen immuniteettiä heikentävästi ja lisäävät näin yleistä sairastuvuutta eri infektioihin.

Suun huono terveyden tila kasvattaa myöhempää sydän- ja verisuonisairauksien riskiä. Tosin tutkimuksellisesti tämä syy-yhteys voi johtua suun infektioiden tulehdusvälittäjäaineista, joko bakteerikylvön kautta tai infektioiden epäsuorista vaikutuksista kokonaisterveyteen (Ylöstalo 2008: 28 - 29). Suun terveystottumusten osalta on tärkeää

omaksua oikeanlaiset suun hoitotottumukset, koska varhain opittuja virheellisiä terveyteen liittyviä asenteita ja tapoja on vaikeaa jälkikäteisesti muuttaa. Suun terveyden kannalta suotuisan asenneympäristön luominen vaatisi median kyllästävässä mainostulvassa medialukutaidon opettamista niin lapsille kuin vanhemmillekin. Terveyden edistämiseen liittyvä oikeanlainen tapatietous on siis juurrutettava lapseen jo hyvin varhaisessa vaiheessa.

Varhainen kariesriskidiagnostiikka perustuu yleisen-, suuhygienia- ja ravintotottumusten arvioinnille. Niiden lisäksi arvioidaan kariesriski- ja aktiivisuus. Saatujen tietojen pohjalta suunnitellaan yksilölliset karieshallintatoimenpiteet sekä tarkastusvälikerrat. Varhaislapsuudessa säännölliset tarkastusvälit 6 - 36 kk:n välein ovat osa kariesen ennaltaehkäisytoimintaa. Tiheillä tarkastuskerroilla pyritään vaikuttamaan mahdollisten kariesvaurioiden syntymiseen ja olemassa olevien kariesvaurioiden etenemisen hillitsemiseen. (Anttonen 2011: 20.) Varhaisesti havaittuihin kiillemuutoksiin voidaan vielä suhtellisen tehokkaasti puuttua ohjauksella ja kemiallisin apukeinoin sekä estää laajempien hammasvaurioiden kehittyminen.

Petin (2010: 947) mukaan sosiaalisena kariesriskitekijänä on havaittu vanhempien alhainen tulo- ja koulutustaso sekä maahanmuuttajatausta. Asenteiden ja uskomusten osalta selkeitä riskitekijöitä ovat fatalistinen asenne sekä terveystietämättömyyden puuttuminen suun sairauksien ja riskitekijöiden osalta. Lasten varhaisen kariesin syntymisen osalta voidaan sen aiheuttama kipu nähdä kielteisenä myös lapsen kehityksen ja elämänlaadun psyykkisen ulottuvuuden osalta. Lapsi ei välttämättä osaa tuoda julki kivuntuntemustaan ja voi oireilla kipukokemustaan mielialan muutoksilla ja epätoivottulla käyttäytymisellä.

Käyttäytymiseen liittyvät muutoshasteet ovat yleisen oletuksen mukaan vaikeita. Pittsin (2009: 113 – 116: 126) mukaan hammashoitohenkilökunnan oletus on, että heidän tehtävänä on tuottaa riittävää informaatiota, jotta käyttäytymisen tasolla saadaan muutosta aikaiseksi. Kuitenkin tiedetään, että ihmiset usein ovat tietoisia vääristä tottumuksistaan ja huonoista tavoistaan (tätä kutsutaan kognitiiviseksi dissonanssiksi) ja siitä huolimatta jatkavat haitallisia tapojaan. Tämä on yhteydessä ihmisen muutokseen liittyviin valmiuksiin, henkilökohtaisiin stressitekijöihin sekä yleiseen tietotasoon. Terveyden edistämisen kannalta ei ole olemassa yhtä mallia, vaan usein käyt-

täytymisen kannalta pyritään vaikuttamaan usean mallin kautta. Tästä syystä dialoginen keskustelu on erityisen hyödyllistä, koska sen avulla saadaan selville perheen asenteet, taustalla olevat arvot. Taustatiedon avulla pystytään kannustamaan heitä identifoimaan oman suun terveyden agenda-asema yleisterveyteen.

Ravintotottumusten vaikutus suun terveyteen

Ravinnon määrän ja laadun tiedetään vaikuttavan lasten kariesriskiin. Kariogeenisten mikro-organismien hiilihydraattien hajoamisprosessissa muodostuvat orgaaniset hapot vaikuttavat hampaan kiilteeseen ja irrottavat mineraaleja sen pinnalta sylkeen. Hajoavilla hiilihydraateilla on merkittävä rooli biofilmin toiminnassa. Sakkaroosi toimii stimulanttina hapon tuotannolle. Ravintoaineista sakkaroosilla, fruktoosilla ja glukosilla on suurin kariesta synnyttävä, eli bakteeriaineenvaihduntaa edistävä vaikutus. Heikoin bakteereja aktivoiva vaikutus on laktoosilla ja sorbitolilla, ksylitolin ja keino- tekoisten makeutusaineiden ollessa täysin vaarattomia energiantuottamisen kannalta suunbakteereille. Nykytietämyksen valossa ne eivät pysty hyödyntämään niitä lainkaan energian tuottamiseen. Hampaan kiilteen eroosiota aiheuttavat erityisesti luon- nostaan happopitoiset hedelmät, kuten appelsiini, sitruuna ja greippi. Happohyökkä- yksen kannalta hampaille haitallisimpia ovat happopitoiset virvoitusjuomat, urheilu- juomat sekä sitrusmehut ja hedelmät. (Johansson 2005: 852 - 857.)

Vanhempien tulisi tarjota kasvavalle lapselleen välipaloina terveellisiä vaihtoehtoja. Lasten tulisi välttää hapokkaiden ja sokeripitoisten juomien ostamista sekä tarjoile- mista. Heidän tulisi kehottaa lastaan juomaan vettä janojuomana. Veden nauttiminen on suositeltavaa myös urheilusuoritusten aikana ja niiden jälkeen. Näin vältetään tur- hat hampaan kiillekerrokseen kohdistuvat happohyökkäykset sekä hampaan kariesris- kille altistuminen.

Eroosioauriot ovat tyypillisiä lapsilla ja nuorilla. Eroosio poikkeaa karieksesta siten, että hampaan pinnalta puuttuu bakteeripeite, jolloin happohyökkäyksen yhteydessä hammasainesta katoaa kerros kerrokselta. Eroosioauriot ovat havaittavissa hampaan pinnan pehmenemisenä ja värjäytyminä, se voi näyttäytyä sileänä tai mattamaisena hampaan pinnalla. Tavallisesti eroosioauriot ovat yläetuhampaiden suulaenpuolen pinnalla. Oireina yleisemmin on hampaan särkeminen tai vihlominen. Hampaiden eroosio-ongelmista kärsivillä lapsilla on todettu samanlaatuinen syljen koostumus, vä-

häisestä kariesriskistä huolimatta kuin korkean kariesriskin statuksen lapsilla. Selityksiä joidenkin lasten osalta eroosiovaurioalttiudelle on etsitty alhaisemmasta puskurikapasiteetista, sekä syljen ureapitoisuudesta, yhtäläillä kuin tiheistä happohyökkäyksistäkin. (Johansson 2005: 852 - 857.) Tällaisten lasten osalta ksylitolipurukumin jauhaminen aterioiden jälkeen voisi toimia kariesta suojaavana toimenpiteenä, lisäten samalla syljen eritystä suussa.

Syljen puskurointikapasiteetilla eli kyvyllä poistaa happamuutta tiedetään ehkäisevän kariksen syntymistä. Syljen teho perustuu syljessä oleviin bikarbonaatteihin, proteiineihin ja fosfaatteihin. Tutkimuksissa äidinmaidossa korkeat CA VI - pitoisuudet edistävät vastasyntyneen ruuansulatuskanavien kehittymistä. Samainen CA VI hiilihappoanhyraasi ionientsyymi nopeuttaa happamuuden neutralisoinnissa, kiinnittyen hampaan kiilteeseen ja nopeuttamalla siten bikarbonaatti dehydraatioreaktiota. Käytännössä mitä suurempi CA VI:n pitoisuus on syljessä, sitä suuremmissa määrin se imeytyy kiilteen pinnan nesteeseen heikentäen biofilmin bakteerimetabolian aiheuttamaa happamuutta. (Leinonen 2009: 28 - 29.) Alle yksivuotiaitten lasten imetyksellä on fysiologisesti merkittävä ja tarkoituksenmukainen tehtävä lapsen kehityksen kannalta, myös myöhemmän suun terveyden kannalta. Neuvola keskusteluissa tämä imetykseen liittyvä lisäarvo tulisi tuoda esille imeväisikäisten äideille ja kannustaa heitä jatkamaan imetystä myös tästä syystä suositustenmukaisesti.

Hampaiden eroosion varhaisessa hoidossa korostuu koko perheen elintapamuutokset sekä oikea-aikainen neuvonta ja tieto siitä, miten vaurioiden eteneminen estetään. Hammashuoltohenkilökunnalla on merkittävä tekijä varhaisessa eroosiovaurioiden tunnistamisessa ja informoimisessa. (Johansson 2005: 852 - 857.) Sellaisten lasten, joilla on todettu eroosiovaurioita on vanhempien syytä tarkastella kriittisesti lapsensa ravintotottumuksia ja eteenkin juomatottumuksia ja tarvittaessa asettaa rajoja kotioiloissa haitallisten ruoka-aineiden saatavuudelle.

Urheilujuomat sekä viinietikka tiheään nautittuna aiheuttavat eroosiota ja edistävät kariksen syntymistä. Lasten osalta niiden käyttämisestä tulisikin välttää. Täyshedelmämehujen nauttimismäärät tulisi rajoittaa alle 1 - 6- vuotiaiden kahteen unssiin päivässä. Eroosiovaurioiden syntymiseen vaikuttavat yksilölliset tekijät, kuten syljen määrä ja koostumus sekä nautitun happopitoisen ravinnon käyttötiheys. Kariesta edistävät

ravintoaineet tulisi nauttia aterian yhteydessä. (Stegeman & Davis 2010: 347; Lingström & Fjellström 2008: 32 - 40.) Vanhemmat voivat vaikuttaa tähän ylläpitämällä lapselleen selkeät ja säännölliset ateriaritmit. Hampaiden tiedetään kestävän noin viisi happohyökkäystä päivässä vaurioitumatta. Aterioiden välillä sylki toimii neutralisoina sekä korjaa happohyökkäyksen aiheuttaman demineralisaation remineralisaatiolla. Jos happohyökkäykset ovat liian tiheästi toistuvia, syljen puskurikapasiteetti ei ehdi balansoitua vaan hampaiden kannalta happamat pH-olosuhteet pitkittyvät ja aiheuttavat pysyvämpiä vaurioita kiilteen pintaan.

Kokonaisravinnon osalta lasten tulisi syödä enemmän vihanneksia ja hedelmiä sekä vähentää sokereiden ja tyydyttyneiden rasvojen käyttöä. Monosakkaroidisten, mutta tärkkelyspitoisten ruoka-aineiden, kuten perunan, maissin ja riisin on myös havaittu olevan vähemmän kariesta aiheuttavaa kuin vähätärkkelyksisten mono- ja disakkaroidipitoisten ruoka-aineiden. Hedelmät ja vihannekset sisältävät runsaasti kuituja ja niiden pureksiminen vahvistaa suun ja hampaan ympäryskudoksia sekä ehkäisee kariesta. Välipalojen osalta vähärasvaiset jogurtit, kookostuotteet, kananmunat, kananliha, erilaiset kasvisöljyt, juustot sekä pähkinät ovat hammasystävällisiä ravintoaineita. Näiden ravintoaineiden on havaittu estävän kariksen syntymistä, koska ne lisäävät pH:n määrää. Maitotuotteiden sisältämä kalsium lisää syljen kalsiumin määrää ja estää remineralisaatiota. (Stegeman & Davis 2010: 346 - 347.; Lingström & Fjellström 2008: 32 - 40.) Kasvava lapsi ei voi saada liikaa kalsiumia päivittäisen ruokailun yhteydessä. Maito on yksinomaan hyödyllinen janojuoma lapsen kokonaisterveyttä ajatellen.

Ravinto, jossa on riittämättömästi B12- ja B2- vitamiinia, D- vitamiinia sekä hivenaineista kuparia edesauttoi kariksen syntymistä. Maidolla on todettu olevan neutraali vaikutus kariksen osalta, siksi pienten lasten osalta on maito ja vesi suositeltavia janojuomia. (Marchall, Levy, Broffitt, Warren, Eichenberger-Gilmore, Burns & Stumbo 2003: 187, 190.) Lapsen ravinnon tulisi olla ravintosuositusten mukaisia ja riittävän monipuolisia sekä ravintosuositusten mukaisia, jotta tarpeellisten hivenaineiden saanti turvataan kasvavalle lapselle.

Voimakkaasti sokeripitoisia ja happamia ravintoaineita pitäisi välttää, koska tiedetään, että hampaan plakin pH:n happamoituminen alle 5,5:een aiheuttaa noin tunnin toipu-

misjakson. Runsaiden ja tiheiden hiilihydraattien ja sokeripitoisten tuotteiden tiheä nauttiminen edesauttaa kariuksen kehittymisen kannalta suotuisia suun olosuhteita. Syljen määrä ja laatu sekä puskurikapasiteetti yhdessä fluorikonsentraation kanssa vaikuttavat happohyökkäyksen vaikutuksiin joko nopeuttaen palautumista normaaliin pH:n tai sitten hidastaen sitä. Normaalisti happohyökkäyksen kesto on kymmenestä minuutista tuntiin. (Simark-Mattson, Jonsson, Emilson & Roos 2009: 602.) Mitä happokkaammasta ja sokeripitoisemmasta ravintoaineesta on kysymys, sitä pidempään happohyökkäys ajallisesti kestää. Tällaiset ravintoaineet kannattaa tarjoilla aina varsinaisen aterian yhteydessä, ei siis välipalana.

Ravintoneuvonta kariesriskilapsille on varsin haasteellista, ja siksi painotus neuvonnan osalta on lisätä hammasystävällisten tuotteiden käyttöä. Tällaisia tuotteita ovat kaikki ksylitolia sisältävät ravintoaineet. Suurina määrinä ksylitolin haittavaikutuksina on pienillä lapsilla ilmenevä osmoottinen ripuli. Suolisto-oireiden välttämiseksi lapsille suositeltava ksylitolin määrä ei saisi ylittää yli 10 mg. (Alaluusua 2008: 3.) Jos lapselle annetaan makeisia syötäväksi silloin tällöin, on hyvä valita tarjoiltavaksi ksylitolilla makeutettu hammasystävällinen vaihtoehto.

Suun terveyden kannalta vaihteleva ja säännöllinen ravinto yhdessä terveellisten ravintotottumusten kanssa edesauttavat suun terveyden tilaa. On tärkeää, että ruokailujen väliin hampaille jää riittävästi fysiologista palautumisaikaa. Suun terveyden riskejä lisää tiheät ruokailuvälit, jolloin suun pH ei ehdi palautua ideaaliin 7 pH:n, jolloin happohyökkäyksen kannalta hampaan korjaavaa entsyymitoimintaa tapahtuu. Käymiskykyiset hiilihydraatit, kariesta aiheuttavat mikro-organismit sekä hampaan pinnan biofilmi ovat merkittävimpiä kariuksen aiheuttajia. On havaittu, että etenkin varhaislapsuuden karies on erittäin virulentti ja nopeasti etenevä. Hammasplakissa oleva *Streptococcus mutans* metabolisoi tehokkaasti ravinnossa olevia tärkkelyksiä ja sokeireita muodostaen hammasta syövyttäviä happoja. (Gussy, Waters, Walsh & Kilpatrick 2006: 38.)

Erilaisina biologisina ja ravitsemuksellisina muuttujina, jotka toimivat riskitekijöinä vaikuttavat liian varhaisessa vaiheessa tiheästi annettu hiilihydraattipitoinen ravinto, kuten makeat välipalat, juomat. Riskitekijöitä on myös varhainen kolonisaatio, riittämätön maidon kulutus, ravinnon saanti sekä varhaislapsuudessa toistuva öisin tapah-

tuva pulloruokinta ja pitkittynyt rintaruokinta. Luonnollisesti tällaisia tekijöitä ovat myös viivästynyt hampaiden harjauskäytäntö ja fluorin saanti. (Petti 2010: 946 - 947.) Pientä vauvaa olisikin hyvä totutella hammasharjaan jo ennen ensimmäisten maitohampaiden puhkeamista ikenien harjauksella, pehmeän vauvoille tarkoitettua hammasharjan avulla.

Erilaisilla sokereilla, kuten fruktoosilla ja hunajalla on kariksen syntymisen kannalta edesauttava vaikutus. On myös ruoka-aineita, jotka edesauttavat suun terveyttä ja estävät demineralisaatiota. On havaittu, että rasvojen nauttiminen hiilihydraattipitoisten ravinto-aineiden jälkeen auttaa lisäämään suun pH:n määrää. Juustojen nauttiminen aterioiden jälkeen lisää syljeneritystä joka osaltaan edistää suun puhdistumista. Rasvat eivät itsessään vaikuta alentavasti suun pH-arvoihin, tästä syystä rasvojen nauttiminen ennen sokeripitoisia ravinto-aineita voidaan pitää suositeltavana. (Stegeman & Davis 2010: 344 - 345.; Stroda 2006: 137.).

Teen, erityisesti vihreän teen on havaittu sisältävän syljen kannalta anibakteerisia polyfenoleita (EGCG epigallocatechin gallate), joka syljen kanssa sitoo tehokkaasti proteiineja, heikentäen hampaiden kannalta kariksen syntymistä. (Hara, Ohara, Hayashi, Hino, Nishimura, Iwasaki, Ogawa, Ohyama, Sugiyama & Amano 2012: 132.) Välipalojen kaakaon sijaan voisi leikki-ikäiselle lapselle silloin tällöin myös tarjota teetä välipalan yhteydessä.

Kariesta omaavilla yksilöillä on havaittu syljen lipidipitoisuuden olevan matalampi kuin henkilöillä, joilla kariesta esiintyy vähemmän. Ruokavalio vaikuttaa nautitun ravinnon kautta syljen lipidipitoisuuksiin ja määriin. Ravintotottumukset heijastuvat näin myös muodostuvan plakin koostumukseen ja siten myös suusairauksien ilmaantumiseen. (Tenovuo 2008: 1.)

Vahvasti proteiinipitoista ruokaa syödessä välittömästi hiilihydraattipitoisen ravinnon jälkeen suun pH-arvot palautuvat nopeammin normaalille tasolle seitsemän. Tämä johtuu syljeneritystä lisäävistä proteiineista, jotka vähentävät happohyökkäystä. Ravintoaineiden nauttimisjärjestyksellä on siis selkeä suun terveyteen liittyvä vaikutus. Ateriat tulisikin tästä syystä päättää proteiinipitoisiin ravinto-aineisiin, kuten vaikkapa juustoihin tai pähkinöihin. Myös fluoridipitoisilla ruoka-aineilla, kuten teellä ja me-

renelävillä on antibakteerinen ja plakinmuodostusta ehkäisevä vaikutus. (Stroda 2006: 137.) Vanhempien kannattaisikin hyödyntää arjen tilanteissa juustojen myönteistä terveysvaikutusta ja tarjota lapselle aterioiden päätteeksi pieni pala juustoa. Myös terveyskeskusteluissa voitaisiin ottaa esille ateriarytmien yhteydessä ravintoaineiden nauttimisjärjestyksen vaikutus lapsen suun ja hampaiden terveyteen, konkreettisten esimerkkien kautta.

Kalsiumilla ja fosforilla on osoitettu myös olevan karioitumista ehkäisevä vaikutus. Juuston ja maidon sisältämällä laktoosilla on sinällään kariesta edistävä vaikutus, mutta niiden sisältämällä muilla aineosilla, kuten kalsiumilla on kariesta vähentävä vaikutus. Juustoilla, eteenkin rasvaisilla juustoilla on havaittu olevan hammaskiillettä remineralisoiva vaikutus. Niitä syödessä syljen erityis lisäänty ja lisääntyneen syljen määrä suussa auttaa pH:n palautumisessa normaalille tasolle. (Stegeman & Davis 2010: 345.)

Karieksen aiheuttajan eli *Streptococcus mutansin* tartunnan ehkäisemisen kannalta on myös tärkeää, etteivät vanhemmat käytä samoja ruokailuvälineitä lasten kanssa. Ruokailujen jälkeen ksylitoli- tuotteiden nauttiminen on suositeltavaa, koska ksylitoli auttaa remineralisaatiossa sekä lisää syljen eritystä. Olisi myös hyvä välttää runsasta virvoitusjuomien, urheilujuomien ja energiajuomien nauttimista, koska ne aiheuttavat voimakkaan happohyökkäyksen ja lisäävät merkittävästi kariesriskiä. 1 - 6-vuotiaiden lasten ei tulisi juoda säännöllisesti happopitoisia tuoremehuja. Kariesriskiä lisääviä ruoka-aineita tulisi nauttia aterioiden yhteydessä. Pienten lasten välipalat tulisi olla hammasystävällisiä. Tällaisia ravintoaineita ovat mm. luonnonjugurtti, juustot ja pähkinät. (Stegeman & Davis 2010: 345 - 347.)

Sokerin sijaan vaihtoehtoisina makeuttajina suun terveyden kannalta ovat ksylitoli ja keinotekoisista makeutusaineista mannitoli sekä laktitoli. Hammasystävällisin ja luonnonmukaisin makeuttaja on ksylitoli, joka ei metabolisoidu hampaiden pinnalla olevan plakin kanssa. Sen sijaan sillä on kyky vähentää syljessä olevan *Streptococcus mutansin* pitoisuutta. Lasten suun terveyden kannalta ksylitoli- purukumin pureskelu aterioiden jälkeen viiden minuutin ajan, 3 - 5 kertaa päivässä remineralisoi jo syntyneitä hampaan vaurioita sekä ehkäisee karieksen syntymistä. (Stroda 2006: 138.) Leikki-

iässä lapsi voidaan totuttaa aterian päättämiseen ksylitolipurukumia pureksimalla ja korostaa lapselle sen suun terveyden kannalta myönteisiä asioita.

