



Elisa Kanniainen & Sinikka Keränen

SENIORITALOSSA ASUVIEN IKÄIHMISTEN KOKEMA SUUN TERVEYS, SUUN TERVEYDEN OMAHOITO JA HAMMASHOITOPALVELUJEN KÄYTTÖ

Kyselytutkimus Oulun Caritaksen senioritalojen asukkaille



SENIORITALOSSA ASUVIEN IKÄIHMISTEN KOKEMA SUUN TERVEYS, SUUN TERVEYDEN OMAHOITO JA HAMMASHOITOPALVELUJEN KÄYTTÖ

Kyselytutkimus Oulun Caritaksen senioritalojen asukkaille

Elisa Kannianen & Sinikka Keränen
Opinnäytetyö
Syksy 2013
Suun terveydenhuollon
koulutusohjelma
Oulun seudun ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Oulun seudun ammattikorkeakoulu
Suun terveydenhuollon koulutusohjelma

Tekijät: Elisa Kanniainen ja Sinikka Keränen

Opinnäytetyön nimi: Senioritalossa asuvien ikäihmisten kokema suun terveys, suun terveyden omahoito ja hammashoitopalvelujen käyttö

Työn ohjaaja: Helena Heikka

Työn valmistumislukukausi ja -vuosi: Syksy 2013

Sivumäärä: 67 + 8 liitesivua

Suomessa iäkkäiden määrän kasvu luo uudistamispaaineita sosiaali- ja terveystalvurakenteisiin ja toimintatapoihin. Palvelujen tason tulee kuitenkin pysyä laadukkaana muutoksista huolimatta. Kaiken ikäisillä kansalaisilla tulee olla mahdollisuus muiden palvelujen lisäksi myös laadukkaisiin suun terveydenhuollon palveluihin. Laadukas hoito vastaa asiakkaan tarpeita ja toiveita sekä tukee itsenäistä selviytymistä. Asiakslähtöisten palvelujen lähtökohtana onkin asiakkaiden kuuleminen ja heidän tarpeidensa ja toiveidensa mukainen tavoitteellinen hoito.

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvailla Oulun Caritas -kylän vanhuspalveluasunnoissa asuvien ikäihmisten suunhoitotottumuksia, hammashoitopalvelujen käyttöä ja koettua tarvetta sekä palvelujen asiakslähtöisyyttä. Tutkimustuloksia voidaan hyödyntää vanhuksille suunnattavien palvelujen kehittämisessä.

Tutkimuksen teoreettisessa osassa tarkastelemme ikäihmisten kunnallisia suun terveydenhuoltopalveluja ja niiden laatua, palvelujen asiakslähtöisyyttä sekä ikäihmisten suun terveyteen vaikuttavia asioita. Tutkimustehtävät pohjautuvat tähän viitekehykseen. Tutkimuksemme on kvantitatiivinen survey-tutkimus, ja aineisto kerättiin puolistrukturoidulla kyselylomakkeella Caritas-kylän yli 63-vuotiailta asukkailta. Kysely toteutettiin keväällä 2013, ja kyselyn vastausprosentti oli 21 (n=64). Tutkimusaineisto analysoitiin Webropol -ohjelmalla.

Tutkimustulosten perusteella voidaan todeta, että suurin osa ikäihmisistä huolehtii päivittäin suunsa ja hampaidensa puhtaudesta. Enemmistö vastaajista koki suun terveyden hyväksi, eikä suun, hampaiden ja mahdollisten proteesien puhdistuksessa pääsääntöisesti ollut vaikeuksia. Yleisimmät ikäihmisten tekemät arviot tarvittavasta hoidosta olivat tarkastus ja hammaskivenpoisto. Hammashoidossa käytiin melko säännöllisesti, ja suurin osa käytti yksityisten hammaslääkäriasemien palveluja. Tutkimustuloksista ilmenee, että enemmistö vastaajista ei halua kotiinsa suun terveydenhoitopalveluja ja hammashoito haluttiin myös järjestää omatoimisesti. Suurin osa ikäihmisistä oli tyytyväisiä saamiinsa hammashoitopalveluihin. Ohjausta saatiin yleisimmistä suun ja hampaiden puhdistukseen liittyvistä asioista, mutta osa ikäihmisistä koki kuitenkin jääneensä kokonaan ilman ohjausta. Suun terveyteen liittyvää tietoa on saatavilla helposti tai melko helposti, ja hammashoitolat ovat avainasemassa tämän tiedon välittäjinä. Tulosten perusteella palvelusuunnitelmaa tulisi kehittää siten, että suunnitelmaa tehtäessä myös suunhoito huomioidaan osana kokonaisuutta.