Erityisesti happamien juomien runsas nauttiminen on havaittu keskeiseksi hampaiden eroosion ja kariuksen lisääntymisen syiksi. Kariuksen esiintymisen lisääntyminen on kasvanut merkittävästi 90-luvun jälkeisenä aikana. Samaan aikaan virvoitusjuomien, makeisten ja mehujen myyntien määrät ovat kasvaneet merkittävästi. Mehutuotteiden hampaille aiheuttamat haitat johtuvat mehujen sisältämästä runsaasta sokerista kuten säilyvyyden vuoksi sisältämistä happamuuden säätöaineistakin. Haittoja aiheuttavat käyttötottumusten muutokset, kuten janojuomana veden sijasta nautittu virvoitusjuoma aterioiden välillä. Ruokailujen välissä nautitut virvoitusjuomat tai mehut lisäävät merkittävästi kariesriskiä. Ruokailun yhteydessä suoritettu ravinnon jauhaminen lisää syljen eritystä, sen sijaan kun virvoitusjuoman jälkeen syljen erityis ei juuri lisääntynyt. (Heinonen, Seppä & Hausen 2008: 20 - 25.) Median välillinen vaikutus virvoitusjuomien laajaan käyttöön eri ikäryhmissä on merkittävää. Median vastuuta voitaisiin tarkastella tämän osalta ja tarvittaessa tarkistaa ohjeistusta mainosten kohde-ryhmien osalta.

Ravintoneuvonnassa tulee Lingström & Fjellströmin (2008: 32 - 40) mukaan myös huomioida kuka perheessä ruuan valmistaa sekä neuvontaa saavan perheen kulttuurinen tausta ja liikunnallinen aktiivisuus. Kulttuurisidonnaisuus vaikuttaa kunkin perheen ravinto ohjauksen sisältöön ja siihen miten perhettä voi auttaa ja tukea tulkitsemaan ruokaan liittyviä suosituksia ja neuvoja. Ravitsemusneuvonnassa on tärkeää esittää ohjattavalle seuraavat kysymykset. Milloin, missä, miten, kuinka usein, kuinka ja miksi jotakin ravintoainetta tai tuotetta käytetään. Tällöin saadaan selville mahdolliset haitalliset ravintotottumukset ja voidaan puuttua epäterveisiin tottumuksiin.

Kariuksen mikrobiologinen tausta

Ennen syntymää ihmisen suuontelo on vielä täysin steriili. Lapsen ensimmäinen kolonisaatio tapahtuu synnytyksen yhteydessä äidin synnytyskanavien kautta. Myöhemmin bakteerikanta lisääntyy ympäristön sekä ravinnon välityksellä. Suun kariuksen merkittävimpinä aiheuttajia pidetään laktobasilli- ja streptokokki-ryhmän bakteereja. Myös corynebakteerit, stafylokokit sekä erilaiset anaerobiset bakteerit yhdessä edesauttavat kariuksen esiintymistä. Ensimmäinen *Streptococcus salivarius* on 98 %:lla vauvoista.

Yli 6 - 9 kuukauden ikäisillä lapsilla esiintyy syljen normaalifloorassa jo *Streptococcus mutans* ja *Streptococcus sanguis*. Suun mikrobistokanta lisääntyy monimuotoisemmaksi ja kolonisaatiota esiintyy niin kauan, kun ihmisellä on yksikin hammas jäljellä. (Todar 2012.)

Suun mikrobifloora on lajityypiltään runsas. Suussa tavataan yli tuhat erilaista bakteerilajia, vaikkakin kaikkia ei kerralla havaitakaan. Stabiilein mikrofloora onkin hampaan pinnalla elävä biofilmi. Lapsella havaitut kariesbakteerin genomityypit ja erilaisien suusairauksien patogeeneit ovat tutkimusten mukaan perheenjäsenten genotyyppien mukaisia. Näin ollen suurin riskitekijä kariestartunnan aiheuttajana onkin kasvavan lapsen perheen jäsenet. Tämä tosiasia tulee tuoda vanhempien tietouteen suun terveyden ohjeistuksessa jo ennen lapsen syntymää. (Stegeman & Davis 2010: 344.; Hedman, Heikkinen, Huovinen, Järvinen, Meri & Vaara 2011: 401 - 403.)

Kariestartunnan ennaltaehkäisemisen kannalta on tärkeää, että jo ennen lapsen syntymää lapsen huoltajia informoidaan *Streptococcus mutansin* tartuntatavoista. On tärkeää, että molemmat vanhemmat ymmärtävät suusairauksien tartuntatavat ja keinot miten estää lapsen kariestartunta. Ihmisen suun normaalifloora kolonisoituu jo synnytyksen yhteydessä, jossa synnytyiskanavan laktobasillifloora siirtyy lapseen. (Hedman ym. 2011: 401 - 403.)

Suussa on suuri joukko sekä anaerobisia että aerobisia bakteereita. Yleisimmät suun streptococci - ryhmään kuuluvista bakteereista, kuten *Streptococcus sanguis*, *Streptococcus mutans*, *Streptococcus mitis* ja *Streptococcus salivarius* ovat aerobisia eli happea toimintaansa tarvitsevia bakteereja. Ne saavat ravintonsa ihmisen nauttimasta ravinnosta, muodostaen ravinnon aineosista tahmeaa plakkia muutaman tunnin aikana ravinnon nauttimisesta. Ne kolonialisoituvat niissä suun osissa, joissa happea on bakteerin aineenvaihdunnan kannalta saatavissa. Syljen ja ravinnon muodostama plakki mahdollistaa hampaan ja sen vierikudoksen kannalta vahingollisten organismien kiinnitymisen. Streptokokki-ryhmän tunnetaan laboratorio-olosuhteissa myös Grampositiivisina bakteereina, koska ne värjäytyvät sinisestä purppuraksi väri-indikaattori-liuoksen avulla. (Felton, Chapman & Felton 2009:29.)

Patogeenisimmät eli sairautta aiheuttavimmat bakteerit ovat kuitenkin anaerobisia. Ne eivät tarvitse happea toimintaansa ja sen vuoksi pystyvät elämään puhdistuksen kannalta vaikeissa paikoissa, kuten suun periodontaalisissa taskuissa, josta niiden poistaminen on vaikeaa. Nämä bakteerit eivät näy Gram väritestissä ja niitä kutsutaankin Gramnegatiivisiksi tämän värjäämättömyysominaisuutensa vuoksi. (Felton, Chapman & Felton 2009:29.)

Yleisimmät suun streptococci-ryhmään kuuluvista bakteereista, kuten *Streptococcus sanguis*, *Streptococcus mutans*, *Streptococcus mitis* ja *Streptococcus salivarius* ovat aerobisia eli happea toimintaansa tarvitsevia bakteereja. Ne saavat ravintonsa ihmisen nauttimasta ravinnosta. Ne muodostavat ravinnon aineosista tahmeaa plakkia muutama tunnin aikana ravinnon nauttimisesta. Plakki mahdollistaa erilaisten hampaan ja sen vierikudoksen kannalta vahingollisten organismien kiinnittymisen. Streptococci-ryhmän tunnetaan laboratorio-olosuhteissa myös Gram positiivisina bakteereina, koska ne värjäytyvät sinisestä purppuraksi väriindikaattori liuoksen avulla. (Felton, Chapman & Felton 2009: 29.)

Karieksen diagnostiikka

Sylkitestit

Sylkitesteillä voidaan kartoittaa kariesriskiryhmään kuuluvat lapset. Elimistön tärkein puolustustekijä kariesta vastaan on sylki mikrobiaineenvaihduntoineen sekä niiden mikrobiston kasvua ehkäisevät tekijät. Ruokailun ja ravinnon pureskelun aikana sylkirauhasten erityis aktivoituu. Syljen tehtävänä on huuhtoa hampaiden ja suunlimakalvojen pinnoilta 2 - 4 grammaa mikrobeja ruunasulatuskanavaan päivittäin. Tästä syystä syljen kariesdiagnostiikka perustana on syljen erityisnopeus. Syljen pH- mittauksilla ei sen sijaan ole suurta merkitystä kariesdiagnostiikkaan. Alentuneen sylkirauhasten toiminnan tiedetään lisäävän kariksen syntymistä. Syljen puskurikapasiteetti eli erityisnopeus on saavuttanut maksimitason 14 -16-vuoden iässä. Sylkitestin ihanteellisin tilanne on hyvä syljen erityisnopeuden $> 1,0$ ml/minuutti ja korkean puskurikapasiteetin sekä matalien *Streptococcus mutansin* ja laktobasillien määrä. Tällöin henkilöllä on sylkibarometrien tulkinnan mukaan vähäinen kariesalttius. (Tenovuo 2008: 1 - 5.)

Laktobasillitestien avulla saadaan selville ruokavalioon liittyviä biofilmin mikrobistoa lisääviä tekijöitä. Korkea laktobasillimäärä on aina merkki vääristä ruokailutottumuksista. Tällaisia ovat esimerkiksi fermentoituvia sokereita sisältävä ravinto, joita nautitaan useamman kerran päivässä. Korkea syljen laktobasillimäärä toimii lasten osalta tehokkaana tulevan kariksen ennustajana. Suun happamat olosuhteet lisäävät kariesriskiä. Laktobasillitestin tarkoituksena on motivoida potilasta tehostamaan omaehtoista suun hoitoa sekä muuttamaan haitallisia sokerinkäyttötottumuksia. (Tenovuo 2008: 3.)

Riski-ikästrategia kariesriskinkartoituksessa

Lasten kariotumisen kannalta merkittävimmät riski-ikäet voidaan jakaa kolmeen eri ikäkauteen. Ensimmäinen riski hampaiden infektiolle on 0,5 - 2,5-vuotiaiden iässä. Seuraavaksi kariesriskitaso nousee taka-alueen molarien puhkeamisen yhteydessä, lapsen ollessa kuuden vuoden ikäinen. Kolmannen kerran premolarien ja toisten molarien vaihdunnan aikana noin 11 - 12 vuoden ikäisenä. Varhaislapsuuden kontaktit ja ravinto vaikuttavat suun normaaliflooran kehitykseen. Alle kolmevuotiaan lapsen hyvin kehittynyt normaalifloora pystyy minimoimaan kariespatogeenin tartuntariskin. Parodontopogeenin tartunnan suhteen aina seitsemänvuotiaaksi asti. Tehokkain toimenpide biofilmin heikentämiseksi saadaan pienten lasten suun hoidossa mekaanisesti hampaita harjaamalla ja hammaslankaa käyttämällä. Mekaaninen biofilmin häiritseminen vaikuttaa tehokkaasti myös syvälle hampaaseen tunkeutuneisiin bakteereihin. Bakteeri saavat ravintonsa biofilmin pintakerroksen kautta. (Heinonen 2007: 17, 23.) Säännöllisen hampaiden harjaamisen avulla voidaan rajoittaa biofilmin kasvua sekä häiritä sen haitallista mikrobiologista toimintaa.

Kariesriskianalyysi perustuu yleisen kariesriskin ja kariesaktiivisuuden arvioinnille. Sen pohjaksi kartoitetaan yksilön suu-, yleis- ja ravintotottumukset. Kerättyjen tietojen avulla saadaan selville yksittäiset tekijät, jotka altistavat tai lisäävät kariesriskiä tai aiheuttavat lapsen kariesongelmat. Helsingin yliopiston hammaslääketieteen opetuslinikalla on käytössä Leo Tjäderhanen vuonna 2004 laatima kariesanalyysilomake, jossa potilaan kariesriskiä kartoitetaan kolmivaiheisesti. (Pöyry 2007: 31 - 32.) Kariesanalyysilomakkeen jälkeen kartoitetaan tarkemmin hampaiston kunto ja mahdolliset kariesvauriot. Kerätyn tiedon pohjalta laaditaan kariksen hallintatoimenpiteet se-

kä määritetään tarkastuskertojen tiheyden tarve. Vasta sitten, jos laaditut kariksen hallintatoimenpiteet eivät riitä ja karies on edennyt hampaan denttiiniin asti, otetaan käyttöön korjaavat hoitotoimenpiteet. (Anttonen 2011: 20.) Kariesanalyysilomakkeen tarkoituksena on edistää ennakolta hampaiden eriasteisia preparointitarpeita, jotka nähdään viimeisimpinä lääketieteellisinä toimenpiteinä etenkin pienten lasten osalta.

8 KARIEKSEN ENNALTAEHKÄISEMINEN

Varhaislapsuuden karies on maailmanlaajuisesti yleisin lasten infektiosairaus. Sen esiintyvyys vaihtelee väestötasolla, mutta kariesalttiuden osalta voidaan sanoa vammaisten lasten olevan suurin lapsiriskiryhmä kulttuurista tai etnisyydestä riippumatta. (Kawashita, Kitamura & Saito 2011: 1 - 2.; Gussy, Waters, Walsh, & Kilpatrick 2006: 37.)

Lääketieteellisessä mielessä karies mielletään krooniseksi sairaudeksi, jonka oireet vaihtelevat yksilöstä riippuen. Suurimmalla osalla prosessi vaihtelee jaksottaisesti de- ja remineralisaation välillä. Hampaiden puhdistamiskerroilla on suuri merkitys sille, miten hampaan plakki pääsee lisääntymään hoitamattomassa suussa. Varhaisvaiheen muutokset, kuten liitukaries voidaan pysäyttää, välttämällä sokerin nauttimista, plakkia poistamalla sekä hampaan pintojen säännöllisellä harjauksella. Kariksen patogeenit on laajalti tiedossa ja se on sairautena monen tekijän summa. Hampaanpinnan kariessairaudessa suun normaaliflooran bakteerit tuottavat hampaan pinnalle hiilihydraattien metabolian seurauksena orgaanisia happoja. Uusissa molekyylibiologisissa tutkimuksissa on voitu osoittaa lukuisia bakteereja, joiden merkitys riskitekijänä kariksen syntymekanismiin on huomioitava. Myös perintötekijät ovat kariksen esiintymisen kannalta huomionarvoisia. (Raadal, Espelid & Crossner 2011: 20.)

Kawashita, Kitamura ja Saito (2011: 4) suosittelee jo ennen syntymää, että äiti aloittaa ennaltaehkäisevät toimenpiteet. Odottavan äidin hampaiden hyvä terveydentila raskausaikana sekä lapsen syntymän jälkeen vähentää tehokkaasti imeväisikäisen lapsen tartuntariskiä, äidin syljen *Streptococcus mutansin* pitoisuuden ollessa hoidettujen hampaiden osalta matala. Tuttipullon ja makeiden juomien käyttöä tulisi välttää alusta alkaen, koska makeat juomat lisäävät merkittävästi suussa tapahtuvia happohyökkäyksiä ja hampaan kiilteen demineralisaatiota. Syljen virtaus heikkenee unen aikana, ja

suun happamuustaso nousee, tästä syystä eteenkin öinen tuttipullon käyttö lisää huomattavasti varhaislapsuuden kariuksen riskiä.

Kariuksen ennaltaehkäisemisen kannalta on otettava siis tarkasteltaviksi myös ulkoiset riskitekijät. Merkittävimmät riskitekijät hampaitten reikiintymiselle ovat ravinnon osalta käymiskykyiset hiilihydraatit, epäsäännölliset hampaanhoitotavat, matala sosiaalitaloudellinen status, krooninen sairaus sekä lääkitykset, jotka voivat vähentää syljen eritystä. (Axelsson 2000: 43.) Kaikkiin tekijöihin ei välttämättä voida täysin vaikuttaa. Vanhemmat voivat kuitenkin vaikuttaa omalla esimerkillään niin ravintotottumuksiin, kuin säännöllisiin hampaiden harjaustottumuksiinkin.

Suuhygienian suun terveyden ylläpitäjänä

Hammaskariuksen ennaltaehkäisevyydessä tärkeitä on löytää patologisten ja suojaavien tekijöiden tasapaino. Toinen tärkeä tekijä on vanhempien osallistuminen jo varhaisessa vaiheessa lapsen hyvän suuhygieniatottumusten kehittymiseen. Hyvien kotihoitotottumusten ohella ammatillinen suun terveyden arviointi sekä kunnallisen hoito-ohjelman noudattaminen ajantasaisine fluorinsaanti suosituksineen ovat avainasemassa lapsen suun terveyden edistämisessä. Kariuksen ennaltaehkäisemisessä on toiminnan tasolla tiedostettava kolme tartuntariskiä liittyvää asiaa, jotka ovat perimä, ympäristö ja tartuntaa aiheuttavat syyt. Nämä kaikki kolme tekijää voivat yksinään aiheuttaa kariuksen. (Ravel 2004: 5 - 9.)

Valkoiset läiskät lapsen hampaan kiillepinnalla ennustavat alkavaa kariesprosessia. Valkoiset läiskät kiilteellä ovat kariuksen esiastetta niin sanottua liitukariesta. Ne toimivat kariuksen varhaisessa diagnostiikassa merkittävinä indikaattoreina. (Berg & Slayton 2009: 175.) Kolmasosalla suomalaislapsilla on kuuden vuoden iässä kariuksen vaurioittamia hampaita. Maitohammaskaries tartunnan saaneista lapsista 75 % on aloittanut ennen ensimmäistä ikävuottaan karamellien syönnin. (Heinonen 2007: 23.) Tähän asiaan vanhemmilla on hyvä mahdollisuus vaikuttaa, asettamalla rajoja makeisten syömiselle. Pienten lasten osalta on myös perusteltua jättää makeiset kokonaan pois ja myöhemmin tarvittaessa asettaa jokin tietty päivä jolloin makeisia saa syödä. Lapsi ei luontaisesti kaipaa makeaa, ellei häntä totuteta siihen.

Hampaiden suositusten mukainen harjaaminen

Tämän hetkisen suositusten mukaan hampaat tulisi harjata kahdesti päivässä fluorihammastahnalla. (Suomen Hammaslääkäriliitto 2007.) Harjauksella estetään hammaskiinnittymisen hampaan pintaan ja sen muuttuminen kariesta aiheuttavaksi biofilmiä eli plakiksi. Mekaanisella harjauksella saadaan suussa kasvavien haitallisten bakteerien kasvua hillittyä.

Suussa olevat sokerit ja tärkkelykset yhdessä syljen ravitsevien aineiden kanssa muodostavat läpinäkyvän glykoproteiineja sisältävän filmin hampaiden pinnalle jokaisen ravinnon nauttimisen jälkeen. Tämä filmi tunnetaan syljen pellikkinä, joka on luonteeltaan tahmeaa ja siksi vaikeaa täysin poistaa. Suoritettua hampaiden harjauksesta jo kahden tunnin kuluessa tämä tahmea syljen pellikki kolonisoituu miljoonilla haitallisilla ja hyödyllisillä mikro-organismeilla. Suussa on kaiken aikaa noin 300 erilaista lajia mikro-organismeja. Suuontelossa lukumäärä on huomattavasti suurempi, siellä viihtyy satoja biljoonia mikro-organismeja kaiken aikaa. Terveessä suussa mikrobit tuhoavat tosiaan ja pysyvät tasapainossa. Niiden tasapaino voi kuitenkin häiriintyä erilaisten lääkeaineiden, kuten antibioottien vaikutuksesta. Tällöin haitalliset mikro-organismit voivat ottaa suussa ylivoimaa. Tällöin seurauksena on suun normaaliflooran häiriötila ja sairastuminen. (Felton, Chapman & Felton 2009: 28.)

Harjauksessa käytetty fluorihammastahna heikentää bakteerien toimintakykyä. Pienet lapset tulisi totuttaa hammasharjan käyttöön jo heti ensimmäisen maitohampaan puhjettua tai jopa ennemminkin. Lapsen hampaiden harjaukseen tarkoitettua harjan tulee olla pehmeä ja harjaksiltaan taipuisa. Aluksi vanhempien on syytä auttaa lasta hampaiden harjaamisessa, ja harjaannuttaa harjaukseen tarvittavaa kynäotetta ja oikeaoppista tekniikkaa. (Heikka, Hiiri, Honkala, Keskinen & Sirviö 2009: 60 - 61.) Hammastahnan määrän osalta vanhempien tulee kiinnittää huomiota siihen, että annostus on lapsen tarpeisiin sopivaa. Fluori on suurina määrinä terveydelle haitallinen toksinen aine. Lapsi saattaa niellä hammastahnaa, etenkin jos hammastahna maistuu lapsen mielestä hyvälle.

Mekaanisen harjauksen tarkoituksena on poistaa bakteeriplakki hampaan pinnoilta. Pienten lasten 2-5-vuotiaiden osalta hammasharjalle annostellaan hernekokoinen määrä lasten fluorihammastahnaa (Järvinen 2009: 6, 10). Lapsille sopiva hammasharja

on pieni ja pehmeä, joka ulottuu takahampaiden pinnoille. Harjauksessa harjakset asetetaan 45 asteen kulmaan hampaaseen nähden ja liikutetaan kevyin pyörivin liikkein kiilteen pinnassa aina ienreunaan asti kaksi - kolme hammasta kerrallaan.(Heikka, Hiiri, Honkala, Keskinen & Sirviö 2009: 60 - 61.)Huolellinen hampaiden harjaaminen kestää muutamia minuutteja. Suun huuhtelua tulee välttää harjauksen aikana, jotta fluori pääsisi myös vaikuttamaan hampaiden uurteisiin ja välipintoihin. Vasta harjauksen päättyessä suu huuhdellaan purskutellen huolellisesti. Hammasharja tulee vaihtaa säännöllisesti uuteen, noin kolmen kuukauden välein.(Järvinen 2009: 6.)Hampaita harjatessa tulee lasta opastaa kynäotteen käyttöön, ettei ienkaulaan syntyisi vaurioita liiallisesta voimankäytöstä. Lapsen käsivoimat ajan myötä lisääntyvät ja tämä toimii myös preventiivisenä toimenä myöhempien ienvetäytymien ehkäisemiseen.

Oikean harjaustekniikan omaksuminen suun hoidon ammattilaisilta, toistuvien suun hoitorutiinien kanssa tuottavat parhaimman lopputuloksen. Tekniikan hiomisessa lapsi tarvitsee vanhempiansa apua ja neuvoja aina kouluikään saakka. Vanhempien on hyvä tarkastaa lapsen hampaiden pinta säännöllisesti harjausten jälkeen. Kouluiänkin jälkeen pistetarkastuksia on syytä tehdä silloin tällöin.

Kemialliset aineet suun terveyden edistäjinä

Fluori

Fluoria löytyy luonnostaan ihmisen elimistöstä, maaperästä; vedestä ja kasveista. Yleensä sitä saadaan riittävästi ravinnon mukana, mutta sen riittävä saanti taataan lisäämällä sitä talousvesiin pieniä määriä. (Könönen 2009: 1 - 3.) Fluorin vaikutus on paikallista, joten fluoritablettien hyödyn saamiseksi on hyvä muistuttaa lasta imeskelyn tärkeydestä, niellyn fluoritabletin vaikutus on muutoin olematon. Tämä on yksi syy hampaiden fluorilakkauksen suosioon. Sen on todettu tehokkaaksi paikallisesti vaikuttavaksi tavaksi suojata hampaiden pintoja. (Heikka, Hiiri, Honkala, Keskinen & Sirviö 2009: 90 - 91.)

Fluorin tehon on todettu kohdistuvan suun bakteerien aineenvaihduntaan heikentävästi. Lisäksi se vähentää hiilihydraattipitoisen aterian aiheuttamaa happohyökkäystä vaikuttaen kriittiseen pH-arvoon joka on 5,5 - 5,3 välillä. Fluori vaikuttaa happohyökkäyksen aikana siten, että se laskee yhdellä pH:lla tuota kriittistä pH - arvoa. Happo-

hyökkäyksen aikana hampaan kiilteestä liukenee sylkeen mineraaleja. Fluorin tärkein vaikutusmekanismi kohdentuu happohyökkäyksen heikentämiseen ja remineralisaation aktivoimiseen. Fluori pysäyttää karieksen, sen hyvin varhaisessa subkliinisessä vaiheessa, mutta ei varsinaisesti ehkäise sen mahdollista syntymistä kokonaan. Tästä syystä suositellaankin lapsen aloittavan fluorihammastahnalla harjaamisen heti ensimmäisten hampaiden puhjettua. Fluorin vaikutus on juuri lapsilla tehokkainta, koska hampaan kiilteen kehittyminen on vielä kesken. (Heinonen 2007: 50 - 52.)

Riskitekijänä fluorilakkauksen osalta pitää huomioida, että se voi aiheuttaa joillakin ihmisillä pysyvissä hampaissa kiillefluoroosia. Fluoroosi voidaan välttää, huomioimalla, että fluorilakkauksen saaneella on juomavedessään alhainen fluoripitoisuus, enintään 0,03 mg/l. Pienten lasten 1 - 7 - vuotiaitten osalta fluorihammastahnalla tulisi olla 0,025 g harjauskertaa kohden, enintään kahdesti päivässä. (Kawashita, Kitamura & Saito 2011: 5.) Markkinoilla on lapsille erityisesti suunniteltuja matalafluoripitoisia hammastahnoja, joita pienten lasten osalta on suositeltavaa käyttää.

Buzalafin (2011: 4) mukaan erityisesti kehittyvien lasten osalta on syytä huomioitava fluoroosin riskit, jota liiallinen fluorin saanti voi aiheuttaa. Etenkin uusimman tutkimusaineiston valossa alle kolmevuotiaiden lasten fluoridien saantia tulisi entisestään vähentää. Riskit fluoroosin kannalta pysyvien yläleuan etuhampaiden osalta tällöin vähentyisivät. Hampaiden fluoroosiin liittyvät riskitekijät ovat yhdessä runsaasti fluoroitu juomavesi, äidinmaidon vastikkeet 4 - 6 kuukauden iässä, fluorihammastahnat sekä erilaiset fluorilisävalmisteet. Neuvolan tehtävänä onkin informoida pienten lasten vanhempia juomaveden ja yhtäaikaisten fluorituotteiden käytöstä, jotta fluoroosiin sairastumisen riskiä voitaisiin ennalta minimoida.

Fluorilakkaukset nähdään hyvänä hoitomenetelmänä varhaisvaiheen fissuurapintojen, kiilteen ja uloimman dentiinikarieksen hoidossa kustannustehokkuutensa vuoksi, paremmin kuin täysin terveiden hampaiden ennaltaehkäisevässä hoidossa. Lakkauksen avulla ennaltaehkäistään molarialueen hampaiden purupinnan uurteen karioituminen. Tämä on niin sanottua konservatiivista hoitoa, jonka tarkoituksena on estää tai pysäyttää tai kääntää alkanut karioitumisprosessi. (Raadal, Espelid & Crossner 2011: 24, 26.) Yhdessä säännöllisen hampaiden harjauksen kanssa fluorilakkaus toimii tehokkaana fissuurakarieksen ehkäisyssä.

Ksylitoli eli koivusokeri

Ksylitoli katkaisee happohyökkäyksen ja vaikuttaa suun biofilmissä olevien kariesta aiheuttavien bakteerien biokemiallisiin reaktioihin. Ksylitoli vähentää bakteerien entsyymitoimintaa sekä estää tehokkaasti kariesta aiheuttavien bakteerien hapontuottoa sekä biofilmin muodostumista. Tästä syystä ksylitolia tulisi nauttia mahdollisimman nopeasti syntyneen happohyökkäyksen jälkeen. Happohyökkäyksen vaikutusten vähentämiseksi ksylitoli-purukumin nauttiminen tulisi ajoittaa happohyökkäysten ensimmäiseen minuuttiin, jotta suurin hyöty sen terveydellisistä vaikutuksista saataisiin. Suun pH on alhaisimmillaan viiden minuutin päästä happohyökkäyksen alkamisesta. Ksylitolipurukumin sisältämä ksylitolin liukeneminen kestää saman ajan. Riittävä jauhamisaika on purukumin terveystuotteen kannalta viisi minuuttia. Nautitun tuotteen ksylitolipitoisuus tulee olla kuitenkin riittävä, vähintään 50 %. (Heinonen 2007: 54.)

Pienten lasten hampaiden puhjettua voidaan ennaltaehkäistä kariesta annostelemalla lapsen suuhun pieniä määriä ksylitoliliuosta tai ksylitolisiirappia. Puhkeavien hampaiden pinnoille ja suun limakalvoille voidaan ennaltaehkäisevästi sivellä ohut pinta ksylitoliliuosta kolmesti päivässä. Kahden vuoden iän jälkeen lapselle voidaan antaa myös helposti imeytyvä tabletti imeskeltäväksi tai pieni täysiksylitolipurukumityyny pureskeltäväksi. Tutkimusten mukaan ksylitolituotteiden nauttimisella on myös korvataulehduksia ehkäisevä vaikutus, tällöin myös turhilta antibioottikuureilta vältytään varhaisessa iässä. Pienten lasten osalta on tietenkin huomioitava, ettei suussa imeskeltävien tai pureskeltävien tuotteiden halkaisija olisi isompi kuin 10 mm. Näin vältytään tukehtumisvaaralta. (Mäkinen 2001: 62 - 63.)

9 PERHEEN OSALLISUUS LAPSEN SUUN TERVEYDEN EDISTÄMISESSÄ

Yksilön suunterveysongelmien ratkaisujen kannalta on tarkasteltava henkilön taustaa ja vallitsevia elinolosuhteita, pikemminkin kuin pelkästään hoidettavan leesion ympäristöä. Suunterveyttä tulisikin lähestyä sekä yksilötason tavoitteiden että yhteisön näkökulmasta. (Poulsen & Husen 2008: 20.) Käyttäytymisvalinnat edellyttävät kuitenkin tiedostettujen ja tiedostamattomien ympäristö- ja käyttäytymistekijöiden huomioimista. Tällaisia tekijöitä ovat yksittäisten ihmisen voimavarojen huomioiminen, yhteisös-

sä vallitsevien uskomusten, arvojen ja käyttäytymisnormien vaikutukset yksilön terveyskäyttäytymiseen. (Laaksonen & Silventoinen 2011: 126.)

Sirviön mukaan (2006: 65 - 70) lasten terveyden edistämisen kannalta ydinteemoiksi tulee huomioida vanhempien asenteita ja aitoa kiinnostusta sekä aikuisen roolista käsin toimimista. Sirviö jakaa vanhempien osallisuuden nelitasoiseksi. Nämä tasot ovat vastuunottoon, toimintaan sitoutumiseen, mukana olemiseen ja osatoimijuuteen jakautuneita. Tässä opinnäytetyössä tarkastellaan lähinnä vanhempien vastuunottoa ja turvallisen ympäristön luomista lapsen terveyden edistämisen kannalta keskeisenä tekijänä. Sirviön (2006: 70) mukaan vastuullinen vanhemmuus sisältää omista tarpeista tinkimistä ja lasten tarpeiden sekä turvallisuuden tunteen etusijalle asettamista.

Vanhempien tulee kaikessa lapsen terveyteen liittyvissä ravinto- ja hygienia-asioissa pyrkiä noudattamaan ammattilaisilta saamia ohjeistuksia. On myös tärkeää, että vanhemmat ylläpitävät hyviä suun terveyden käytäntöjä ja rutiineja, kuten hampaiden säännöllistä harjausta sekä säännöllisiä ruokailurytmejä myös loma-aikoina. Tämä on tärkeää, koska lapsi omaksuu ja sisäistää rutiinit hitaasti. Lapsen näkökulmasta rutiinit tuottavat lisäksi turvallisuuden tunnetta ja vanhempien toiminnan osalta loogista jatkumoa ja ennakoitavuutta.

Opinnäytetyössäni osallisuudella tarkoitetaan perheen ja ammattihenkilöiden välistä vuorovaikutuksellisuutta lapsen suun terveyden edistämisen osalta. Osallisuuden kautta vanhempien perinteinen passiivisessa roolissa oleminen vähenee ja osatoimijuuden kautta vanhemmat saadaan aktiivisiksi lastaan koskevilla asiakastilanteilla. Aktivointuminen edistää vanhempia tiedollisella tasolla tarkastelemaan terveyteen liittyviä tapojaan. Tällöin vanhempien on myös mahdollista hyödyntää ja tiedostaa olemassa olevat omat voimavarat. Sitoutumisen kautta on helpompaa toteuttaa elämäntapoihin liittyviä muutoksia. Terveyden edistämisen kannalta perheen omat käsitykset vanhemmuudesta ja perheen terveydestä edistävät toiminnan vaikuttavuutta. Terveystotumukset perustuvat opittuihin arvoihin, ja uusien arvojen sisäistäminen ja hyväksyminen vaatii aikaa. Neuvonta toiminnan osalta tulee painottaa asiakkaan valinnan oikeutta tiedon osalta, mutta toisaalta myös subjektiivista vastuuta tehdyistä päätöksistä. (Pietilä 2010: 132 - 137.)

Asiantuntijoilta edellytetään dialogisessa neuvontatilanteessa herkkyyttä lähestyä perhettä käsitteleviä teemoja yksilöllisesti ja heidän perheensä olosuhteet huomioiden. Toisaalta kykyä luoda luotettava ilmapiiri, jossa vanhemmat pystyvät kertomaan omista näkemyksistään kokien olevansa tasa-arvoisessa tilanteessa, jossa he kykenevät asettamaan itselleen realistisia tarpeittensa mukaisia tavoitteita. Tavoitteiden saavuttamisen osalta on tärkeää, että perhe kokee asetetut tavoitteet omikseen päätöksenprosessiin osallistumisen kautta. Tavoitteiden toteutumisen osalta tulee niitä myös säännöllisesti seurata, muutosprosesseille on ominaista niiden syklistyys. Asiat eivät tapahdu hetkessä, vaan myös toiminnan osalta tarvitaan korjaavaa toimintaa ja uutta ohjeistusta. On hyväksyttävä se, että lipsumista vanhoihin tapoihin tapahtuu, alkuinnostuksen jälkeen.

Vanhempien omat tottumukset ja rutiinit vaikuttavat siihen, miten tärkeänä he suun terveyden ylläpitämistä pitävät. Myös vanhempien henkilökohtaiset uskomukset ja tiedot heijastuvat perheiden suun terveyden edistämiseen liittyviin käytäntöihin. Myös vanhempien kyvyllä soveltaa hampaiden hoitoon liittyvää teoreettista tietoa lasten suun terveyden hoidossa on havaittu olevan suun terveyden statukseen merkittävä vaikutus. (Isong, Luff, Perrin, Winickoff & Ng 2012: 77 - 88.) Terveyskeskusteluissa korostuu neuvonnan osalta dialogisen viestinnän selkeys ja perheen näkökulmasta käsitellyn asian ymmärrettävyys käytännössä. Vanhempien osalta vaaditaan rohkeutta ja sinnikkyyttä luopua omista vääristä uskomuksistaan ja tiedoistaan sekä avoimuutta vastaanottaa uutta tietoa ja välittää sitä lapselleen oman toiminnan kautta.

Pienten lasten suun terveyden hyvinvoinnin edistämisessä on otettava huomioon se, etteivät he osaa säädellä käytöstään samalla tavalla kuin aikuiset. Yhdysvalloissa pidetty ”Lapsi ja suunterveys USA:ssa” kongressissa todettiin, että karies esiintyy noin 18 %:lla 2 - 4 -vuotiaista. Se on näin ollen yleisin lasten sairaus. Pienillä alle 72 kuukautta vanhoilla esiintyy inkisiivien kariesta, labiaalista kariesta, nopeasti etenevää kariesta, tuttipullokariesta ja tuttipullon juomisesta aiheutuvaa hampaiden rappeutumista. Lapsilla, joilla on esiintynyt varhaisiän kariesta, on suurempi riski myöhemmin saada kariesta pysyviin hampaisiin. Karies on myös suurin syy ensiapu- ja sairaalakäynteihin. Aikuisten ja vielä kehittymässä olevan lapsen käsitykset ja oletukset ympäristöstä ja eteenkin terveydestä eroavat suuresti toisistaan. Vanhempien tuleekin ottaa huomioon vastuu lapsen kehitystasosta terveyteen liittyvissä asioissa. Vanhem-

pien kokema hammaslääkäripelko usein vaikuttaa lapsen asenteisiin suunhoitoa ja hammaslääkärikäyntejä kohtaan. (Ingelhardt & Bagramian 2002: 79, 82, 84.)

Jos vanhempien kokemukset hammashoidosta ovat olleet kielteisiä tai voimakkaasti pelkoa aiheuttavia, on vanhemman syytä selvittää ja tiedostaa tämä asia lapsen kanssa toimiessaan. Kypsään vanhemmuuteen kuuluu pidättäytyä negatiiviseen sävyyn aiheesta keskustelusta, ettei sama asenne muodostuisi myös oman lapsen kokemusmaailmaksi. Kielteisellä asenteella on paljon haitallisia seurauksia ja se voi vaikeuttaa myöhemmin hammaslääkärille ajoissa hakeutumista. Hammaslääkäristä ja suun hoidosta kannattaa puhua lapsen kanssa hänen ikätasonsa mukaisesti, korostaen suun terveyden tärkeyttä leikin ja sadun avulla. Päivittäisestä hampaiden hoidon rituaaleista tulisikin muodostua lapsen ja vanhempien myönteishenkinen yhteinen rutiini.

Suun terveyden on havaittu myös vaikuttavan myöhempään koulunkäyntiin ja lasten sosiaalisiin toimintoihin. Suun toimintaan liittyvät tekijät vaikuttavat kipuna ja epä-mukavuuden tunteena ruokaa syödessä. Sillä on myös vaikutusta lapsen unen laatuun ja sosiaalisessa mielessä se vaikuttaa itsetuntoa heikentävästi. Vakavimmillaan heikko suun terveydentila voi vaikuttaa koko yleisterveyttä heikentävästi. Vanhempien on tärkeää rohkaista lasta kertomaan suussa olevista kivun tuntemuksista, jotta hänelle voitaisiin saada apu mahdollisimman nopeasti. (Ingelhardt & Bagramian 2002: 85-87.) Lapsilla on usein melko korkea kivunsietokyky. Pienen lapsen voi olla vaikeaa edes ymmärtää kivun lähdettä ja edes tarkasti paikantaa hampaisiin liittyvää kipua. Hammassärylle on ominaista kivun heijastuminen laajalle kasvojen alueelle. Pieni lapsi ei myöskään tuo välttämättä aktiivisesti huonoa oloaan esille, vaan se voi ilmetä epäsuorasti kiukun puuskina. Väärintulkinnan voikin välttää varaamalla aikaa lapsen kanssa vuorovaikuttamiseen, kuuntelemalla lapsen ajatuksia ja tuntemuksia ylipää-tään.

Vuoden 2011 alusta on suomalaisten lasten terveystietoon tullut suun terveyden erillinen sivu. Sivun tarkoituksena on edistää terveydenhuollon ammattilaisten yhteistyötä suun terveyteen liittyen. Sivulla on omat kohtansa harjaustottumuksille, hampaiden lukumäärälle ja puhkeamisajankohdille, fluorihammastahnan käytölle sekä imemistot-tumuksille kuten imetykselle sekä tutin ja tuttipullon käytölle. (Hautamäki 2010: 20.)

Lasten kunnallisia suun kliinisiä yksilöllisiä hoitotarpeita huomioivia terveystarkastuksia on tarjolla kaikille ikäryhmille. Sosiaali- ja terveysministeriö on määrittänyt lisäksi terveyden edistämisen laatusuosituksissaan erilliset toimenpiteet, joita kuntien tulisi toteuttaa suun terveyden edistämiseksi. (Anttonen & Yli-Urpo 2010: 20 - 21.) Terveyskortin käytön hyötynä on lapsen suun terveyden seuraaminen pitkällä aikajanaalla. Tapahtuneet suunterveyden muutokset voidaan havaita tarkastusten välillä ja tarvittavat interventiot pystytään tekemään nopeammin sekä seuranta, tarkastuskertoja ja ohjausta on tällöin mahdollista tehostaa, vaikka asiantuntija tarkastusten välillä vaihtuisi. Terveyskortti mahdollistaa myös vanhempien mahdollisuuden tarkistaa ja seurata annettuja ohjeita lapsen suun terveyden hoidosta.

Kuntatason suun terveydenhuollon osalta on tärkeää, että kuntatason valistus tavoittaa kaikki lapsiperheet, jotta keinot suun terveyden edistämiseksi on kaikkien perheiden tiedossa jo hyvissä ajoin ennen lapsen syntymää. Näin vanhemmilla on myös tiedossa oma vastuu lapsensa suun terveyden ylläpitämisen osalta hampaiden harjauskertojen ja napostelutottumusten haitallisuuden osalta. (Anttonen & Yli-Urpo 2011: 21.) Vanhempien vastuullisuutta tulisi korostaa erityisesti lapsen suun terveyden vaikutuksilla kokonaisterveyteen. Lapsen terveydestä huolehtiminen on yksi osa vanhemmuutta ja kasvatustoimintaa, joka heijastuu lapsen kokonaishyvintöihin.

9.1 Perheen vanhempien osallisuus ohjaustilanteessa

Lapsen suun terveyden edistämistyön osalta perheen rooli on keskeistä. Suomessa julkisen hallinnon osalta terveysneuvontaa suunterveyden osalta on tehty jo yli kolmekymmenen vuoden ajan. Ammatillisessa yhteistyössä vanhempien kuunteleminen vahvistaa heidän pystyvyyden kokemusta ja sitä kautta uuden tiedon, neuvojen ja ohjeiden vastaanottamista. Kariuksen ennaltaehkäisevässä neuvontatyössä tavoitteena ovat suunhoitotottumuksiin liittyvät varhaiset oikeaoppiset tavat, rutiinien kehittyminen, perheen asenteiden tasolla hoitomyönteisyyden kehittymisen tukeminen sekä hammashoitopalveluiden asiakkuuden hyödyntäminen. Julkisen terveydenhuollon osalta päiväkoteihin toteutetaan jalkautettua terveystarkastustoimintaa. Terveystarkastuksen tavoitteena on oikean tiedon lisääminen, asenteisiin varhaisesti vaikuttaminen, terveyttä edistävän käyttäytymisen vahvistaminen sekä virheellisten käsitysten oikaiseminen. Myös kunnallisten tason päätöksenteossa ja strategioissa korostetaan jaettavaa

päätöksentekoa sekä perheen osallisuuden ja vaikuttamisen mahdollisuuksia, niin suunnittelu-, toteutus- ja arviointivaiheen osalta. (Mattila, Ojanlatva, Rähä & Rautava 2005: 492 - 496.)

Tietoisuuden tasoa lisäämällä vaikutetaan perheiden terveystietoisuutta liittyvään päätöksentekoon. Luottamusta lisäämällä saadaan vanhempien omat kielteiset hammaslääkärikokemukset laimentumaan ja vuorovaikutteinen keskustelu syntymään. Vanhempien omat asenteet heijastuvat lapsiin ja on tärkeää luoda myönteinen ja luottamuksellinen ilmapiiri mallioppimisenkin näkökulmasta. Kodin tavat ja tottumukset ovat lasten terveystottumusten oppimisen perustaa. Lapsiperheiden terveystietoisuuden osalta perheen arjen ja terveyttä edistävien rutiinien tukeminen on korostunutta. (Mattila, Ojanlatva, Rähä & Rautava 2005: 492 - 496.)

Sheihamin & Böneckerin (2006: 94 - 99) mukaan lapsen suun terveyden edistämisen kannalta saatu informaatio, kuten hampaiden puhdistamista, fluorin merkityksestä ja ravinnon vaikutuksista, etenkin makeitten tuotteiden osalta on merkityksellinen kehittyvälle lapselle muodostuvien asenteiden ja käytänteiden osalta. He korostavat myös vanhempien vastuuta ja osallisuutta rutiinien toteuttamisen yhteydessä. Yhdysvalloissa lasten hampaiden pesun osalta suositellaankin vanhempien seuraavan ja auttavan lastaan hampaiden harjauksessa seitsemään ikävuoteen asti. Perusteluina vanhempien aktiiviselle roolille nähdään lapsen vielä keskeneräinen sosialisointiprosessi. Sosialisointiprosessin kehittymisen osalta arvoja ja tietoa, rutiineja sekä muovautuvia asenteita opitaan ja omaksutaan. Lapset omaksuvat tapoja identifioitumalla vanhempiinsa. Lapsuudessa opitut tavat, kuten hampaiden harjaustottumukset kulkevat ihmisen mukana läpi koko elämän. Vanhempien rooli on siis hyvin korostunutta lapsen sisäisen terveysmallin muodostumisessa.

Terveystietoisuutta tulee antaa sekä yksilöllisesti että eri-ikäryhmille. Pienten lasten osalta suun terveystarkastukset tulee tehdä hammashoitajan, suuhygienistin tai hammaslääkärin toimesta 1 - 2 - vuotiaille ja 2 - 4 - vuotiaille sekä 5 - 6 - vuotiaille. Lisäksi lastaan odottavalle perheelle tulisi tarjota suunterveyteen liittyvä arviointi. Suun terveyden arvioinnilla voidaan vaikuttaa syntymättömän lapsen tulevaan kariesriskiin, vähentämällä äidin suun Streptococcus mutansin määrää hoitamalla kariotuneet hampaat. (Anttonen & Yli-Urpo 2010: 20 - 24.)

Terveyspalveluista on säädetty terveydenhuoltolaissa (1326/2010), ja tarkemmin sen rakenteisiin kohdistettuja säännöstöjä on kansanterveyslaissa (66/1972). Potilaan asemasta ja oikeuksista on laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) sekä hoitohenkilökunnan koulutuksiin liittyvien asioiden osalta laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994). Lakien noudattamista valvovat erillisesti asetetut Sosiaali- ja terveysministeriön hallinnoimat virastot, kuten Valvira ja aluehallintovirastot.