Asiasanat: ikäihminen, hammashoitopalvelut, suun terveydenhoito, asiakslähtöisyys

ABSTRACT

Oulu University of Applied Sciences
Degree Programme in Dental Health Care

Authors: Elisa Kanniainen & Sinikka Keränen

Title of thesis: Oral Hygiene Habits and Use of Dental Care Services of Senior House Inhabitants

Supervisor: Helena Heikka

Term and year when the thesis was submitted: Autumn 2013

Number of pages + appendix pages: 67 + 8

The number of elderly people is increasing a lot in Finland. Health care services including oral health care must develop their services and their quality to respond to increasing demands and needs. Customer oriented approach is one of the main things to improve the quality of services. This requires the observation of the real needs of older people.

The aim of this Bachelor's Thesis was to describe the relation between the elderly and oral health care. The first study task examined the oral hygiene habits of older people. The second task was to identify what kind of dental health care services the elderly used and how the appointments were arranged. The third task was to find out if the services used by the elderly were customer oriented.

The quantitative research method was chosen for this study and self-made semi-structured questionnaires were used as the data gathering method. The sample (n=64) consisted of elderly people aged 63 years or older living in a senior house. Data were analysed using Webropol Statistical Programme. The theory section of this study examines the municipal dental care services and quality, customer oriented approach and features of oral care by elderly people.

According to the study, most respondents took care of their oral hygiene daily by brushing their teeth twice a day and using fluoride toothpaste. Major oral health problems did not exist among the majority of the elderly. The results also indicated that visiting a dentist was regular among the respondents. Private dentists were more popular than municipal dental care centers. Results revealed that most of the elderly were satisfied with services they had used, though some older people thought they did not get guidance on how to care for oral hygiene at all. The main opinion of getting information about oral health was positive. The most respondents got necessary knowledge easily from dentists or magazines.

These findings are not generalizable to all senior houses because of the low number of respondents. However, organizations which offer health care services to older people can utilize these findings. Customer orientation is the key to good customer satisfaction.

Keywords: elderly people, dental care services, oral hygiene, customer oriented approach

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ.....	3
ABSTRACT.....	4
SISÄLLYS.....	5
1 JOHDANTO.....	8
2 IKÄIHMISTEN KUNNALLISET SUUN TERVEYDENHUOLLON PALVELUT JA NIIDEN LAATU.....	11
2.1 Suun terveyden edistäminen.....	12
2.2 Kotipalvelut ja palvelusuunnitelma.....	13
2.3 Ikäihmisten palvelujen laatusuositus.....	14
3 ASIAKASLÄHTÖISYYS IKÄIHMISTEN PALVELUISSA.....	15
4 IKÄIHMISTEN SUUN TERVEYDENHOITO.....	17
4.1 Iäkkäiden suun terveydenhoidon palvelujen tarve.....	17
4.2 Iäkkäiden suun hoidon tavoitteet.....	19
4.3 Ikäihmisten suun terveydenhoidon erityispiirteitä.....	20
4.3.1 Kiinnityskudossairaudet ja juurikaries.....	20
4.3.2 Hammasproteesien yhteys suun ongelmiin.....	21
4.3.3 Suun kuivuus.....	23
4.3.4 Muita ikäihmisillä suussa esiintyviä ongelmia.....	24
4.4 Ehkäisevä suun terveydenhoito.....	25