9.2 Dialoginen terveystalku lapsen suun terveyden edistämässä

Dialoginen terveystalku perustuu vuorovaikutukselliseen ja reflektivaan työotteeseen. Sen onnistumien edellyttää ammattihenkilöltä sensitiivisyyttä ja haastattelu- taitojen jatkuvaa kehittämistä. Onnistuneen terveyttä edistävän dialogin edellytyksenä on ammatillisessa mielessä aito kiinnostus yksilön ja perheen tilannetta kohtaan sekä kyky ymmärtää ihmisten tilanteita kontekstissaan. Tavoitteena on ymmärtää perheen tilannetta heidän kokemusmaailmaansa peilaten. Dialogisessa keskustelussa pyritään rohkaisemaan oman näkökulman esille tuomiseen, luomalla turvallinen ja luottamusta herättävä tunnelma. Vuorovaikutuksellisen keskustelun tavoitteena on asiakkaan terveyden edistäminen. Keskustelu on aina kontekstisidonnaista. Terveyteen liittyvä keskustelu tähtää aina asiakkaan kannalta terveyttä edistävän toiminnan muutokseen. (Pietilä, Hakulinen, Hirvonen, Koponen, Salminen & Sirola 2002: 237 - 238.; Seikkula & Arnkil 2009: 56.)

Kettunen (2001: 32, 33) määrittelee vuorovaikutuksen yhteistyöksi, jossa keskustelijat dialogisesti täydentävät toisiaan. Tämä näkyy keskustelun rakenteessa siten, että puheen sisällöllinen aines koostuu keskustelijoiden yhteisestä puheesta. Toisaalta terveystalku keskustelussa asiantuntijalla on keskustelun suhteen aloitteentekijän vastuu. Mezirowin (1996: 17) mukaan dialogisella puheella pyritään reflektioon, jolloin ihminen kokemuksistaan puhuessaan jäsentää kokemuksensa uudella tavalla. Tietoisuuden ja ymmärtämisen kautta on mahdollisuus oikaista virheellisiä uskomuksia ja aiemmin tehtyjä väriä johtopäätöksiä. Tällöin tapahtuu merkityksen uudelleen tulkitusta, joka ohjaa myöhempää toimintaa oikeaan suuntaan. Kettusen mukaan (2001, 34 - 35) hyvä keskustelu on vapautunutta ja epämuodollista ja sisällöllisesti asiakkaan kokemuksia kunnioittavaa. Keskustelu sisältää paljon taukoja ja puheen tempo pidetään

rauhallisena. Tilojen tulee olla myös keskusteluja tukevia, ympäristöltään häiriöttömiä.

Terveyskeskustelu edellyttää dialogiaan osallistuvalla asiantuntijalla kykyä tarkastella käsiteltävää aihetta eri näkökulmista ja neuvottelutaitoa sekä kärsivällisyyttä ottaa tarvittaessa yhä uudelleen ja uudelleen tärkeäksi koettu tema vuorovaikutukselliseen keskusteluun. Onnistunut keskustelu on sellainen, jossa asiakas kohdataan kunnioittavasti ja häntä kohdellaan tasa-arvoisena keskustelukumppanina. Keskustelun tarkoituksena on ohjata asiakas pohtimaan ja jäsentämään omaa tilannettaan, elintapojaan ja tottumuksiaan. Onnistuneen keskustelun edellytyksenä on asiakkaan taustan ja arvo maailman huomioiminen keskustelun kulussa. Arviointi kuuluu keskeisesti terveyskeskustelun prosessiin. Arviointi ulotetaan koko vuorovaikutuksellisen keskustelun prosessiin, niin taidolliseen kuin tiedolliseen kompetenssiin kuin asenteisiin ja motivaatioonkin. Myös yhteistyötä ja asiakkaan itsearviointitaitoja tarkastellaan kriittisesti arvioinnin aikana. (Pietilä, Hakulinen, Hirvonen, Koponen, Salminen & Sirola 2002: 238 - 239.)

Dialogilla tarkoitetaan tässä työssä vuorovaikutuksellista ja molemmansuuntaista reflektiivistä toimintaa, jonka tarkoituksena on ottaa esille turvallisesti ja luottamuksellisesti asiakkaan terveyteen liittyviä aiheita käsiteltäväksi. Pyrkimyksenä on asiakkaan ongelmaratkaisutaitojen ja terveyteen liittyvien asioiden tietoisuuteen tuleminen sekä elämäntapamuutos haitallisten tottumusten osalta.

Hoitohenkilökunnalta vaaditaan erityistä sensitiivisyyttä, potilaslähtöistä asennetta ja erityistapauksiin varautumista. Lääkärikunnan, sekä lääkäreiden, että hammaslääkäreiden tulisi toimia yhteistyössä vanhempien kanssa. Huomion kiinnittäminen suun-terveyden välilliseen vaikutukseen hyvän elämänlaadun osalta voisi toimia muutosvoimana lasten terveyden edistämiseen.(Ingelhardt & Bagramian 2002: 85 - 87.)

Vuorovaikutusprosessissa heikkojen signaalien kuunteleminen, tasa-arvoinen dialogia, eteenpäin katsominen ja arvostelusta luopuminen sekä erilaisten näkemysten kuunteleminen voivat toimia voimavaroina muutoksen ja uuden oppimisen kehittämisen osalta. Ammatillisen vuorovaikutuksen tavoitteena on osaamisen kehittäminen. Yhteistyön osalta on tärkeää innostaa ja edistää tuloksellisia vuorovaikutusprosesseja,

jotta asetettujen tavoitteiden päämäärä mahdollistuisi. Yhteistyön sujumisen osalta asenteet ja tahto toiminnan muutokseen ovat keskeisiä ammatillisen yhteistyön onnistumisen kannalta. (Isoherranen, Rekola & Nurminen 2007: 182.) Tämä vaatii ammatti-ihmiseltä omien asenteiden ja motiivien tiedostamista ja jatkuvaa kriittistä arviointia suhteessa asiakkaan näkemyksiin. Toisaalta dialoginen keskustelu vaatii onnistuakseen myös perheen toiminnan osalta refleksiivisyyttä ja sitoutumista yhdessä asetettuihin tavoitteisiin sekä tavoitteiden osalta ymmärrystä, miksi jokin muutos on lapsen kannalta hyödyllistä.

10 AINEISTO JA TUTKIMUSMENETELMÄT

Tutkimuksen kohderyhmä muodostuu kirkkonummelaisista vanhemmista, joiden lapset käyvät kunnallista päiväkotia. Tutkimusaineisto on määrällinen ja se kerätään kysymyslomakkeella kolmessa Kirkkonummen kunnallisissa päiväkodissa, niiden viidessä eri toimipisteessä huhti – toukokuun 2012 aikana. Tutkimuskysymykset on laadittu suomen ja ruotsin kielellä päiväkodin opetuskielen mukaan. Tutkimuslomakkeen kysymykset on kohdennettu päiväkotia käyvien lasten vanhemmille.

Kysymyksiä kyselylomakkeessa on 38 kappaletta. Strukturoitu kyselylomake sisältää neljä eri teemaista osiota (liite 1). Kysymykset on ryhmitelty teemoittain perheen perustietoihin, ravintotottumuksiin, perheen suun hoitotottumuksiin, lapsen suun terveyden palveluun ja laatuun. Kysymykset sisältävät 35 valmiiksi strukturoitua Likertasteikollista kysymystä sekä kolme avointa kysymystä. Kysymyslomakkeissa ei ole kysymyksiä vastaajan etnisestä taustasta, sosioekonomisesta asemasta ja taustasta tai vanhempien ja lasten tarkemmasta terveyden tilasta. Jätin tietoisesti nämä kysymykset laatimatta, koska koin ne liian henkilökohtaisina.

Tutkimus on harkinnanvarainen otantatutkimus, jonka avulla on helppoa ja edullista saada suhteellisen tarkka kuva perusjoukosta, joka tässä tutkimuksessa oli kirkkonummelaiset päiväkotilapset. Lomaketutkimuksen satunnaisotannalla pyrin ratkaisemaan tutkimuksen kannalta yleistettävyysongelma valitsemalla tutkimusjoukoksi satunnaisotantajoukon. (Alasuutari 1994: 27.)

Valitsin otantajoukkooni sekä suomen että ruotsinkielisiä päiväkoteja, koska Kirkkonummen erityispiirteenä on kaksikielisyys. Näin saan tutkimuksellista luotettavuutta myös kulttuuristen erojen osalta siten, että otantajoukko kuvaa kirkkonummelaisia päiväkotilapsia keskiarvallisesti, kielitaustasta riippumatta. Tämän vuoksi tutkimuksessa ei eritellä suomen ja ruotsin kielisten vastaajien määrää.

Tutkimuksella haetaan vastauksia kirkkonummelaisten vanhempien näkemyksiin lastensa suun terveyteen liittyvistä tekijöistä. Kysymyslomakkeen kysymykset laaditaan sosiokonstruktivismiin ja osallisuuden teorian pohjalta. Harkinnanvarainen tutkimus ei tuota kovin tarkkaa tutkimuksellista tietoa perusjoukosta, mutta on melko hyvä tapa kartoittaa alustavasti viitteellisiä tuloksia. Luotettavuutta tutkimustuloksien osalta saadaan valitsemalla tarpeeksi edustavaotos. (Holopainen, Tenhunen & Vuorinen 2004: 19.)

Tutkimuksessani pyrin ymmärtämään ja tulkitsemaan perheen terveyden edistämiseen ja osallistumiseen liittyviä tekijöitä. Esitän oman tulkintani saadusta kyselyaineistosta, jossa pyrin tarkastelemaan perheiden ja lasten suun terveyden hoitoon liittyviä tapoja ja tottumuksia sekä kariesprofylaksian kannalta merkityksellisten asioiden esille tuomista ja esittämään interventioihin liittyviä kehittämisen tarpeita. Terveyden edistämisen osalta aineistosta voi ilmentyä myös tiedostamattomia yhteisöllisiä arvoja.

11 TUTKIMUSMENETELMÄ

11.1 Määrällinen tutkimusmenetelmä

Tutkimukseni on määrällinen tutkimus, jossa tietoa tarkastellaan numeerisessa muodossa. Tutkija tulkitsee sanalliseen muotoon tutkimustulosten kannalta olennaisen numeerisen tiedon. Määrällisyys ymmärretään menetelmänä, jonka avulla annetaan yleinen kuva mitattavien muuttujien ominaisuuksien välisistä eroista ja suhteista. Tässä tutkimuksessa pyritään kartoittamaan ja selvittämään lasten suun terveyteen liittyviä asioita. (Vilkkä 2007: 13 - 14.) Määrällisen aineisto analysoidaan SPSS:llä ja kuvataan taulukoiden ja prosenttien sekä frekvenssien avulla. Korrelaatioilla on laskettu tilastolliset merkitsevyydet.

Kyselylomakkeen validiteetillä tarkoitetaan tässä tutkimuksessa mittariston sisältökategorioita. Sen avulla varmistetaan, että tutkimus mittaa juuri sitä asiaa, jota on tarkoitettu, eli tutkimuksen pätevyyttä. Validiteettiin liittyvät ongelmat ovat riippuvaisia tutkittavasta aiheesta tai ilmiöstä. Jotkut asiat on selkeämmin mitattavissa kuin toiset. Validiteetti on aina sidottu reliabiliteettiin, mutta ei välttämättä tosinpäin.

TAULUKKO 28. Mittariston sisältökategoriat

Tutkimusongelmat	Teoria /käsitteet	Sivunumero	Kysymysnumero
Miten vanhempien osallisuus näkyy lasten arjen suunhoidossa ?	Karies, Dialoginen terveyskeskustelu	31 - 33, 46 - 48.	3.3, 3.8, 3.9, 4.6.
Millaiset suun terveyteen liittyvät ruokailutottumukset ja tutinkäyttö lapsilla on ?	Osallisuus, Ruokailutottumukset, Tutinkäyttö	19 - 21, 23 - 31, 40 - 46.	2.1, 2.2, 2.3,2., 2,4, 2.6, 2.7, 3.1, 3.6, 4.3.
Millaiset hampaiden hoidon tottumukset lapsilla on ?	Karieksen ennaltaehkäisy, Vanhempien ja lasten suun itsehoito, Hampaiden harjauskerrat	35 - 38.	1.5, 3.2 4.6.
Millaiset preventiiviset hoitotoimenpiteet on lasten suunhoidon osalta tehty ?	Lainsäädäntö, Ohjaus, Kariesdiagnostiikka, Rajojen asettaminen, Ksylitolipurukumi, Ksylitolipastillit, Fluori	12 - 19, 23 - 25, 33 - 35, 38 - 40.	2.4, 2.5, 3.4, 3.5, 3.7, 3.10,4.1, 4.4, 4.5, 4.7, 4.10, 4.11, 4.12.
Millaisia on vanhempien näkemykset kunnallisen suun terveyden palvelun laadusta ja riittävydestä?	Ohjauksen laatu ja määrä, Kunnallisen palvelun riittävyys, Palveluiden kehittämistarpeet	14, 16 - 17, 45.	4.8, 4.9, 4.13, 4.14, 4.15, 4.16.

11.2 Kyselytutkimus haastatteluaineiston hankintamenetelmänä

Kyselylomakkeen laadinnassa käytetään hyödyksi sosiokonstruktionismia ja osallisuuden käsitettä. Kyselylomake laaditaan ensin Word-tekstinkäsittelyohjelmalla, joka jälkeen tiedot syötetään SPSS - ohjelmaan. Tätä tutkimusta varten laaditaan kyselylomake, joka on jaettu neljään eri teemaan. Vastaukset laaditaan Likert-asteikon muotoon.

Kyselytutkimus mahdollistaa laajan ja taloudellisesti edullisen tutkimusaineiston keruun. Sen avulla voidaan kerätä nopeasti hyvin laaja kyselyaineisto. Huolellisesti laadittu lomake on helppo muuttaa SPSS - tilasto-ohjelman sähköiseen muotoon. Saadut vastaukset on helppoa ja nopeaa analysoida sähköisesti.

Kyselylomakkeita varten on olemassa valmiita analyysitapoja ja raportointimuotoja. Kyselytutkimusten heikkoutena voidaan pitää niiden pinnallisuutta ja tulkinnan haasteellisuutta. On myös epäselvää, miten tutkittavat ovat asennoituneet kyselyyn, ovatko he vastanneet totuudellisesti ja harkiten esitettyihin kysymyksiin. Tulkinnat siitä, miten vastaajat ovat ymmärtäneet asetetut kysymykset, ovat tutkijalle haasteellisia. Myös vastaajan perehtyneisyys aiheeseen jää osin pimentoon. Onnistuneen kyselylomakkeen laadinta vaatiikin tiedon lisäksi myös taitoa ja harkintakykyä. Saatujen vastausten määrä suhteessa asetettuun otantaryhmään voi joissakin tapauksissa olla vähäinen. (Hirsjärvi ym. 2010: 195.)

11.3 Aineiston keruu ja analysointitapa

Tutkimusaineisto kerätään Kirkkonummen kunnallisten päiväkotien lasten vanhemmilta kokonaisotantana viidessä eri toimipisteessä.

Tutkimusaineiston hankintamenetelmäksi valikoitui kontrolloitu kyselytapa. Tämä käytännössä tarkoittaa sitä, että tutkimuslomakkeet viedään päiväkoteihin henkilökohtaisesti ja jaetaan kyselyyn valittujen lasten ryhmänohjaajille.

Kyselylomakkeen (liite 2.) mukana on saatekirje (liite 1.), jossa esitellään tutkimusta ja sen tarkoitusta. Se sisältää myös tutkijan yhteystiedot mahdollisten tutkimukseen

liittyvien lisäkysymyksiä varalta. Tarkoituksena on, että kyselylomakkeet täytetään omalla ajalla ja palautetaan päiväkodin henkilökunnalle viikon sisällä kyselylomakkeen saamisesta. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2010: 196 - 197.)

Tutkimustulokset analysoidaan SPSS 18 Windows-ohjelmalla kuvailevan tilastotieteen graafisia esitysmenetelmiä hyödyntäen. Tutkimuskysymykset on laadittu ennen varsinaista kyselyä SPSS-ohjelman numeeriseen muotoon. Tämä tehtiin, jotta myöhempi tietojen analysointi voitaisiin suorittaa. Tutkimuksessa käytetään sijaintiluvuista prosenttilukuja sekä frekvenssejä. Tutkimuksessa lasketaan ja analysoidaan eri muuttujien välisiä korrelaatiokertoimia.

Avointen kysymysten osalta vastaukset analysoidaan sisällönanalyysin avulla teemoittain aineistolähtöisesti. Opinäytetyön tutkimustulokset esitetään kirjallisena raporttina sekä saatuja vastaustuloksia havainnollistetaan taulukoin.

11.4 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Tutkijan ammattietiikkaan kuuluu henkilökohtaiset ominaisuudet ja häntä ohjaavat eettiset valinnat. Tiedonhankinta-, tutkimus-, ja arviointimenetelmät tulee olla sovellettavissa tieteellisiin kriteereihin. Tutkimuksen yhteydessä tulee kunnioittaa edeltäjiensä työtä ja osoitettava ne viittauskäytännön mukaisesti. Tutkimus on tieteellisen tarkastelun kautta todistettu päteväksi ja täyttää näin tieteellisen tiedon kriteerit. Tutkijan tulee myös reflektoida tutkimuksen aikana omia havaintojaan ja päätelmiään sekä aktiivisesti kyseenalaistaa niitä. Tutkimuksen siis tulee tuottaa pätevää tietoa. Luotettavuutta on tässä tutkimuksessa pyritty lisäämään laatimalla molemmille kieliryhmille omat kyselylomakkeet sekä valitsemalla iso otantajoukko eri puolilta Kirkkonummea.

Tutkimusprosessi on epälineaarinen ja yllätyksellisesti rakentuva prosessi, jonka keskiössä on tutkija ja tutkittava ilmiö. Tutkijan ammattietiikkaan kuuluu, että hän kykenee perustelemaan tekemänsä eettiset valinnat ja tutkimukselliset ratkaisunsa. Tutkijayhteisöillä on yhteiset tiedeyhteisön säännöt, jotka ohjaavat tutkijan toimintaa. Kautta aikain tutkimuksen tekemiselle on asetettu korkeita ihanteita joista tärkeimmiksi nousee riippumattomuus, kommunikointavuus, kasautuvuus, omasta tietämisestään tietävyys, objektiivisuus, totuudenmukaisuus, kriittisyys ja avoimuus. Tutkijan ammat-

tietiikkaa määrittää siis hänen henkilökohtaiset ominaisuutensa sekä hänen tekemänsä eettiset valinnat. Yleisesti tutkijan tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmät tulee aina olla sovellettavissa häntä ohjaavaan toimintaan. Tässä tutkimuksessa luotettavuus tulee esille mittariston kategoriasisällön avulla. Siihen on yhdistetty teoria, tutkimuskysymykset, käsitteet sekä kyselylomakkeen kysymykset.

Tutkimusetiikka sisältää kaksi erillistä ongelmaa. Ensinnä sen miten tutkimuksen tavoitteisiin pyritään ja minkälaisin moraalisin keinoin ja periaatein päämäärä pyritään saavuttamaan. Toiseksi miten asetetut moraaliset periaatteet pyritään ylläpitämään ja minkälaisin teoin se pitäisi ylläpitää. (Mäkinen 2006: 10.) Sana etiikka johtuu kreikan kantasanaa *ethos*, joka tarkoittaa ”tapaa ja traditiota”. (Kalkas & Sarvimäki 2002: 12 - 13.) Etiikka-sana viittaa hyvään ja oikeaoppiseen elämään. Hyvän elämän nähdään sisältävän joukon erilaisia hyveitä, arvoja ja periaatteita. Etiikassa asiat punnitaan aina arvon ja hyvyyden kautta.

Etiikan luonteelle on ominaista, ettei se perustu ainoastaan tosiasioille. Etiikka on näin ollen teoreettinen taso jonka avulla moraalialueita tutkitaan ja pohditaan, sekä muodostetaan teorioita. (Airaksinen 1994: 123 - 124.; Kalkas & Sarvimäki 1995: 10 - 13.) Mäkinen (2006: 11) mukaan moraalialue on yksilöiden kulttuurisidonnainen käsitys siitä, mikä on oikeaa ja väärää. Moraalitajun edellytyksenä on yksilön itsen sisäistämisen kautta omaksuttu käsitys siitä, mikä on hyvää ja mikä paha, olivatpa käsitykset perittyjä, lainattuja tai omakohtaisesti johdettuja. Tutkimuksellisessa mielessä tutkimuseettiset valintani tässä tutkimuksessa ovat siis toteutetut oman länsimaisen ja suomalaisen kulttuurin moraalikontekstin valossa.

Jotta tutkimus täyttäisi tieteelliset kriteerit, ovat sen tulokset pystyttävä todistamaan tieteellisen tarkastelun kautta päteväksi ja tutkimuksen sisällön täytettävä tieteellisen tiedon kriteerit.

Tutkijalta edellytetään tutkimuksenteon aikana refleктоimista ja aktiivista kyseenalaistamista suhteessa omiin havaintoihinsa ja päätelmiinsä. Tutkimuksen tulee tuottaa pätevää tietoa. Tutkijan on hyväksyttävä tutkimuksen aikana tulevat ristiriitaiset tulokset ja myös sen, että tutkimus etenee epälineaarisesti ja, että se voi johtaa jopa nollatulokseen.

Tutkijana olen pitäytynyt totuudellisuudessa ja noudatettava tieteen tekemisen sääntöjä sekä kunnioittanut tutkittavien anonymiteettiä, siltä osin kun se olisi ollut mahdollista paljastua. Lisäksi olen noudattanut yhtä merkittävimmistä periaatteista eettisyyteen liittyen. Olen tarkastanut saadut tutkimustulokset lopullisessa työssäni. (Mäkinen 2006: 102). Tutkijana olen huolehtinut, ettei tutkimus aiheuta haittaa tutkittaville tutkimuksen aikana eikä sen jälkeen. Tutkimustulokset on perusteltu aineistolähtöisesti tieteellisesti luotettavalla ja arvioidulla aineistolla.

Tässä tutkimuksessa luotettavuutta lisää kansainvälisten ja kotimaisten tutkimusten hyödyntäminen tutkimustulosten perusteluina. Heikentävänä elementtinä tämän tutkimuksen luotettavuuden osalta on tutkimuksen laadullisuus. Laadullista tutkimuksen tuloksia ei voida yleistää. Ne antavat hyödyllistä tutkimuksellista viitettä ilmiöstä ja tässä tapauksessa kirkkonummelaisten päiväkotilasten suuterveiden tämänhetkisestä tilasta. Saatuja tuloksia voidaan hyödyntää jatkotutkimuksissa. Toisaalta terveyden edistämisen tutkimus on luonteeltaan nykyhetken suuntaavaa ja arvoiltaan ja menetelmiltään muuttuvaa toimintaa. Tieteen ja tietämyksen kehittyessä myös terveyden edistämisen keinot muuttuvat.

12 TUTKIMUSTULOKSET

Tämän tutkimuksen kyselyyn vastasi 83 (N = 83) vanhempaa. Seuraavaksi esitän opinnäytetyöni tutkimustulokset kirjallisena raporttina teemoitellen sekä taulukoilla havainnollistaen.

12.1 Perheen taustatiedot

Vastaajien taustatietoina kysyttiin kumpi vanhemmista kyselyyn vastaa, lapsen ikää, lapsen sukupuolta, lasten lukumäärää sekä vanhempien hampaiden harjaustiheyttä.

TAULUKKO 1. Kyselyyn vastaaja (n, %)

Vastaaja	n	%
Isä	8	9,6
Äiti	75	90,4
Yhteensä	83	100,0

Annettujen vastausten pohjalta suurin osa kyselylomakkeeseen vastanneista eli 90,4 % (n=75) oli äitejä (Taulukko 1).

TAULUKKO 2. Lapsen ikä (n, %)

Lapsen ikä	n	%
Alle 2 vuotta	5	6,0
2 - 3 vuotta	21	25,3
4 - 5 vuotta	34	41,0
6 - 7 vuotta	23	27,7
Yhteensä	83	100,0

Tutkimukseen valittujen lasten iät vaihtelivat alle yksivuotiaista seitsemänvuotiaaseen. Saatujen vastausten mukaan suurin lapsiryhmä oli 4 - 5- vuotiaat 41 % (n = 34), seuraavaksi suurin ryhmä 6 - 7- vuotiaat 27,7 % (n = 23), kolmanneksi suurin ryhmä 2 – 3 - vuotiaat 25,3 % (n = 21) ja pienin ryhmä oli alle kaksivuotiaat 6 % (n = 5). (Taulukko 2.)

TAULUKKO 3. Lapsen sukupuoli (n, %)

Sukupuoli	n	%
Tyttö	43	51,8
Poika	40	48,2
Yhteensä	83	100,0

Lasten sukupuolijakauma oli tyttöjä 51,8 % (n = 43) ja poikia 48,2 % (n = 40). Tutkimuksen kannalta molemmat sukupuolet ovat tasaisesti edustettuina (Taulukko 3).

TAULUKKO 4. Perheen lasten lukumäärä (n, %)

Lasten lukumäärä	n	%
Yksi	11	13,3
Kaksi	42	50,6
Kolme	21	25,3
Neljä	4	4,8
Yli neljä	5	6,0
Yhteensä	83	100,0

Vastaajien perheiden lasten lukumäärä oli yleisimmin 50,6 %:lla (n = 42) vastaajista kaksi lasta, seuraavaksi eniten 25,3 %:lla (n = 21) kolme lasta. Kolmanneksi eniten oli

yksilapsisia perheitä 13,3 % (n = 11). Nelilapsisia perheitä oli vastaajista 4,8 %:lla (n = 4) ja yli neljän lapsen perheitä 6 %:lla (n = 5). (Taulukko 4.)

TAULUKKO 5. Vanhempien hampaiden harjaustiheys (n, %)

Harjaustiheys	n	%
Kaksi tai useamman kerran päivässä	63	75,9
Kerran päivässä	13	15,7
Muutaman kerran viikossa	2	2,4
Harvemmin	4	4,8
Yhteensä	82	100,0

Vastaajista 75,9 % (n = 63) ilmoitti harjaavansa omat hampaansa kaksi tai useamman kerran päivässä. Kerran päivässä vanhemmista ilmoitti harjaavansa hampaansa 15,7 % (n = 13). Loput vastaajista 7,2 % (n = 6) ilmoitti harjaavansa hampaitaan muutaman kerran viikossa tai harvemmin. Yksi ei vastannut kysymykseen lainkaan. (Taulukko 5.)

12.1 Lasten ravitsemustottumukset

Ravintotottumuksista kysyttiin lasten ateriarytmistä, nautituista ruoka- ja janojuomista sekä sokeripitoisten juomien ja makeisten nautintakerroista. Lisäksi kysyttiin aterioiden jälkeen nautituista ksylitolituotteista ja lopuksi vanhempien näkemystä suun terveyden merkityksestä.

TAULUKKO 6. Lasten ateriarytmien säännöllisyys (n, %)

Ateriarytmien säännöllisyys	n	%
Täysin samaa mieltä	59	71,1
Jokseenkin samaa mieltä	20	24,1
En samaa enkä eri mieltä	4	4,8
Yhteensä	83	100,0

Lähes kaksi kolmannesta vanhemmista 71,1 % (n = 59) vastasi, että heidän lapsellaan on säännölliset ateriarytmit. Jokseenkin samaa mieltä vanhemmat olivat lapsen ateriarytmien säännöllisyydestä 24,1 % (n = 20). Loput vanhemmista 4,8 % (n = 4) vastasivat etteivät olleet samaa eikä eri mieltä. (Taulukko 6.)

TAULUKKO 7. Lasten nauttimat ruokajuomat (n; %)

Nautittu ruokajuoma	n	%
Vettä	15	18,1
Mehua	5	6,0
Maitoa	61	73,5
Virvoitusjuomia	1	1,2
Tuoremehua	1	1,2
Yhteensä	83	100,0

Lapsista ruokajuomaksi 73,5 % (n = 61) sai maitoa, vettä sai 18,1 % (n = 15). Mehua sai lapsista ruokajuomaksi 6 % (n = 5). Virvoitusjuomia (n = 1) tai tuoremehua (n = 1) ilmoitti antavansa kaksi vastaajista. (Taulukko 7.)

TAULUKKO 8. Lasten nauttima janojuoma aterioiden välillä (n; %)

Nautittu janojuoma	n	%
Vettä	45	54,2
Mehua	17	20,5
Maitoa	14	16,9
Virvoitusjuomia	1	1,2
Tuoremehua	6	7,2
Yhteensä	83	100,0

Aterioiden välillä vanhemmat ilmoittivat lasten juovan eniten 54,2 % (n = 45) janojuomaksi vettä. Toiseksi eniten mehua 20,5 % (n = 17) ja maitoa juo lähes yhtä monta lasta 16,9 % (n = 14). Tuoremehua janojuomaksi joi 7,2 %:a vastaajien lapsista (n = 6). Yksi vastaajista (n = 1) ilmoitti lapsen juovan virvoitusjuomia aterioitten välissä. (Taulukko 8.)

TAULUKKO 9. Lapsen sokeripitoisten juomien nautintakerrat (n; %)

Sokeripitoisten juomien nautintakerrat	n	%
1 - 3 kertaa päivässä	10	12,0
2 - 5 kertaa viikossa	30	36,1
Kerran viikossa	20	24,1
Satunnaisesti	3	3,6
Tuoremehua	1	1,2
Yhteensä	83	100,0

Lapset nauttivat sokeripitoisia juomia 2 - 5 kertaa viikossa 36,1 % (n = 30) vastaajien lapsista. Satunnaisesti sokerijuomia nauttavia lapsia oli 26,5 % (n = 22). Kerran viikossa niistä nautti 24,1 % (n = 20). 1 - 3 kertaa päivässä sokerijuomia nautti 12 % (n = 10)

lapsista. Yksi vastaajista ilmoitti, ettei heidän lapsensa nauti niitä koskaan. (Taulukko 9.)

TAULUKKO 10. Lapsen aterian jälkeen nauttima ksylitolipurukumi - tai -pastilli (n; %)

Aterian päätteeksi nautitut ksylitolipurukumit tai – pastillit	n	%
1 - 3 kertaa päivässä	66	79,5
2 -5 kertaa viikossa	10	12,0
Kerran viikossa	2	2,4
Satunnaisesti	3	3,6
Ei koskaan	2	2,4
Yhteensä	83	100,0

Ksylitolipurkkaa tai ksylitolipastilleja aterioiden jälkeen sai 1 - 3 kertaa päivässä 79,5 % (n = 66). 2-5 kertaa viikossa niistä nautti 12 % (n = 10) lapsista. Kerran viikossa näitä tuotteita sai 2,5 % (n = 2). Satunnaisesti 3,6 % (n = 3) ja 2,4 % (n = 2) lapsista ei saanut niitä koskaan. (Taulukko 10.)

TAULUKKO 11. Lapsen nauttimien makeisten määrä (n, %)

Makeisten nautintakerrat	n	%
1 - 3 kertaa päivässä	7	8,4
2 -5 kertaa viikossa	12	14,5
Kerran viikossa	40	48,2
Satunnaisesti	19	22,9
Ei koskaan	4	4,8
Yhteensä	82	100,0

Lähes puolet 48,2 % (n = 40) vastaajista kertoi lapsensa nauttivan makeisia kerran viikossa. Satunnaisesti makeisia nautti 22,9 % (n = 19). 2 - 5 kertaa viikossa niistä nautti lapsista 14,5 % (n = 12). 1 - 3 kertaa päivässä niitä söi 8,45 % (n = 7). Makeisia ei vanhempien mukaan syönyt koskaan 4,8 % (n = 4) lapsista. Yksi ei vastannut kysymyseen. (Taulukko 11.)

TAULUKKO 12. Vanhempien näkemys lasten ruokailutottumusten merkityksestä hampaiden reikiintymiseen (n, %)

Ruokailutottumusten merkitys hampaiden reikiintymiseen	n	%
Erittäin paljon	47	56,6
Melko paljon	29	34,9
Jonkin verran	7	8,4
Yhteensä	83	100,0

Ruokailutottumusten merkityksen erittäin suureksi hampaiden reikiintymisen osalta mielsi yli puolet 56,6 % (n = 47) vastaajista. Melko suureksi sen koki 34,9 % (n = 29) vastaajista. Vain jonkin verran merkitykselliseksi sen arvioi 8,4 % (n = 7) vastaajista. (Taulukko 12.)

12.3 Perheen suunhoitotottumukset

TAULUKKO 13. Lapsen suun terveys tärkeänä osana yleisterveyttä (n, %)

Suun terveys tärkeänä osana yleisterveyttä	n	%
Täysin samaa mieltä	61	73,5
Jokseenkin samaa mieltä	19	22,9
Ei samaa eikä eri mieltä	2	2,4
Yhteensä	82	100,0

Lapsensa suun terveyden tärkeäksi osaksi yleisterveyttä mielsi suurin osa 73,5 % (n = 61) vastaajista. Jokseenkin samaa mieltä vastaajista oli 22,9 % (n = 19). Ei samaa, eikä eri mieltä oli 2,4 % (n = 2) vastaajista. Yksi vastaajista jätti vastaamatta kysymyksen. (Taulukko 13.)

TAULUKKO 14. Lasten hampaiden harjaustiheys (n, %)

Lasten harjauskerrat fluorihammastahnalla	n	%
Kaksi tai useamman kerran päivässä	64	77,1
Kerran päivässä	19	22,9
Yhteensä	83	100,0

Lapsista suurin osa harjasi hampaansa fluorihammastahnalla vanhempien mukaan kaksi tai useammin päivässä (n = 64). Kerran päivässä harjasi hampaansa 22,9 % (n = 19) lapsista. (Taulukko 14.)

TAULUKKO 15. Vanhempien osallisuus lapsen suun terveydentilan tarkastamisessa (n, %)

Vanhempien osallisuus suun terveydentilan tarkastamiseen	n	%
Kerran päivässä	21	25,3
Useita kertoja viikossa	22	26,5
Kerran viikossa	6	7,2
Kerran kuukaudessa	15	18,1
Ei lainkaan	13	15,7
Yhteensä	77	100,0

Vastaajista 26,5 % (n = 22) ilmoitti tarkastavansa lastensa suun terveydentilan useita kertoja viikossa. Kerran päivässä lapsensa suun terveydentilan tarkasti 25,3 % (n = 21) vanhemmista. Kerran kuussa sen tarkasti vanhemmista 18,1 % (n = 15). Lapsensa suun terveydentilaa ei tarkastanut vanhemmista koskaan 15,7 % (n = 13) (Taulukko 15.)

TAULUKKO 16. Lasten nauttimien fluoritablettien määrä (n, %)

Nautittujen fluoritablettien määrä	n	%
Kerran päivässä	10	12,0
Useita kertoja viikossa	3	3,6
Kerran viikossa	2	2,4
Kerran kuukaudessa	2	2,4
Ei lainkaan	64	77,1
Yhteensä	81	100,0

Fluoritabletteja ei syönyt lainkaan vastaajien lapsista 77,1 % (n = 64). Kerran päivässä fluoritabletteja söi 12 % (n = 10) lapsista. Lapsia, jotka söivät fluoritabletteja harvemmin kuin kerran päivässä oli vastaajien mukaan 8,4 % (n = 7) kyselyyn osallistuneista. (Taulukko 16.)

TAULUKKO 17. Lapsen hammasharjan vaihtotiheys (n, %)

Hammasharjan vaihto uuteen	Vanhemmat (n = 83)	
	n	%
Kerran kuukaudessa	23	27,7
Kahden kuukauden välein	43	51,8
Puolen vuoden välein	15	18,1
En koskaan	2	2,4
Yhteensä	83	100,0

Lapsensa hammasharjan vaihtoi vastaajista kahden kuukauden välein 51,8 % (n = 43) ja kerran kuukaudessa 27,7 % (n = 23). Puolen vuoden välein hammasharjan lapselleen vaihtoi 18,1 % (n = 15) vastaajista. Lapsensa hammasharjaa ei vaihtanut koskaan 2,4 % (n = 2). (Taulukko 17.)

TAULUKKO 18. Lapsen tutinkäyttötottumukset (n, %)

Lapsen tutinkäyttötottumukset	n	%
Päivällä ja yöllä	1	1,2
Vain päivällä	1	1,2
Vain öisin	2	2,4
Silloin tällöin	1	1,2
Ei koskaan	76	91,6
Yhteensä	81	100,0

Lähes kaikki vanhemmista 91,6 % (n = 76) vastasi, ettei heidän lapsensa käytä koskaan tuttia. Öisin käytti tuttia vain 2,4 % (n = 2) vastaajien lapsista. Loput yksittäiset tutin käyttäjät 3,6 % (n = 3) jakautuvat tasaisesti vai päivällä, päivällä ja yöllä sekä silloin tällöin tuttia käyttäviin. (Taulukko 18.)

TAULUKKO 19. Makeisten ja virvoitusjuomien osalta lapselle asetetuissa rajoissa pysyminen sosiaalisessa tilanteessa (n, %)

Lapselle asetetuissa rajoissa pysyminen	n	%
Aina	11	13,3
Usein	4	4,8
Silloin tällöin	24	28,9
Erittäin harvoin	21	25,3
Ei lainkaan	21	25,3
Yhteensä	81	100,0

Malliesimerkkinä lapselle asettamiensa makeisten ja virvoitusjuomien rajojen osalta toimivia ilmoitti olevan aina 13,3 % (n = 11) vanhemmista. Usein malliesimerkkinä oli 4,8 % (n = 4). Silloin tällöin esimerkkinä toimi kolmasosa 28,9 % (n = 26). Erittäin harvoin esimerkkinä toimi omien arvioittensa mukaan 25,3 % (n = 21) vastaajista. Ei lainkaan esimerkkinä toimivia vanhempia arvioi vastaajajoukosta olevansa 25,3 % (n = 10). Kaksi ei vastannut lainkaan kysymykseen. (Taulukko 19.)

TAULUKKO 20. Lapsen suun terveyden merkityksestä keskusteleminen

Lapsen kanssa käydyt keskustelut suun terveyden merkityksestä		
	n	%
Päivittäin	17	20,5
Viikottain	34	41,0
Kuukausittain	21	25,3
Harvoin	9	10,8
Ei lainkaan	2	2,4
Yhteensä	81	100,0

Lapsensa suun terveyden merkityksestä keskusteli viikottain lähes puolet 41,0 % (n = 34), kuukausittain 25,3 % (n = 21), päivittäin 20,5 % (n = 17) ja harvoin siitä keskusteli 10,8 % (n = 9) vastaajaa. Vain 2,4 % (n = 2) vastaajista vastasi, ettei koskaan keskustellut aiheesta lapsensa kanssa. Kaksi ei vastannut kysymykseen. (Taulukko 20.)

TAULUKKO 21. Vanhemman osallisuus lapsen hampaiden harjauksen tukemisessa (n, %)

Hampaiden harjaukerrat yhdessä lapsen kanssa	n	%
Päivittäin	33	39,8
Viikottain	20	24,1
Kuukausittain	1	1,2
Harvoin	23	27,7
En lainkaan	5	6,0
Yhteensä	83	100,0

Yli kolmannes (n = 33) vastaajista arvioi tukevansa lastensa hampaiden harjausta harjaamalla itse samanaikaisesti hampaansa. Harvoin hampaansa ilmoitti vastaajista lapsensa kanssa harjaavansa peräti yli neljännes (n = 23) vastaajista. Viikottain arvio niin tekevänsä 24,1 % (n = 20) vastaajista. 6 % (n = 5) ilmoitti, ettei harjaa yhtäaikaisesti lapsensa kanssa hampaitaan. Kuukausittain näin ilmoitti tekevänsä 1,2 % (n = 1). (Taulukko 21.)

TAULUKKO 22. Lapselle malliesimerkkinä toimiminen makeisten ja virvoitusjuomien osalta

Malliesimerkkinä lapselle toiminen	n	%
Aina	8	9,6
Usein	34	41,0
Silloin tällöin	26	31,3
Erittäin harvoin	5	6,0
Ei lainkaan	10	12,0
Yhteensä	83	100,0

Esimerkkinä lapselleen asettamiensa makeisten ja virvoitusjuomien rajojen osalta toimivia vanhempia ilmoitti olevansa aina 9,6 % (n = 8) vanhemmista. Usein malliesimerkkinä vanhemmista ilmoitti olevansa 41,1 % (n = 34). Silloin tällöin malliesimerkkinä lapselleen toimii 31,3 % (n = 26). Erittäin harvoin malliesimerkkinä lapselleen vanhemmista on 6,0 % (n = 5). Ei lainkaan esimerkkinä toimivia vanhempia arvioi vastaajajoukosta olevansa 12 % (n = 10). (Taulukko 22.)

12.4 Neuvolasta saadun terveyden edistämisen ohjauksen laatu ja käyttö

TAULUKKO 23. Saadun suun terveyden edistämisen ohjauksen useus neuvolakäyntien aikana (n, %)

Saadun ohjauksen useus	n	%
Aina	7	8,4
Usein	23	27,7
Silloin tällöin	30	36,1
Erittäin harvoin	16	19,3
Ei lainkaan	7	8,4
Yhteensä	81	100,0

Lapsensa suun terveyden edistämisen ohjausta ilmoitti saaneensa reilu kolmasosa vanhemmista. Silloin tällöin ohjausta vanhemmista oli saanut 36,1 % (n = 30). Ohjausta usein arvio vanhemmista saaneensa 27,7 % (n = 23). Aina neuvolakäyntiensä yhteydessä ohjausta oli saanut 8,4 %:a. Ohjausta ei ollut saanut arvioittensa mukaan 8,4 % (n = 7) vanhemmista. (Taulukko 23.)

TAULUKKO 24. Ohjauskeskusteluissa pohdittu lapsen suun terveyden muutostarpeita

Käyty dialogia lapsen suun terveyden muutostarpeista	n	%
Kyllä	55	66,3
Ei	28	33,7
Yhteensä	83	100,0

Vanhemmista 66,3 % ilmoitti pohtineensa ammattilaisen kanssa käydyn lastaan koskevan terveystarkastuksen aikana lapsen suun terveyden muutostarpeita. 33,7 % vanhemmista ei ollut keskustellut aiheesta lainkaan. (Taulukko 24.)

TAULUKKO 25. Saadun ohjauksen vaikutus muutokseen (n, %)

Saadun ohjauksen vaikutus lapsen ravintotottumusten muutokseen	n	%
Kyllä	25	30,1
Ei	54	65,1
Yhteensä	79	100,0

Saadun ohjauksen pohjalta reilusti yli puolet 65,1 % (n = 54) vastasi, ettei lapsen ravintotottumuksia oltu muutettu ohjauksen mukaisiksi. Ohjauksen saaneista kuitenkin kolmannes (n = 25) oli muuttanut saadun ohjauksen seurauksesta lapsensa ruokailutottumuksia ohjauksen mukaisiksi. Neljä vanhemmista ei vastannut lainkaan kysymykseen. (Taulukko 25.)

TAULUKKO 26. Käyntikerrat suuhygienistillä tai hammaslääkärillä (n, %)

Käyntikerrat suuhygienistillä tai hammaslääkärillä	n	%
Puolivuosittain	7	8,4
Joka vuosi	34	42,2
Joka toinen vuosi	28	33,7
Harvemmin	9	10,8
Ei koskaan	3	3,6
Yhteensä	81	100,0

Kutsusta suuhygienistillä tai hammaslääkärin vastaanotolla oli käynyt vuosittain lähes puolet (n = 35) vastaajien lapsista. Kolmasosa vanhemmista (n = 28) ilmoitti lapsensa käyneen suuhygienistillä tai hammaslääkärillä joka toinen vuosi. Puolivuosittaisia käyntejä oli ollut 8,4 %:lla (n = 7) lapsista. Harvemmin kuin joka toinen vuosi vastaanotolla kävi 10,8 % (n = 9) ja 3,6 % (n = 3) ei ollut vielä koskaan käynyt suuhygienistillä tai hammaslääkärin vastaanotolla. (Taulukko 26.)

TAULUKKO 27. Lapselle tehty karies-testi (n, %)

Lapsi osallistunut tehtyyn karies-testiin	n	%
Kyllä	25	30,1
Ei	54	65,1
En tiedä	9	10,8
Yhteensä	81	100,0

Karies-testiä ei ollut tehty vanhempien vastausten mukaan yli puolelle 65,1 % (n= 50) lapsista. Karies-testi oli tehty kolmannekselle 30,1 %:lle (n = 24) lapsista. Vastaajista kymmenesosa 10,8 % (n = 9) ei tiennyt onko heidän lapselleen tehty karies-testi. Kolme ei vastannut kysymykseen.(Taulukko 27.)