4.4.1 Ravitsemus	26
4.4.2 Suun ja hampaiden puhdistus ja omahoito	27
4.4.3 Toimintakyvyn heikkeneminen	29
5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT	31
6 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	32
6.1 Tutkimusmenetelmän valinta	32
6.2 Mittarin laadinta ja luotettavuus	33
6.2.1 Kysymysten laatiminen ja kysymystyyppien valinta	34
6.2.2 Kyselylomakkeen sisältö ja muotoilu	35
6.2.3 Lomakkeen esitestaus	36
6.2.4 Tutkimuksen reliabiliteetti ja validiteetti	36
6.3 Aineiston keruu ja analysointi	37
6.4 Tutkimuksen eettiset näkökohdat	39
7 TUTKIMUSTULOKSET	41
7.1 Taustatiedot	41
7.2 Suun terveydentila ja omahoito	41
7.3 Hammashoitopalveluiden käyttö ja niiden saavutettavuus	44
7.4 Suun terveydenhoidon ohjaus ja palvelujen asiakaslähtöisyys	47
8 TULOSTEN TARKASTELU JA JOHTOPÄÄTÖKSET	50
9 POHDINTA	56
9.1 Tutkimuksen luotettavuuden tarkastelua	56

9.2 Tutkimuksen eettisyyden arviointia.....	58
9.3 Kehittämisideat ja omat oppimiskokemukset.....	59
LÄHTEET.....	61
LIITTEET	68

1 JOHDANTO

Yksi suomalaisen hyvinvointiyhteiskunnan tunnuspiirteistä on jokaisen ihmisen oikeus sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin. Terveydenhuollon sisältöä, palvelujen saatavuutta ja laatua on kehitetty johdonmukaisesti jo useamman vuosikymmenen ajan. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013, 7. Hakupäivä 17.9.2013.) Suomen väestön ikärakenne muuttuu koko ajan vanhusvoittoisemmaksi, joten yhteiskunnan on paneuduttava entistä enemmän ikääntyneen väestön tarpeisiin. Suomessa on tätä nykyä yli miljoona vanhuuseläkkeeseen oikeutettua (63v+) henkilöä, joista suurin osa asuu itsenäisesti. Säännöllisesti palveluja käyttäviä on kuitenkin pieni osa, noin 140 000. Säännöllisesti kodissaan palveluja saavia henkilöitä on noin 90 000. (Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen Kuntaliitto 2013, 13.)

Vaikka ikäihmisten palvelutarpeet ovat pohjimmiltaan samoja kuin muulla väestöllä, ikääntyminen luo joitain erityispiirteitä. Ikääntymisen myötä ilmaantuvien muutosten ja sairauksien lisäksi mm. liikkumismahdollisuudet vaikuttavat iäkkäiden asiakkaiden palvelutarpeisiin. (Tilvis 2001, 25, 28.) Ikääntyneen väestön hyvinvointia, toimintakyvyn tukemista ja iäkkäiden henkilöiden sosiaali- ja terveyspalvelujen saantia turvaa heinäkuussa 2013 voimaantullut laki. Lain tarkoituksena on muun muassa edistää iäkkäiden mahdollisuutta osallistua tarvitsemiensa palvelujen kehittämiseen ja saada laadukkaita sosiaali- ja terveyspalveluja (Vanhuspalvelulaki 980/2012 1:1 §). Vastikään uudistunut ikäihmisten palveluja koskeva laatusuositus tukee tämän lain toimeenpanoa ja ikääntyneen väestön toimintakyvyn edistämistoimia (Sosiaali- ja terveysministeriö ym. 2013, 10).

Palvelu on laadukasta, kun se kykenee vastaamaan asiakkaan selvitettyihin palvelutarpeisiin järjestelmällisesti, vaikuttavasti, asiakaslähtöisesti, kustannustehokkaasti ja säännösten mukaan. Kun palvelu vastaa asiakkaan tarpeisiin, se ylläpitää tai parantaa asiakkaan toimintakykyä ja mahdollisesti lisää saatuja terveyshyötyjä. Laatusuositus tukee palvelujen asiakaslähtöisyyden ja laadun parantamista, edistää yhteistyötä eri tahojen välillä sekä kannustaa ikäihmisiä kehittämään aktiivisesti palveluja. (Sosiaali- ja terveysministeriö ym. 2013, 10.) Suun terveydenhuoltopalvelut ovat osa lain määrittämiä kansalaisille tarjottavia sosiaali- ja terveyspalveluja. Säännöllisen hammashoidon avulla pyritään ylläpitämään suun terveyttä. Ikäihmisten suun hoidon keskeisinä tavoitteina ovat huolellisen ja säännöllisen suun päivittäishoidon varmistaminen, suun kunnon säännöllinen arviointi, suun kuntoa uhkaavien