TAULUKKO 28. Lapsen kariestilanne (n, %)

Lapsella todettu kariesta hampaissa	n	%
Kyllä	7	8,4
Ei	72	86,7
En tiedä	4	4,8
Yhteensä	81	100,0

Vastaajien mukaan suurimmalla osalla 86,7 % (n = 72) lapsista ei ole ollut kariesta hampaissaan. Kariesta vanhemmat ilmoittivat olleen 8,4 %:lla (n = 7) vastaajien lapsista. Vanhemmista 4,8 %:a (n = 4) vastasi kysymykseen ettei tiedä onko lapsella todettu kariesta. Kaksi ei vastannut kysymykseen. (Taulukko 28.)

TAULUKKO 29. Saatu tieto kariksen ennaltaehkäisemisestä (n, %)

Saatu tietoa kariksesta ja sen ennaltaehkäisemisestä	n	%
Kyllä	71	85,5
Ei	11	13,3
Yhteensä	82	100,0

Tietoa kariksen ja sen ennaltaehkäisemisestä oli saanut lähes kaikki 85,5 % (n = 71) vanhemmista. 13,3 % (n = 11) heistä ilmoitti, ettei ollut saanut minäänlaista tietoa aiheesta. Yksi ei vastannut kysymykseen. (Taulukko 29.)

TAULUKKO 30. Suuhygienistiltä saatu uusin tieto suun terveyden edistämisen tavoista (n, %)

Saatu uusin tieto suun terveyden edistämisen tavoista	n	%
Aina	41	49,4
Erittäin usein	21	25,3
Silloin tällöin	11	13,3
Erittäin harvoin	5	6,0
Ei koskaan	2	2,4
Yhteensä	80	100,0

Uusinta tietoa arvioi suuhygienistiltä suun terveyden edistämiseen saaneensa aina käyntiensä yhteydessä puolet, 49,4 % (n = 41) vastaajista. Erittäin usein uusinta tietoa arvioi saaneensa neljännes, 25,3 % (n = 21) vastaajista. Silloin tällöin uusinta tietoa ilmoitti saaneensa 13,3 % (n = 11). Erittäin harvoin uusinta tietoa kertoi saaneensa 6 % (n = 5) ja uusinta tietoa ei vastaajista ollut saanut koskaan 2,4 % (n = 2). (Taulukko 30.)

TAULUKKO 31. Vanhempien arvio saadusta ohjauksen laadusta (n, %)

Arvio saadusta ohjauksen laadusta	n	%
Erittäin hyvää	37	45,1
Melko hyvää	29	34,9
Ei hyvää eikä huonoa	10	12,0
Melko huonoa	5	6,0
Erittäin huonoa	1	1,2
Yhteensä	82	100,0

Vanhemmista lähes puolet 45,1 % (n = 37) arvioivat lapsensa saaman ammatillisen ohjauksen olleen laadullisesti erittäin hyvää. Melko hyväksi saamansa ohjauksen arvioi kyselyyn vastanneista noin kolmannes 34,9 % (n = 29) vanhemmista. Ei hyväksi eikä huonoksi arvioi saamansa ohjauksen 12 % (n = 10) vastaajista. Saamansa ohjauksen melko huonoksi arvioi vanhemmista 6 % (n = 5) ja erittäin huonoksi sen vain 1,2 % (n = 1) vastaajista. Yksi ei vastannut kysymykseen. (Taulukko 31.)

TAULUKKO 32. Lasten hampaiden harjaukseen saatu ohjaus (n, %)

Lapsen hampaiden harjaukseen saatu ohjaus	n	%
Kyllä	68	81,9
Ei	15	18,1
Yhteensä	83	100,0

Lastensa hampaiden harjaukseen olivat saaneet ohjausta 81,9 % eli lähes kaikki lapsista (n = 68). Vanhemmista 18,1 % (n = 15) ilmoitti etteivät olleet saaneet lastensa harjaukseen lainkaan ohjausta. (Taulukko 32.)

TAULUKKO 33. Saatu ohjaus tutinkäytön vaikutuksista hampaisiin (n, %)

Tutinkäyttöön saatu ohjaus	n	%
Kyllä	63	75,9
Ei	15	18,1
Yhteensä	78	100,0

Tutin käyttöön liittyvää ohjausta oli saanut kolmannes 75,9 % (n = 63) vastaajista. Ohjausta ei ollut saanut vastaajien mukaan 18,1 % (n = 15) vastaajista. Viisi vanhemmista ei vastannut kysymykseen. (Taulukko 33.)

TAULUKKO 34. Ohjaus tutista luopumiseen (n, %)

Saatu ohjausta tutista luopumiseen	n	%
Kyllä	31	37,3
Ei	40	48,2
Yhteensä	71	100,0

Tutista luopumiseen liittyvää ohjausta ei ollut saanut omien arvioittensa mukaan lainkaan puolet (n = 40) vastaajista. Vajaa puolet vanhemmista (n = 31) vastasi saaneensa ohjausta lapsensa tutista luopumiseen. Vanhemmista 14,5 % (n = 12) ei vastannut kysymykseen lainkaan. (Taulukko 34.)

TAULUKKO 35. Koettu kunnallisen hammashoidon palveluiden riittävyys (n, %)

Koettu kunnallisen suunhoidon palvelun riittävyys	n	%
Täysin samaa mieltä	26	31,1
Jokseenkin samaa mieltä	34	41,0
En samaa enkä eri mieltä	10	12,0
Jokseenkin eri mieltä	8	9,6
Täysin eri mieltä	3	3,6
Yhteensä	81	100,0

Väittämään kunnallisen hammashoidon olevan riittävää vastasi lähes puolet (n = 34) olevansa jokseenkin samaa mieltä. Täysin samaa mieltä väittämästä oli 31,1 % (n = 26). Ei samaa eikä eri mieltä oli väittämän kanssa 12 % (n = 10) vastaajista. Jokseenkin eri mieltä väittämästä oli 9,6 % (n = 8) ja täysin eri mieltä oli 3,6 % (n = 3) vastaajista. (Taulukko 35.)

12. 5 Suun terveyteen liittyvät kehittämiskohteet

Strukturoitujen väittämien jälkeen kyselylomakkeessa oli kolme avointa kysymystä. Ensimmäisenä kysymyksenä oli ”miten edelleen kehittäisitte kunnallisia suunhoidon palveluita ? ” Kysymykseen vastaisi 51,8 % (n = 43) vanhemmista. Suurin osa (n = 14) vastaajista näki tärkeimmäksi kehittämisen kohteeksi kontrollikäyntien lisäämisen kunnallisissa palveluissa. Kolme vanhemmista toivoi saavansa lapselleen kutsun vuosittain postitse. Ajan saamista tarkastukseen pidettiin myös hankalana, epäiltiin resurssipulaa. Yksi toivoi saavansa lapselleen kutsun hammaslääkäriin tai suuhygienistille.

Kuusi vanhempaa ilmoitti olevansa tyytyväisiä nykyisiin käytänteisiin ja palveluiden saatavuuteen. Vain yksi oli täysin tyytymätön saamaansa palveluun. Muutamia toiveita lasten ruotsinkielisistä palveluista myös esitettiin. Karies-testin toteuttamista kaikille lapsille ehdotti yksi, sekä testituloksista informointia kaikissa tapauksissa testiin osallistuneille.

Hampaiden harjauksen ohjausta yhteistyössä neuvolan ja hammashoidon henkilökunnan kanssa päiväkotilaisille toivoi kaksi vastaajaa sekä yksi yleis-

sen tietouden lisäämistä suun hoidosta. Suuhygienistin jalkautumista päiväkoteihin kehittämistoimenpiteenä ehdotti yksi vastaajista. Isien osallistumisen lisäämistä myös ehdotettiin. Hampaiden paikkausmateriaalista esitettiin ehdotus siirtymisestä keraamisten paikkojen käyttöön nykyisten materiaalien sijaan.

Toisen avoimen kysymyksen osalta ”mistä olette saaneet mielestänne parasta ohjeistusta lastenne suun terveyden hoitoon ?” vastasi 61,4 %:a (n = 51) vastaajista. Suurin osa (n = 19) vastasi saaneensa parhaita ohjausta suuhygienistiltä ja toiseksi suurin ryhmä kertoi (n = 9) saaneensa parhaimman ohjauksen hammaslääkäriltä. Osa vastaajista (n = 13) arvioi saaneensa sitä hammashoitolasta, joko hammashoitajalta (n = 2) suuhygienistiltä että hammaslääkäriltä (n = 11) parasta lasten suun terveyden ohjausta. Loput vastaajista kertoi saaneensa neuvontaa lastensa isovanhemmilta ja päiväkodista, hankkineensa itsenäisesti tietoa internetistä ja kirjallisuudesta sekä lukemalla lehtiä. Omaan tietouteensa ilmoitti luottavansa vastaajista neljä. Yksi ilmoitti käyttävänsä lapsensa suun terveyden hoidossa omaa ”tervettä maalaisjärkeään”.

Kolmanteen, viimeiseen avoimeen kysymykseen ”mitä muita näkökulmia tästä teemasta haluaisitte esittää ?” vastasi 13,3 %:a (n = 11) vastaajista. Näissä vastauksissa annettiin (n = 2) kriittistä palautetta lomakkeen ruotsinkielestä. Molempien vastaajien mielestä lomake olisi kannattanut antaa etukäteen luettavaksi ruotsia äidinkielenään puhuvalle, ja yhdestä epätasaisesti käännöksestä huomautettiin. Yksi vastaaja olisi edelleen kehittänyt kysymyksiä vieläkin laadullisesti paremmiksi. Myönteistä palautetta annettiin (n = 3) aiheen tutkimuksellisesta tärkeydestä, sekä siitä, että lomake oli laadittu myös ruotsinkieliseksi.

Toivomusponne hammastahnan käyttämisestä jo neuvola-aikana esitettiin hyödyllisenä. Yhteiskuntakriittisenä näkökulmana esitettiin yhdessä vastauksessa terveyden edistämisen kannalta suomalaisten ravintotietouden lisäämis-

tä, sokeriveron korottamista, makeisten ja virvoitusjuomien kulutuksen hillitsemiseksi. Tämä vastaaja otti myös kantaa terveystavallisten tuotteiden hintapolitiikkaan, joka hänen mielestään tulisi olla alhaisempi kuin soke-roiduilla tuotteilla. Lisäksi hän vastusti keinotekoisien makeutusaineiden lisäämistä ruokiin sokeria korvaavana.

13 KESKEISTEN TUTKIMUSTULOSTEN TARKASTELUA

Seuraavaksi tarkastelen saatuja tutkimustuloksia tutkimusongelma-kohtaisesti. Asetettuja tutkimusongelmia oli viisi. Laadin mittarin sisältökategoriataulun selventämään vastausten teoreettisia lähtökohtia.

13.1 Vanhempien arvio osallisuudestaan lapsen arjen suuhoitoon

Useimmat vanhemmista olivat tulosten mukaan kiinnostuneita lastensa suun terveydestä ja hoitamisesta. Tämä kertoi suun hoitoon liittyvästä osallisuuden määrästä. Vanhempien omat hampaiden harjaamistottumukset olivat keskimääräistä paremmat ja tämä vaikutti myös selkeästi lasten hampaiden harjaamiseen suositusten mukaisesti. Mattilan & Rautavan mukaan (2007: 820) lapset oppivat konkreettisesti malliesimerkin kautta. Tämä on korostunutta etenkin alle kouluikäisten lasten tottumusten muotoutumisen osalta.

Vanhempien osallisuudella, asenteilla ja uskomuksilla on suuri merkitys lasten suun terveyteen. Tutkimukset (Mattila & Rautava 2007: 819 - 823) osoittavat äidin roolin olevan keskeinen suun terveyden hoidossa. Myös vanhempien asenteet heijastuvat heidän vastuullisuuteensa niin ravintotottumusten kuin tapojenkin osalta.

Vanhemmista suurin osa ilmoitti osallistuvansa lastensa kanssa samanaikaisesti hampaiden harjaukseen. Vanhempien neuvolasta saaman ohjauksen määrä korreloi positiivisesti vanhempien lastensa yhdessä hampaiden harjaamisen kanssa ($r = -0,368$; p -arvo = 0,001). Myös vanhempien omat säännölliset hampaan harjaustottumukset korreloivat positiivisesti lapsen hampai-

den harjauksen tottumusten kanssa. Tämä kuvastaa vanhempien oman osallisuuden suurta merkitystä ($r = 0,516$; $p = 0,001$). Vanhempien näkemys suun terveyden tärkeydestä yleisterveyteen oli selkeässä yhteydessä siihen, miten usein lapsi hampaitaan harjasi ($r = 0,412$; p -arvo $< 0,001$). Vanhemmilla on merkittävä rooli antamansa malliesimerkin avulla lapsen itsehoidon kehittymiseen. Tämä on merkityksellistä, koska lapset vasta opettelevat rutiineiksi muodostuvia tapatottumuksiaan.

Kuitenkin lähes kolmannes vanhemmista ilmoitti, etteivät osallistuneet lastensa kanssa hampaiden harjaukseen lainkaan. Tämä saattaa johtua lasten aikaisemmasta nukkumaan menoajoista ja joissakin tapauksissa vanhempien työnkuvasta esimerkiksi vuorotyöstä tai matkatyöstä.

Vanhemmista yli puolet tarkisti lastensa suun säännöllisesti. Tällainen tulos kertoo vanhempien vastuullisuudesta ja kiinnostuksesta lapsen hyvinvointia kohtaan. Suun tarkastaminen on helppo tapa maallikollekin seurata lapsen suun terveyden tilaa. Lapsen hammashoidon rutiinien ylläpitämisessä ja hyvien käytänteiden kehittymiseen vanhemmilla tulisi olla pitkäjänteisyyttä ja systemaattisuutta. Arvot ja asenteet kehittyvät hitaasti kasvavan lapsen kohdalla. Vanhempien malliesimerkki on erityisen merkityksellistä oikeiden ja hyvien käytäntöjen kehittymiseen. Lapsi arvottaa tärkeäksi useimmiten samat asiat mitkä ovat vanhemmille tärkeitä. Mattilan ja Rautavan mukaan (2007: 820) hampaat kertovat myös vanhempien voimavaroista huolehtia lapsensa joskus tylsistäkin arkirutiineista. Kokonaishuolenpito heijastuu siten myös suuhygieniatapoihin ja päivittäiseen hampaiden harjaukseen.

Lähes puolet vanhemmista keskusteli suun terveyden tärkeydestä viikottain lapsensa kanssa. Lapsen kanssa terveydestä keskusteleminen on hyvä tapa perustella suun hoitoon liittyvien rutiinien tärkeyttä ja merkitystä lapselle. Kasvatukseen ja vanhemmuuteen kuuluu myös rajojen asettaminen. Vanhempien asettamat rajat makeisten ja virvoitusjuomien nauttimiseen sosiaalisissa tilanteissa tulisi perustella lapselle ymmärrettävästi ikätason mukaisesti. Tällöin lapsen on helpompaa hyväksyä eriävät käytännöt myös poikkeuksellisissa tilanteissa.

Hammasharjan tulee olla riittävän pehmeä, ettei harjausta aiheudu turhia ien-
vaurioita. Vanhempien on myös huolehdittava siitä, että lapsen henkilökoh-
tainen hammasharja vaihdetaan säännöllisin väliajoin, noin kahden - kolmen
kuukauden välein uuteen. Näin mikrobistot eivät pääse kasvamaan myöskään
hammasharjassa.

13.2 Lasten ruokailutottumusten ja tutinkäytön vaikutukset lapsen suun terveyteen

Tutkimustulosten mukaan miltei kaikilla lapsista oli säännölliset ateriaritmit.
Ruokajuomaksi suurin osa lapsista sai maitoa. Maidon sisältämä kalsium ja
hivenaineet vahvistavat kehittyvän hampaan kiillettä. Janojuomaksi lapset
joivat pääosin vettä. Lapsen terveellisiin suun hoitotottumuksiin kuuluu
säännölliset ateriaritmit ja ravinto-opillisesti terveellisen ruuan nauttiminen.
Sokeripitoisten virvoitusjuomien, makeisten ja mehujen sekä erilaisten käy-
miskykyisten hiilihydraattien, kuten napostelutuotteiden nauttimista tulisi
välttää. Lapset nauttivat suhteellisen usein makeisia ja sokeripitoisia juomia.
Korrelaatiota makeisten syönnin tai sokeripitoisten juomien vaikutuksesta ka-
rieksen ilmenevyyteen ei tilastollisesti voitu kuitenkaan osoittaa. Tähän on
voinut vaikuttaa otannan pienuus.

Lasten makeisten käytössä olisi ennaltaehkäisevänä toimenpiteenä hyvä suo-
sia ksylitolilla makeutettuja tuotteita. Hampaiden kannalta tahmeat makeiset,
kuten toffee ovat haitallisin vaihtoehto. Ksylitoli-sokeri ei toimi hampaan
pinnalla olevan biofilmin toiminnan aktivoijana. Tästä syystä heti aterian jäl-
keen ksylitoli-purukumin pureksiminen tai ksylitolipastillin imeminen on
hyödyllistä. Tällöin happohyökkäysten kesto lyhenee.

Lisäsokerin käyttämistä tulisi lasten osalta tietoisesti välttää. Makeaan miel-
tyminen on pitkälti opittua, ei välttämätöntä. Lapsi saa riittävästi sokeria päi-
vittäisistä ravintoaineista. Ateriat olisi hyvä päättää proteiinipitoisiin ravinto-
aineisiin, kuten juustoihin. Lapsen välipaloinakin on syytä suosia hedelmiä
tai proteiinipitoisia vähäsokerisia tuotteita. Liiallisen makeitten ruokien käyt-

tö on lapselle terveydellinen riski. Se lisää riskiä saada karies ja tulla ylipainoiseksi.

Tutkimuksen mukaan lasten tutinkäyttö oli harvinaista. Lähes 91,6 %:a lapsista ei käyttänyt koskaan tuttia. Tämän selittyy vastaajien lasten ikärakenteesta. Alle kolmevuotiaita vastaajien lapsista oli 31,3 %:a (n = 26). Tulos on hampaiden kehittymisen ja terveyden edistämisen kannalta erittäin myönteinen.

Karieksen varhaisen kehittymisen kannalta (Ollila 2004: 198) tutin ja yöpölyn pitkittynyt käyttö yli kaksivuotiaana on selkeä kariesriskitekijä. Tutin käyttö lisäsi riskiä etenkin niiden lasten kohdalla, joiden syljen kariestesti on ollut positiivinen. Luontevin tutista vieroittamisen aika alkaa asteittaiseen tutista luopumiseen lapsen ollessa puolivuotias. Tällöin lapsen ensimmäiset hampaat puhkeavat ja imemisvietti vähenee. (Hurmerinta & Nyström 2008).

13.3 Vanhempien näkemykset lapsen hampaiden hoidon tottumuksesta

Tämän tutkimuksen lapsista suurin osa harjasi hampaansa fluorihammastahnalla suositusten mukaisesti kahdesti päivässä. Säännöllisillä fluorihammastahna harjauksilla häiritään tehokkaasti hampaan pinnan biofilmiä ja heikennetään sen aiheuttamaan happohyökkäyksessä tapahtuvaa hampaan kovakudoksen liukenemistä. Tenovuon mukaan (2002: 1657 – 1662) fluori on karieksen ehkäisyn kivijalka, koska se edistää hampaan kovakudoksen remineralisaatiota yhdessä syljen fosfaatin ja kalsiumin yhteisvaikutuksesta. Suun riittävä fluoripitoisuus varmistetaan harjaamalla hampaita kahdesti päivässä aina kahdesta ikävuodesta alkaen. Näin estetään tehokkaasti karieksen syntymistä ja etenemistä.

Ylimääräistä fluoria nautti vain pieni osa lapsista. Päivittäin fluoritabletteja nautti 12 %:a (n = 10) lapsista. Fluoritablettien käyttöön tai käyttämättömyyteen vaikuttaa myös alue, jossa perhe asuu, ja se, onko vesi omasta kaivosta vai kunnallista vesijohtovettä. Kunnalliseen vesijohtoveteen on lisätty riittävä

määrä fluoria. Paikalliset lisäfluorisuositukset heijastuvat myös etenkin kunnallisen vesijohtoverkon käyttäjiin.

Ylimääräistä fluoria pienten lasten osalta tulee välttää fluoroosin syntymisen välttämiseksi. Fluoritabletteja kannattaa käyttää neuvola- ja paikkakuntasuosituksen mukaan. Niissä tapauksissa, joissa juomaveden fluoripitoisuus on riittämätön. Lapsi saa fluoria sekä vesijohtovedestä että ravinnosta. Yleensä monipuolisessa ravinnossa sitä on riittävästi.

13.4 Lasten saamat preventiiviset hoitotoimenpiteet suun hoidon osalta

Vanhempien vastausten mukaan yli puolelle lapsista oli tehty karies-testi. Karies-testillä saadaan selville syljen *Streptococcus mutans*-arvo. Karies-testi antaa viitteitä siitä, onko suun olosuhteet suotuisia mikrobiologisesti kariesin syntymiselle. Karies-testi avulla voidaan suunnitella tehokkaita preventiivisiä ja profylaktisia toimenpiteitä kariesien syntymisen kannalta. Testituloksen perusteella asiantuntijan on helpompaa ohjata ja tukea vanhempia terveyskeskustelulla ravintotottumusten ja suun hoidon muutoksiin. Karies-testit ovat nopeita ja hyödyllisiä keinoja tunnistaa karies-riskiryhmään kuuluvat. Riskiryhmään kuuluvalle lapselle on tällöin mahdollista tehdä yksilölliset hoito- ja seurantasuunnitelmat.

Lasten perheistä yli puolet ($n = 55$) olivat saaneet ohjausta lapsen suun hoitoon, kuitenkin vain kolmannes vanhemmista vastasi, etteivät he ole muuttaneet käytäntöjään käytyjen keskustelun ohjauksen mukaiseksi. Ohjauksen tapaa tulisi edelleen kehittää motivoivammaksi. Vanhemmat olisi saatava sitoutumaan paremmin lapsensa kannalta tarpeellisiin muutoksiin ja ymmärtämään niiden vaikutus lapsen terveyteen. Tulkintaa tukee ristiintaulukointi, joka osoittaa, että saadulla ohjauksen määrällä ei ollut riippuvuutta lasten toteutettuihin ravintotottumusten muutoksiin ($\chi^2 = 1,661$; p -arvo = 0,494). Myöskään saadulla ohjauksen laadulla ei ollut riippuvuutta asiaan ($\chi^2 = 1,661$; p -arvo 0,798).

Tilastollisesti tuli myös ilmi, että mitä useammin neuvontaa lapsen suun terveyden ohjaamiseen oli saanut, sitä harvemmin lapsensa hammasharjan vaihtoi uuteen ($r = 0,248$; p - arvo $0,024$). Tutkimuksellisesti tämän voi tulkita siten, ettei hammasharjan vaihdosta ohjauskeskustelujen aikana anneta riittävästi ohjausta. Ohjauksessa tulisi näin ollen ottaa puheeksi myös hammasharjan vaihdon tärkeys ja useus.

Perheen ja ammattilaisten yhteistyö karieksen ehkäisevässä neuvontatyössä pyritään vaikuttamaan ohjauksellisesti ruokailutottumuksiin ja hampaiden oikeaoppisiin sekä säännöllisiin harjaustottumuksiin. Perheen asenteisiin liittyvillä keskusteluilla pyritään vahvistamaan terveyttä edistävää käyttäytymistä ja lisäämään hoitomyönteisyyttä.

Dialogisella terveystalkustelulla on keskeinen rooli lapsen suun terveyden edistämässä. Ammatillisessa vuorovaikutuksessa perheen toiminnalta vaaditaan sitoutumista terveystalkusteluissa yhdessä asetettuihin tavoitteisiin. Asiantuntijan tärkein tehtävä on perheen motivoiminen muutokseen ja muutoksen aikana.

13.5 Vanhempien näkemykset kunnallisesta lapsen suun terveyden palveluiden laadusta ja riittävydestä

Tutkimuksen mukaan yli kolmannes arvioi saamansa terveyteen liittyvän ohjauksen olleen laadullisesti erittäin hyvää. Melko hyväksi sen arvioi myös noin kolmannes vastaajista. Ei hyväksi tai huonoksi sen arvioi kolmannes, kun taas melko huonoksi alle kymmenesosa. Erittäin huonoksi sen koki vain yksi vastaaja. Jos palvelu oli koettu laadultaan heikoksi, se korreloi vahvasti myös kokemukseen palvelun saatavuuden riittämättömyydestä ($r = 0,661$; p -arvo $< 0,001$).

Kaksi kolmasosaa vanhemmista koki palvelun laadun hyväksi. Tämä tulos osoittaa, että kunnan tarjoama ammatillinen ohjaus on asiakaslähtöistä ja annettu tieto on ollut selkeää ja muodoltaan ymmärrettävässä muodossa.

Kunnallisen hammashoidon riittävyyden enemmistö vanhemmista koki palvelun olevan riittävää. Kymmenes osa heistä ei ollut samaa eikä eri mieltä. Jokseenkin eri mieltä oli vanhemmista myös kymmenes osa. Kolme vanhempaa oli sitä mieltä, että palvelu oli täysin riittämätöntä. Palveluita toivottiin saatavan lapsille myös ruotsin kielellä.

Avointen kysymysten mukaan vanhemmat näkivät tärkeimmäksi kehittämisen kohteeksi lasten kontrollikäyntien lisäämisen kunnallisten suunhoidon palveluissa. Ajanvarausta toivottiin vuosittaisena kutsuna postitettuna kotiin. Ajan saamista tarkastukseen pidettiin hankalana, ja sen arveltiin johtuvan resurssipulasta.

Syynä tyytymättömien vanhempien kokemukseen palveluiden riittämättömyytenä on varmasti osin terveystakeskuksia velvoittava hammashoitopalveluiden hoitotakuu maaliskuusta 2005 alkaen. Hoitotakuuvelvoite on ruuhkauttanut kaikkien ikäluokkien hammashuollon vastaanottopisteet. Resurssien jakaantuessa entistä laajemmalle väestöpohjalle, on lasten suun terveys vaarassa heikentyä. (Mattila & Raatava 2007: 819.)

Kehittämisehdotusten ohella noin kymmenesosa vanhemmista ilmoittivat olevansa täysin tyytyväisiä nykyiseen palveluiden riittävyyteen. Kariesta oli esiintynyt vain kahdella kolmasosalla lapsista, jossa vain kymmenesosalla lapsista oli ollut kariesta. Yksi vanhemmista ehdotti karies-testiä kaikille lapsille ja toteutettujen testitulosten informoimisesta automaattisesti tuloksesta riippumatta.

13.6 Tutkimusmittarin luotettavuus

Valmis kyselylomake esitestattiin mittarin luotettavuuden parantamiseksi kahdella eri henkilöllä ennen varsinaista tutkimusta Kotkassa ja Helsingissä. Esitestauksella varmistettiin kysymysten täsmällisyys ja ymmärrettävyys sekä annettujen vastausohjeiden riittävyys. Esitestauksella myös vahvistetaan mittarin luotettavuutta. Kyseiset henkilöt eivät osallistuneet lopulliseen kyselytutkimukseen.

Kyselytutkimukseen osallistuneiden vanhempien kokema kiinnostus ja myönteinen asenne lasten suun terveyttä kohtaan on havaittavissa hyvänä kyselylomakkeiden palautusmääränä. Tämä näkyi myös avoimiin kysymyksiin saatujen vastausten runsaana määränä.

Arviointi pelkistää tutkimusprosessin luotettavuuden ja kiteyttää sen. Laadullinen tutkimus ei pyri ns. objektiiviseen lähestymistapaan, vaan lähtökohtana on aina tutkijan oma avoin subjektiviteetti sekä sen myöntäminen. Luotettavuuden kriteerien keskiössä on siis itse tutkija ja hänen toteuttamansa eettiset valinnat. Tutkimuksen tulee olla uskottava, mikä tarkoittaa, että tutkijan on tarkastettava omat oletuksensa käsitteellistyksensä ja tulkintojen osalta. Tutkijan työ on siis jatkuvaa tietoista reflektointia ja korjaavaa toimintaa. Toiminnan tarkoitus on vahvistaa tehdyt tulkinnat oikeiksi, reflektiolla haetaan siis varmuutta tutkimuspäätelmille. Arvioinnin keskiössä on tutkijan tekemien väitteiden argumentaatiokestävyys sekä totuudenmukaisuus. (Eskola & Suoranta 2001: 210 - 213.)

Tieteellinen luotettavuus todistetaan tutkimuksen sisäisellä pätevyydellä, käsitteiden ja teoreettisten viitekehysten yhteensopivuudella. Ulkoinen pätevyys on tulkintojen, johtopäätösten ja aineiston välistä pätevyyttä. Tässä tutkimuksessa tutkimustulosten pätevyyttä on vahvistettu tilastotieteellisin analyysimenetelmin.

13.7 Tutkimuksen hyödynnettävyys ja jatkotutkimusaiheet

Tämän määrällisen tutkimuksen tulokset antavat viitteitä siitä, mihin jatkotutkimusta kannattaisi alle kouluikäisten lasten kohdentaa. Jatkotutkimushankkeita tulisi kohdistaa nykyistä enemmän varhaisempaan neuvontatyöhön sekä vanhempien osallisuutta aktivoiviin työmenetelmiin. Neuvonnan sisällönsuunnittelussa tulisi hyödyntää nykyistä enemmän asiantuntijayhteistyötä, erityisesti suun itsehoidon ja ravintoneuvonnan osalta. Ilmosen, Isolaurin & Laitisen mukaan (2007: 36 - 63) asiantuntijoiden yhteistyöllä on suuri merkitys neuvoloiden ravinto-ohjauksessa ja siihen liittyvässä kehittämistoiminnassa. Perheiden kanssa lasten ravinnon merkityksestä niin suun kuin yleistervey-

denkin osalta voisi keskustella yhtenä teemana säännöllisesti päiväkotien vanhempainilloissa.

Yhteistyöllä vahvistettaisiin lapsen terveyden edistämisen osalta vanhempien varhaisen osallisuuden keskeistä merkitystä. Näin lisättäisiin vanhempien tietoutta lapsen suun itsehoidossa sekä oikeaoppisten rutiinien ja käytäntöjen kehittymistä. Mielestäni suun terveyden merkitystä yleisterveyteen tulisi tuoda entistäkin aktiivisemmin esille erityisesti neuvolakäyntien yhteydessä, jossa aiheen puheeksi ottaminen on luontaisinta. Vanhempia tulisi kannustaa osallistumaan lastensa hampaiden harjaukseen yhtäaikaaisesti, aamuin illoin. Yhdessä totutettu tapa vahvistaa lapselle tämän tärkeän tavan omaksumista luonnollisena osana päivittäisiä rutiineja. Yleisesti tiedetään, että lapsena omaksutut asenteet ja uskomukset säilyvät läpi elämän lähes muuttumattomina.

13.8 Päätelemät

Tässä tutkimuksessa kirkkonummelaisten vanhempien osallisuus lastensa suun terveyden edistämiseen on erittäin hyvää. Vanhemmat toimivat siltä osin hyvänä roolimalliesimerkkinä omille lapsilleen. Tutkimuksessa tuli hyvin esille se, että vanhemmilla oli kiinnostusta ja myönteiset asenteet toimia lapsensa parhaaksi suun terveyden edistämisen asioissa. Tutkimukseen osallistuneista lapsista harjasi suositusten mukaisesti hampaitaan kahdesti päivässä 77,1 %:a. Tulos on 17 % parempi kuin suomalaislasten hampaiden harjaustottumukset ovat keskimäärin (Philips 2011).

Kirkkonummelaislasten suun terveydentila on tällä hetkellä tämän tutkimuksen osalta hyvin valoisa. Kariuksen määrä lapsilla oli hyvin vähäistä, ainoastaan 8,4 %:lla lapsista oli ollut varhaisiän kariesta hampaissaan. Tutkimuksellisesti tiedetään lapsuusiän kariuksen korreloivan myöhempään suun terveydentilaan. (Mattila & Rautava 2007: 819 - 823). Varhaisiän kariesta saaneiden lasten osalta tulee preventiivistä ohjausta ja seuranta tehostaa.

Myös lasten vanhemmat pesivät säännöllisesti suositusten mukaisesti hampaitaan. Suurin osa 75,9 % vanhemmista harjasi hampaansa kahdesti päiväs-

sä. Vain pieni ryhmä vanhemmista kertoi pesevänsä hampaitaan muutamia kertoja viikossa tai harvemmin. Vanhempien harjaustottumukset ovat yhteydessä lasten harjaustottumuksiin. Tässä tutkimuksessa vanhempien esimerkki ja osallisuus näkyy hyvinä harjaustottumuksina.

Lapsista suurimmalla osalla oli säännölliset ateriaritmit. Sen sijaan runsasokeristen juomien ja makeisten nauttimisen tavat lapsilla eivät olleet täysin hammasystävällisiä. Tässä kohdin on selkeää ennaltaehkäisevän lisäohjauksen tarvetta, erityisesti marginaalivastaajaryhmille. Ravintotottumusten ja suun terveyteen liittyvän ohjauksen tapaa tulisi kehittää entistä dialogisemmaksi ja perheitä motivoivimmiksi, jotta ohjaus tuottaisi muutoksen kyseisen marginaaliryhmän terveyttä heikentäviin toimintatapoihin.

Suurin osa lapsista nautti ksylitolituotteita aterioittensa jälkeen. Tämä on myönteinen asia kariuksen ennaltaehkäisyssä. Ksylitolin suun terveyttä edistävien mahdollisuuksien hyödyntämättömyyden tiedetään lisäävän kariesriskiä yhdessä kariogeenisen ruokavalion kanssa. Varhaisella ravinnolla on suuri merkitys myös lasten kroonisten sairauksien syntyyn. Lapsen ravinnon laatuun heijastuivat vanhempien omat ravintovalinnat. Tutkimukset ovat osoittaneet pienen lapsen ravinnon laadun heikentyvän heidän siirtyessään saamaan ravintoon muun perheen kanssa. (Mattila & Rautava 2007: 821.; Erkkola, Kyttälä, Kronberg-Kippilä, Ovaskainen, Tapanainen, Veijola, Simell, Knip & Virtanen 2010: 2665.)

Sokeripitoisten ravintoaineiden nauttimisen runsaus heijastuu aiempiin tutkimuksiin suomalaislasten ruokavalion sokeristumisesta. Merkittävin sokereinlähde on lasten nauttimat juomat. Lasten nauttima sokeri on pääosin piilosokeria, jota on heidän nauttimissaan maitotuotteissa, juomissa ja makeisissa. Vanhemmat voivat vaikuttaa lasten nauttimien piilosokeria sisältävien ravintoaineiden määrään, korvaamalla sokeripitoiset (jogurtit, vanukkaat ym.) välipalat kasviksiin ja hedelmiin. (Erkkola, Kyttälä, Kronberg-Kippilä, Ovaskainen, Tapanainen, Veijola, Simell, Knip & Virtanen 2010: 2665 - 2673.)

Tämän tutkimuksen kirkkonummelaisten päiväkotilasten suun terveyden tila näyttäisi olevan hyvää. Hyvästä tilanteesta huolimatta ohjaustoimintaa voisi edelleen kehittää suun terveyden edistämisen toiminnan avulla perheiden voimavaroja ja tarpeita huomioonottavampaan suuntaan. Tämä tarve tuli esille vanhempien vastauksissa. Osa vanhemmista vastasi, että eivät olleet toteuttaneet ohjauskeskustelussa puheeksi otettuja muutosehdotuksia lapsensa ravintotottumuksiin. Toisaalta dialogiseen terveystalkuun ja ohjaukseen kuuluu syklisyys. Joitakin asiakkaita joudutaan motivoimaan enemmän. Heille perustellaan enemmän ja useammin muutoksen tarpeellisuutta, ennen kuin tarpeellinen muutos toiminnassa käynnistyy reflektion kautta toiminnaksi.

Ruotsinkielisten palveluiden saatavuuden niukkuuteen, on voinut vaikuttaa, se ettei työvoimasaatavuusresurssit ole kohdanneet kysyntää. Valtaosa pääkaupungin suun hoidon opiskelijoista ovat suomenkielisiä. Kiinnostusta ruotsinkielisen palveluiden tarjoamiseen Kirkkonummella kaksikielisenä kuntana varmasti lähtökohtaisesti on. Vanhempien vastausten perusteella olisi tarvetta myös henkilöstön lisäresursointiin ja systemaattisempaan kutsuntajärjestelmään koskien vuosittaisia tarkastuskutsuja. On myös mahdollista, että systemaattisesta kutsunnasta on luovuttu ajanvarausten väärinkäytösten vuoksi, koska ihmiset eivät ole noudattaneet kutsua ja saapuneet sovittuna ajankohtana paikalle.

Suun terveyden palveluiden rajallisten hammaslääkäriresurssien vuoksi suun terveyden tehtävienjakoa eri ammattilaisten kesken kannattaisi hyödyntää. Pienten lasten hampaiden kariuksen eteneminen on nopeampaa, kuin aikuisten, ja siksi se olisi hoidon osalta nähtävä priorisoivana tekijänä hoitoon pääsyssä.

Lapsen suun terveyteen liittyvät terveystalkut voisi yhdistää ravinto-neuvonnan yhteyteen. Valistustoimintaa hammashoitajat voivat tehdä käyn-tejä oman alueensa päiväkoteihin ja opastaa lapsia hampaiden harjaukseen kädestä pitäen. Näin suunterveyden ja -hoidon merkitys vahvistuisi lapsille monelta eri taholta

Vanhemmilta tullut ehdotus karies-testin toteuttamisesta kaikille lapsille olisi nykyistä tehokkaampi tapa kartoittaa kariesriskilapset. Sen avulla olisi mahdollista kohdistaa tehokkaammin kariesriskilasten osalta interventiotimet. Kaikille alle kouluikäisille lapsille kunnallisesti toteutettavia kariestes-tejä puoltaisi niiden tulosten pohjalta täsmällisemmin määriteltävät hoitovä-lit ja resurssien suuntaaminen lapsille, jotka tehostetumpaa hoitoa tarvitse-vat.

Sosiaali- ja terveystieteiden perheitä koskevissa muutoksissa keskeisessä asemassa on perheiden näkökulmien huomioonottaminen kokonaistoimin-nassa. Se on myös palveluiden kehittämisessä keskiössä. Tästä syystä arvi-ointi laatumenetelmänä tässäkin kehittämistoiminnassa on perusteltua. Van-hemmilta saadun tiedon avulla voidaan asiantuntijan ja maallikon näke-myseroja huomioida toiminnassa, sillä arvot ja asenteet suun terveyden edis-tämisessä eivät aina kohtaa.

Yhteistyötä perheiden kanssa suun terveyden osalta voitaisiin lisätä perhe-kohtaisilla kyselyillä. Vanhemmat ovat yleensä kiinnostuneita oman lapsen-sa hyvinvoinnista ja sen edistämisestä, näin myös tutkimukseen osallistuneet vanhemmat. Väärät ruokailutottumukset ja suunhoitotottumukset voivat joh-tua vanhempien virheellisistä uskomuksista. Syynä ei ole tahallisuus, vaan useimmiten tiedon puutteellisuus. Tästä syystä on tärkeää ottaa perheet mu-kaan lapsen terveyden edistämiseen liittyvään kunnalliseen suunnittelutyö-hön. Joissakin tapauksissa maallikko voi havaita tai ilmaista puheessaan ke-hitettäviä asioita. Erilaiset näkökulmat voivat olla kaikkien osapuolten kan-nalta hedelmällisiä ja keskinäistä ymmärrystä edesauttavia.

LÄHTEET

- Airaksinen, T. 1994. Johdatus filosofiaan. Keuruu: Otava.
- Anttonen, V. 2011. Kariesta hallitaan syihin puuttamalla, ei paikkaamalla. Suomen Hammaslääkärilehti. 15/2011, s. 20.
- Anttonen, V. & Yli-Urpo, H. 2010. Lasten hampaiden tila tänään. Suomen Hammaslääkärilehti 14/2010, s. 20 - 24.
- Autio-Gold, J. 2005. Caries prevention in high-risk preschool children in the United States. Faculty of Medicine. Department of Peodontics. Cariology and Endodontics. Dissertation. University of Oulu. Saatavissa: <http://herkules.oulu.fi/isbn9514277058/isbn9514277058.pdf> [viitattu 18.2.2012].
- Axelsson, P. 2000. Diagnosis and Risk Prediction of Dental Caries, Vol 2. Berlin: Quintessence Publishing Co, Inc.
- Berg, J. H. & Slayton, R.L. 2009. Early Childhood Oral Health. Singapore: Wiley- Blackwell.
- Buzalaf, M.A.R. 2011. Fluoride and the Oral Environment. Monographs in Oral Science Vol. 22. Monographs in Oral Science. Basel: S. Karger AG.
- Duodecim Terveyskirjasto. 2012. Kolonisaatio. Päivitetty 13.3.2012. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=ltt01696&p_haku= KOLONISAATIO [Viitattu 13.3.2012].
- Erkkola, M., Kyttälä, P., Kronberg – Kippilä, C., Ovaskainen, M-L., Tapanainen, H., Veijola, R., Simell, O., Knip, M. & Virtanen, S. 2010. Alle kouluikäisten lasten ruuankäyttö ja ravinnonsaanti. Suomen Hammaslääkäri lehti. 65/2010, s. 2665 - 2673.

Felton, A., Chapman, A. & Felton, S. 2009. Oral Health Education and Promotion. Basic Guide to Oral Health Education and Promotion. Malaysia: KHL Printing Co Sdn Bhd.

Geurink, K. V. 2012. Community Oral Practice for the Dental Hygienist. Third Edition. St Louis: Elsevier Saunders.

Gordon, P. H. 2005. Craniofacial growth and development. Pediatrics Dentistry. Oxford University Press: USA.

Grönholm, J., Virtanen, J. & Murtomaa, H. 2006. Äitien suunterveyskäyttäytyminen, asenteet ja tiedot Neuvolatutkimus kaksikielisillä alueilla. Suomen Hammaslääkärilehti 13/2006, s. 8 - 12.

Gussy, M. G., Waters, E. G., Walsh, O. & Kilpatrick, N. M. 2006. Early childhood caries: Current evidence for aetiology and prevention. Journal of Paediatrics and Child Health. 42/2006, s. 37 - 43. Melbourne: Paediatrics and Child Health Division Royal Australasian College of Physicians.

Hausen, H., Lahti, S. & Nordblad, A. 2006. Terveysten edistämisen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006: 19. Suun terveyteen liittyvä suositus: Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki: Yliopistopaino.

Hautamäki, O. 2010. Lapsuusiän terveystietoon suun terveyden sivu. Suomen Hammaslääkärilehti 15/2010, s. 20.

Hara, K., Ohara, M., Hayashi, I., Hino, T., Nishimura, R., Iwasaki, Y., Ohyama, Y., Sugiyama, M. & Amano, H. 2012. The green tea polyphenol (-) epigallocatechin gallate precipitates salivary proteins including alpha-amylase: biochemical implications for oral health. European Journal of Oral Sciences. 2012: 120(2), s. 132 - 139. Wiley Online library.

Hedman, K., Heikkinen, T., Huovinen, P., Järvinen, A., Meri, S. & Vaara, M. (toim.) 2011. Infektiosairaudet mikrobiologia, immunologia ja infektiosairaudet, kirja 3. Bookwell Oy: Porvoo.

Heikka, H., Hiiri, A., Honkala, S., Keskinen, H. & Sirviö, K. 2009. Terve suu. Tampere: Esa Print Oy.

Heinonen, T. 2007. Kariuksen hallinta. Lahti: Idies Oy.

Heinonen, K., Haavisto, K., Seppä, L. & Hausen, H. 2008. Mehutuotteet vaarantavat hampaat. Suomen Hammaslääkärilehti 15/2008, s. 20 - 25.

Hurmerinta, K. & Nyström, M. 2008. Hampaiden kehitys ja puhkeaminen. Terveysportti Duodecim. Therapia Odontologica. 25.10.2008. Saatavissa: www.terveysportti.fi/dtk/tod/ava?p_artikkeli=tod=16006 [viitattu 15.5.2012]

Holopainen, M., Tenhunen, L. & Vuorinen, P. 2004. Tutkimusaineiston analysointi ja SPSS. Hamina: Oy Kotkan Kirjapaino Ab.

Höltkä, P. 2007. Lasten hammashoito. Terveysportti Duodecim. Therapia Odontologica 6.3.2007. Saatavissa: www.terveysportti.fi/dtk/tod/avaa?p_artikkeli=tod16001 [viitattu 2.3.2012].

Inglehart, M. R. & Bagramian, R. A. (edit.) 2002. Oral Health-Related Quality of Life. Chicago: Quintessence Publishing Co, Inc.

Ilmonen, J., Isolauri, E. & Laitinen, K. 2007. Ravitsemusneuvonta koetaan tärkeäksi neuvontatyössä. Suomen lääkärilehti 62/2007, s. 3661 - 3666.

Isaksson, P. 2010. Tandvårdspersonals syn på hur de stödjer till en god tandhälsa hos små barn i Halland. Region Halland. Diariennr: RH09258. Saatavissa: www.regionhalland.se [viitattu 30.3.2012].

Isoherranen, K., Rekola, L. & Nurminen, R. 2008. Enemmän yhdessä – moniammatillinen yhteistyö. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Isong, I., Luff, D., Perrin, J., Winikoff, J. & Ng, M. 2012. Parental Perspectives of Early Childhood Caries. *Clinical Pediatrics* 51 (1), s. 77 - 85. SAGE.

Johansson, A-K. 2005. Hampaiden eroosio. *Suomen Hammaslääkärilehti* 12/2005, s. 852 - 857.

Järvinen, S. (toim.) 2009. Hymyssä Suin - Sinun terveydeksesi - yleisölehti. Helsinki: Suun terveyden Ammattiliitto STAL ry. Saatavissa: http://stal-fi-bin.directo.fi/@Bin/36c193021b444a568f209aa7530d0ef8/1330769996/application/pdf/63026/MALLI_stal_hymyssasuin2009%20%282%29.pdf [viitattu 3.3.2012].

Kalkas, H. & Sarvimäki, A. 1995. Hoitotyön etiikan perusteet. Sairaanhoidtajien koulutussäätiö. Vammala : Vammalan Kirjapaino Oy.

Karieksen hallinta - Käypä hoito - suositus 2009: Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Hammaslääkäriseura Apollonia ry:n asettama työryhmä. Päivitetty 10.9.2009. Saatavilla: <http://www.terveysportti.fi/xmedia/hoi/hoi50078.pdf> [viitattu 15.2.2012].

Kansanterveyslaki 28.1.1972/66. Finlex. Saatavilla: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1972/19720066> [viitattu 15.2.2012].

Kawashita, Y., Kitamura, M. & Saito, T. 2011. Review Article Early Childhood Caries. *International Journal of Dentistry* 7/2011, s. 1-7, Article ID 725320. Hindawi Publishing Corporation: Nagasagi.

Kettunen, T. 2001. Neuvontakeskustelu. Tutkimus potilaan osallistumisesta ja sen tukemisesta sairaalan terveysneuvonnassa. *Studies in sport, physical education and health* 75. Jyväskylän yliopisto. Jyväskylä: Jyväskylä Printing House.

Könönen, E. 2009. Hammasplakki. Duodecim Terveyskirjasto. *Therapia Odontologica* 18.12.2009. Saatavilla: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00206 [viitattu 22.2.2012].

Laaksonen, M. & Silventoinen, K. (toim.) 2011. *Sosiaali-epidemiologia. Väestön terveyserot ja terveyteen liittyvät sosiaaliset tekijät*. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. Finlex. Saatavilla: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785> [viitattu 15.2.2012].

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559. Finlex. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559> [viitattu 15.2.2012].

Leinonen, J. 2009. Sylkeen erittyvä hiilihappohydraasi isoentsyymi VI poistaa happamuutta kiilteen pinnalta. Väitöskirjakatsaus. *Suomen Hammaslääkärilehti* 11/2009, s. 28 - 29.

Lingström, P. & Fjellström, C. 2008. Ruokailutottumukset vaikuttavat suunterveyteen – Muuttuneet ravinto- ja kulutustottumukset pohjoismaisesta näkökulmasta. *Suomen Hammaslääkärilehti* 15/ 2008: s, 32 - 40.

Mason, J. 2005. *Concepts in Dental Public Health*. Lippincott Williams & Wilkins A Wolters Kluwer Company: Baltimore.

Mattila, M-L., Ojanlatva, A., Rähkä, H. & Rautava, P. 2005. Perhe hammaslääkärin asiakkaana. *Suomen Hammaslääkärilehti* 12/2005, s. 492 - 496.

Mattila, M-L. & Rautava, P. 2007. Lapsen suu on perheen peili – mitä peili voi kertoa ? *Duodecim*. 2007: 123(7), s. 819-823. Saatavissa: <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo96388.pdf>.

Marchall, T.A., Levy, S.M., Broffitt, B., Warren, J.J., Eichenberger-Gilmore, J. M., Burns, T.L. & Stumbo, P.J. 2003. Dental caries and beverage consumption in young children. *Pediatrics*: 112/3, s. 184 - 191. Saatavissa: <http://pediatrics.aappublications.org/content/112/3/e184.full.pdf+html?sid=88a2817c-6227-40f1-85ee-3b7073c71c8f> [viitattu 30.3.2012].

MediLexicon. 2012. Colonization. Saatavissa: <http://www.medilexicon.com/medicaldictionary.php?t=19024> [viitattu 13.3.2012].

Meurman, J.H., Murtomaa, H., Le Bell, Y. & Autti, H. (toim.) 2003. *Terapia odontologica. Hammaslääketieteen käsikirja*. Hollola: Salpauselän kirjapaino Oy.

Mezirow, J. Et Al. 1996. *Uudistava oppiminen kriittinen reflektio aikuis-koulutuksessa*. Helsingin yliopiston Lahden tutkimus ja koulutuskeskus. Helsinki: Painotalo Miktor.

Mäkinen, K. K. (toim.) 2001. *Ksyylioli ja sen käyttö suun terveyden edistämässä*. Helsinki: Suun Terveydenhoidon Ammattiliitto.

Mäkinen, O. 2006. *Tutkimusetiikan ABC*. Helsinki: Gummerus Kirjapaino Oy.

Okkonen, T. 2004. *Lapsen terveystäytöksestä lapsen terveyden yhteistoinnalliseen edistämiseen*. Väitöskirja. Kuopion yliopisto.

Ollila, P. 2010. *Assessment of caries risk on toddlers a longitudinal cohort study*. Acta universitatis ouluensis D Medica 1059. Faculty of Medicine. Institute of Dentistry. University of Oulu. Tampere: Juvenes Print. Saatavissa: <http://herkules oulu.fi/isbn9789514262227/isbn9789514262227.pdf> [viitattu 1.2.2012].

Ollila, P. 2004. Tutin käyttö ja karies. *Suomen Hammaslääkäri lehti* 4/2004, s. 198 -199.

Petersen, P.E. 2003. The World Oral Health Report 2003. Continuous improvement of oral health in the 21st century – approach of the WHO Global Oral Health Programme. Oral Health Programme Noncommunicable Disease Prevention and Health Promotion. WHO. Geneva, Switzerland. Saatavissa: http://www.who.int/oral_health/media/en/orh_report03_en.pdf [viitattu 29.2.2012].

Petti, S. 2010. Why guidelines for early childhood caries prevention could be ineffective amongst children at high risk. *Journal of Dentistry* 38/2010, s. 946-955. Saatavissa: www.intl.elsevierhealth.com/journals/jden [viitattu 14.3.2012].

Philips. 2011. Pohjoismaiden tutkimus. Suomessa lasten suun terveys on heikompi kuin muissa pohjoismaissa. *Suun terveydeksi – lehti* 02/2011: s. 9.

Pietilä, A-M.(toim.) 2010. Terveyden edistäminen teoriasta toimintaan. Helsinki: WSOYpro Oy.

Pietilä, A-M., Hakulinen, T., Hirvonen, E., Koponen, P., Salminen, E-M. & Sirola, K. 2002. Terveyden edistäminen uudistuvat menetelmät. Juva: WS Bookwell Oy.

Pitts, N.D. 2009. Detection, Assessment, Diagnosis and Monitoring of Caries. *Monographs in Oral Science* Vol. 21. Basel: S Karger AG.

Poulsen, S. & Hausen, H. 2008. Suunterveys – Yksilön vai yhteisön vastuulla? *Suomen Hammaslääkärilehti* 15/2008, s. 20 - 23. Forssa: Forssan Kirjapaino.

Pöyry, H. 2007. Karies ja sen ehkäisy maitohampaistossa. Helsingin Yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Helsinki: Hammaslääketieteen laitos.

Raadal, M., Espelid, I. & Crossner, C-G. 2011. Lasten ja nuorten kariuksen hoito – onko aika muuttaa strategiaa? Suomen Hammaslääkärilehti 3/2011, s. 20-27.

Ravel, D. 2004. Pediatric Dental Health. Management and Prevention of Dental Caries In Children. Saatavissa: <http://dentalresource.org/topic54dentalcaries.html> [viitattu 29.2.2012].

Sheiham, A. & Bönecker, M. 2006. Promoting Children's Oral Health Theory and Practice. Sao Paolo: Quintessence Editora Ltda.

Seikkula, J. & Arnkil, T. 2009. Dialoginen verkostotyö. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki: Esa Print Oy.

Siljander, P. 2002. Systemaattinen johdatus kasvatustieteeseen. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Simark-Mattson, C., Johnsson, R., Emilson, C-G. & Roos, K. 2009. Final pH affects the interference capacity of naturally occurring oral Lactobacillus strains against mutans streptococci. Göteborg University. Archives of Oral Biology 54/2009, s. 602 - 607. Saatavissa: www.intl.elsevierhealth.com/journals/arob [viitattu 13.3.2012].

Sirviö, K. 2006. Lapsiperheiden osallisuus terveyden edistämässä – mukanaolosta vastuunottoon. Asiakastilanteiden arviointia sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöiden ja perheiden näkökulmasta. Väitöskirja. Kuopion yliopisto.

Stegeman, C. & Davis, J. R. 2010. The Dental Hygienist's Guide to Nutritional Care. Third Edition. St Louis: Saunders Elsevier.

Ståhl, T. & Saaristo, V. 2011. Neuvolatoiminta, koulu- ja opiskeluterveydenhuolto sekä lasten ja nuorten ehkäisevä suun terveydenhuolto 2009. Kuntien valmiudet asetuksen (380/2009) toimeenpanoon. 21/2011. Terveyden ja hyvinvointilaitoksen -raportti. Saatavissa:

<http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/4eec3a6b-71d9-480d-9679-5fe7cefff67>
[viitattu 31.01.2012].

Suomen Hammaslääkäriliitto 2012. Kannanotot 17.8.2007. Hammaslääkäriliiton
suositukset. Saatavissa:
<http://www.hammaslaakariliitto.fi/hammaslaeaeakaeriliitto/tavoitteet/kannanotot/2007/1782007-hammaslaeaeakaeriliiton-suositukset/>[viitattu 29.2.2012].

Tenovuo, J. 2002. Kariuksen ehkäisy nyt ja tulevaisuudessa. Lääketieteellinen Aikakauskirja. 2002:118(16), s. 1657 - 1662.

Tenovuo, J. 2008. Kariologinen sylki diagnostiikka. Päivitetty 14.5.2008. Duodecim Terveyskirjasto. Therapia Odontologica. Saatavissa:
www.terveysportti.fi/dtk/tod/avaa?p_artikkeli=tod13008 [viitattu 9.3.2012].

Tenovuo, J. 2008. Syljen lipidit. Päivitetty 14.5.2012. Duodecim Terveyskirjasto. Therapia Odontologica. Saatavissa:
www.terveysportti.fi/dtk/avaa?p_artikkeli=tod07007 [viitattu 2.3.2012].

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326. Finlex. Saatavissa:
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326> [viitattu 15.2.2012].

Todar, K. 2008 - 2012. Todar's online textbook of Bacteriology. The Bacterial Flora of Humans. University of Wisconsin. Department of Bacteriology.
Saatavissa: <http://textbookofbacteriology.net/normalflora.html> [viitattu 13.3.2012].

Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta 338/2011. Finlex. Saatavissa:
<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2011/20110338> [viitattu 7.3.2012].

Valtioneuvoston asetus terveydenhuollon ammattihenkilöistä 564/1994.

Finlex. Saatavissa:

<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1994/19940564> [viitattu 15.2.2012].

Vilka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

World Health Organization. 2012a. Oral Health. Maailman terveysjärjestön verkkosivut. Saatavissa:

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/en/index.html> [viitattu 29.2.2012].

World Health Organization. 2012b. Mental health: strengthening our response. Media centre. Maailman terveysjärjestön verkkosivut. Saatavissa:

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/> [viitattu 3.3.2012].

Ylöstalo, P. 2008. Huonot suunterveystavat altistavat sydänsairauksille. Suomen Hammaslääkärilehti 15/2008, s. 28 - 29.

Liite 1.

SAATEKIRJE 04/2012

Hyvät vanhemmat,

Opiskelen Kymeenlaakson ammattikorkeakoulussa terveyden edistämisen ylempää ammattikorkeakoulututkintoa. Teen opinnäytetyöni kirkkonummelaisten päiväkotilasten suun terveydestä. Teen saaduista kysymyslomakkeiden vastauksista yhteenvedon ja analysoin saadut tutkimustulokset.

Tutkimuksellinen kohderyhmäni on kirkkonummelaiset päiväkotilapset ja heidän vanhempansa. Tutkimusaineistoni käsittää valmiiksi strukturoidun kysymyslomakkeen. Kysymykset käsittelevät neljä eri teemaa: perustiedot, ravitsemustottumukset, perheen suunhoitotottumukset sekä lapsen suun terveyden palveluiden laadun ja käytön.

Kysymykset koskevat vanhempien näkemyksiä siitä millainen suun terveyden tila heidän lapsillaan on. Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja siitä saa vetäytyä tutkimuksen missä tahansa tilanteessa. Tutkimukseen osallistuvien tutkittavien henkilöllisyys ei tule esille haastattelulomakkeissa eikä varsinaisessa lopullisessa pro gradu–työssäni. Kyselyn vastaukset ovat siis täysin luottamuksellisia ja niiden sisältämiä tietoja käytetään vain tutkimuksellisiin tarkoituksiin.

Vastaamalla kyselylomakkeeseen annatte samalla tutkimuksellisen suostumuksenne käyttää antamianne vastauksia ylemmän ammattikorkeakoulututkontoni opinnäytetyössä. Teillä on yksi viikko aikaa vastata kysymyslomakkeen kysymyksiin. Olettehan ystävällisiä ja palautatte täytetyt vastauslomakkeet lastenne ryhmänohjaajalle.

Toivon, että autatte osaltanne minua tekemään tämän tutkimukseni, uhraamalla hetken aikaa koskien lastenne suun terveyttä ja siihen liittyviä tekijöitä.

Lämpimästi yhteistyöstä kiittäen,

Opiskelija:

Merja Timonen

metimone@student.kyamk.fi

0X0 XXXXXXXX

Kirkkonummi

Opinnäytetyön ohjaaja:

Yliopettaja Marja-Leena Kauronen

Kymeenlaakson ammattikorkeakoulu

YAMK Terveyden edistämisen koulutusohjelma TE10Y

Sosiaali- ja terveystieteiden

PL 48401 KOTKA

Toimeksiantaja:

Suunnittelija Tarja Kotamäki

tarja.kotamaki@kirkkonummi.fi

Kirkkonummen kunta: Sivistyspalvelukeskus

Liite 2.

04/2012 TUTKIMUSKYSYMYKSET VANHEMMILLE

Hyvä vastaaja!

Tämän tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa Kirkkonummen päiväkotilapsien suun terveyden ohjaukseen liittyvistä kehittämistarpeista.

Tutkimuksen onnistumisen kannalta on tärkeää, että täytät kyselyn mahdollisimman huolellisesti. Kaikki vastauksenne käsitellään luottamuksellisesti ja nimettömästi, lopullisessa tutkimuksessa yksittäisiä vastaajia ei voida tunnistaa. Tutkimustietoja käsittelee vain tutkija.

Vastausohjeet: Ympyröikää Teidän käytäntöihin sopivin vaihtoehto.

Jos Teillä on useampi lapsi samassa päiväkodissa, täytättehän ystävällisesti erillisen lomakkeen lapsikohtaisesti.

1 PERHEEN PERUSTIEDOT

1. Kysymyksiin vastasi

- 1 Äiti
- 2 Isä

2. Lapsenne ikä

- 1 Alle 1 vuotta
- 2 Alle 2 vuotta
- 3 2-3 vuotta
- 4 4-5 vuotta
- 5 6-7 vuotta

3. Lapsenne sukupuoli

- 1 Tyttö
- 2 Poika

4. Kuinka monta lasta Teidän perheessänne on?

- 1 Yksi
- 2 Kaksi
- 3 Kolme
- 4 Neljä
- 5 Enemmän kuin neljä

5. Harjaan itse hampaani

- 5 Kaksi tai useamman kerran päivässä
- 4 Kerran päivässä
- 3 Muutaman kerran viikossa
- 2 Viikottain
- 1 Harvemmin

2 RAVITSEMUSTOTTUMUKSET

1. Lapsellani on säännölliset ateriarytmit

- 1 Täysin samaa mieltä
- 2 Jokseenkin samaa mieltä
- 3 En samaa enkä eri mieltä
- 4 Jokseenkin eri mieltä
- 5 Täysin eri mieltä

2. Lapseni saa ruokajuomaksi

- 1 Vettä
- 2 Mehua
- 3 Maitoa
- 4 Virvoitusjuomaa
- 5 Tuoremehua

3. Lapseni juo aterioiden välillä

- 1 Vettä
- 2 Mehua
- 3 Maitoa
- 4 Virvoitusjuomaa
- 5 Tuoremehua

4. Lapseni nauttii sokeripitoisia juomia

- 1 1-3 kertaa päivässä
- 2 2-5 kertaa viikossa
- 3 Kerran viikossa
- 4 Satunnaisesti
- 5 Ei koskaan

5. Lapseni saa ksylitoli- purukumia tai ksylitolipastilleja ateria jälkeen

- 1 1-3 kertaa päivässä
- 2 5 kertaa viikossa
- 3 kerran viikossa
- 4 Satunnaisesti
- 5 Ei koskaan

6. Lapseni nauttii makeisia

- 1 1-3 kertaa päivässä
- 2 2-5 kertaa viikossa
- 3 Kerran viikossa
- 4 Satunnaisesti
- 5 Ei koskaan

7. Mielestäni ruokailutottumuksilla on hampaiden reikiintymisen kannalta merkitystä

- 5 Erittäin paljon
- 4 Melko paljon
- 3 Jonkin verran
- 2 Erittäin vähän
- 1 Ei lainkaan

3 PERHEEN SUUNHOITOTOTTUMUKSET**1. Lapseni suun terveys on tärkeä osa yleisterveyttä**

- 5 Täysin samaa mieltä
- 4 Jokseenkin samaa mieltä
- 3 Ei samaa eikä eri mieltä
- 2 Jokseenkin eri mieltä
- 1 Täysin eri mieltä

2. Lapseni harjaa hampaansa fluorihammastahnalla

- 5 Kaksi tai useamman kerran päivässä
- 4 Kerran päivässä
- 3 Epäsäännöllisesti viikoittain
- 2 Kerran viikossa
- 1 Ei lainkaan

3. Tarkastan lapseni suun terveydentilan

- 1 Kerran päivässä
- 2 Useita kertoja viikossa
- 3 Kerran viikossa
- 4 Kerran kuukaudessa
- 5 En lainkaan

4. Lapseni syö fluoritabletteja

- 1 Kerran päivässä
- 2 Useita kertoja viikossa
- 3 Kerran viikossa
- 4 Kerran kuukaudessa
- 5 En lainkaan

5. Vaihdan lapseni hammasharjan uuteen

- 1 Kerran kuukaudessa
- 2 Kahden kuukauden välein
- 3 Puolen vuoden välein
- 4 Vuoden välein
- 5 En koskaan

6. Lapseni käyttää tuttia

- 5 Päivällä ja yöllä
- 4 Vain päivällä
- 3 Vain öisin
- 2 Silloin tällöin
- 1 Ei koskaan

7. Sallin lapseni nauttia muiden lasten tavoin makeisia ja virvoitusjuomia sosiaalisissa tilanteissa ryhmäpaineen vuoksi

- 5 Aina
- 4 Usein
- 3 Silloin tällöin
- 2 Erittäin harvoin
- 1 Ei lainkaan

8. Keskustelen lapseni kanssa suun terveyden tärkeydestä

- 1 Päivittäin
- 2 Viikottain
- 3 Kuukausittain
- 4 Harvoin
- 5 En lainkaan

9. Tuen lapseni hampaidenharjausta pesemällä itse samaan aikaan hampaani

- 1 Päivittäin
- 2 Viikoittain
- 3 Kuukausittain
- 4 Harvoin
- 5 En lainkaan

10. Toimin itse esimerkkinä lapselleni asettamieni rajojen osalta, koskien makeisia ja virvoitusjuomia

- 5 Aina
- 4 Usein
- 3 Silloin tällöin
- 2 Erittäin harvoin
- 1 Ei lainkaan

4 LAPSEN SUUN TERVEYDEN PALVELUIDEN LAATU JA KÄYTTÖ

1. Olemme saaneet suun terveyden edistämiseen ohjausta neuvolakäyntiemme yhteydessä

- 5 Aina
- 4 Usein
- 3 Silloin tällöin
- 2 Erittäin harvoin
- 1 Ei lainkaan

2. Pohdimme yhdessä ammattilaisen kanssa ohjauskeskustelussa lapsemme suun terveyden muutostarpeita

- 1 Kyllä
- 2 Ei

3. Ohjauksen jälkeen olemme muuttaneet lapsemme ravintotottumuksia ohjauksen mukaiseksi

- 1 Kyllä
- 2 Ei

4. Lapseni on käynyt kutsuttaessa suuhygienistillä tai hammaslääkärillä suun tarkastuksessa

- 1 Puolivuosittain
- 2 Joka vuosi
- 3 Joka toinen vuosi
- 4 Harvemmin
- 5 Ei koskaan

5. Lapselleni on tehty karies-testi

- 1 Kyllä
- 2 Ei
- 3 En tiedä

6. Onko lapsellanne ollut kariesta hampaissa ?

- 1 Kyllä
- 2 Ei
- 3 En tiedä

7. Olemme saaneet tietoa karieksesta ja sen ennaltaehkäisemisestä

- 1 Kyllä
- 2 Ei

8. Olemme saaneet suuhygienistiltä uusinta tietoa suun terveyden edistämisen tavoista

- 1 Aina
- 2 Erittäin usein
- 3 Silloin tällöin
- 4 Erittäin harvoin
- 5 Ei koskaan

9. Lapseni saama ammatillinen ohjaus suun terveyden edistämisestä on mielestäni

- 1 Erittäin hyvää
- 2 Melko hyvää
- 3 Ei hyvää eikä huonoa
- 4 Melko huonoa
- 5 Erittäin huonoa

10. Olemme saaneet ohjausta lapsemme hampaiden harjaukseen

- 1 Kyllä
- 2 Ei

11. Olemme saaneet ohjausta tutinkäytön vaikutuksista hampaisiin

- 1 Kyllä
- 2 Ei

12. Olemme saaneet ohjausta tutista luopumiseksi

- 1 Kyllä
- 2 Ei

13. Koen kunnallisen hammashoidon palvelun olevan riittävää

- 1 Täysin samaa mieltä
- 2 Jokseenkin samaa mieltä
- 3 En samaa enkä eri mieltä
- 4 Jokseenkin eri mieltä
- 5 Täysin eri mieltä