riskitekijöiden tunnistaminen sekä säännöllisen hammaslääkärikäynnin järjestäminen. (Suomen Hammaslääkäriliiton Vanhustyöryhmä 2003, 6, 51.) Terveys 2000 -tutkimuksessa todetaan, että omien hampaiden säilyttäminen on väestön suunterveyden kannalta merkittävin päämäärä (Suominen-Taipale, Nordblad & Vehkalahti 2004, 65). Iäkkään suuongelmat tulisi hoitaa mahdollisimman aikaisessa vaiheessa, koska toimintakyvyn heikentämisen lisäksi ne uhkaavat yleisterveyttä (Meurman 2001, 275; Suomen Hammaslääkäriliiton Vanhustyöryhmä 2003, 21). Terveys 2000 -tutkimuksen tuloksissa näkyy selvästi terveysneuvonnan ja erityisesti omahoidon neuvonnan vähyys. Tutkimuksen mukaan hoidon painopiste tulisi siirtää ehkäisevään hoitoon, joka edellyttää yksilöllisyyden huomioonottavaa yhteistyötä asiakkaan kanssa. (Suominen-Taipale, Vehkalahti, Nordblad & Aromaa 2004, 158.)

Työmme on osa Eheä Elämän Ehto - Ikääntyvien hyvinvointia parantavat toimintamallit - hanketta, jonka tarkoituksena on luoda ennaltaehkäiseviä ja omatoimisuutta lisääviä toimintamalleja vanhustyöhön. Projektin pyrkimyksenä on parantaa ikääntyvän väestön terveyttä, hyvinvointia ja omatoimista vanhuudessa pärjäämistä. Hanke toteutetaan Kempeleen kunnan, Oulun Caritaksen ja Metsolakotien yhteistyönä. Tämä tutkimus on kohdennettu Oulun Caritaksen palveluasunnoissa asuville ikäihmisille. Projektin yhtenä tarkoituksena on vanhustalujen laadun parantaminen. Myös asiakaslähtöisyys on ollut jo pitkään ajankohtainen asia kaikessa palveluntuotannossa. Tutkimuksemme tarkoituksena on selvittää Oulun Caritas -kylän vanhustaluasunnoissa asuvien ikäihmisten suunhoitotottumuksia, hammashoitopalvelujen käyttöä ja koettua tarvetta sekä palvelujen asiakaslähtöisyyttä. Aihe on mielestämme tärkeä ja ajankohtainen, koska iäkkäiden määrä kasvaa jatkuvasti ja vanhustalujen pitäisi vastata asiakaslähtöisesti samaa vauhtia kasvavaan palvelujen tarpeeseen. Toivomme, että tutkimustuloksista saatua tietoa voidaan hyödyntää vanhuksille kohdennettavien palvelujen kehittämisessä. Aihetta ehdotettiin meille, ja päätimme ottaa sen, koska halusimme tehdä opinnäytetyönä kyselytutkimuksen ja aihe vaikutti mielenkiintoiselta.

Tutkimuksessa esiintyvillä käsitteillä ikäihminen, vanhus, ikääntynyt ja iäkäs tarkoitamme vanhuuseläkkeeseen oikeutettua henkilöä, joka on 63-vuotias tai sitä vanhempi. Vanhustaluasunnoilla ja senioritalolla tarkoitamme palveluasumista Caritaksen taloissa. Palveluasuminen sisältää yleensä vuokralla asumisen ja siihen kiinteästi liittyvät hoiva- ja hoitopalvelut kuten esimerkiksi kodinhoitoapu ja hygieniapalvelut. Tutkimuksemme osallistuneet iäkkäät asuvat itsenäisesti omissa asunnoissaan ja käyttävät tarvittavia hoivapalveluja, jotka on

määritelty mahdollisessa palvelusuunnitelmassa. Palvelusuunnitelmassa selvitetään iäkkään henkilön palveluntarpeet kokonaisvaltaisesti. Suunnitelmassa kuvattu palvelukokonaisuus voi sisältää mm. kotipalvelua ateriat-, siivous- ja kuljetuspalveluineen, kuntoutusta, kotisairaanhoidon ja palveluasumista. Lisäksi ikääntynyt voi tarvita muita sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja kuten hammashoitoa. (Sosiaali- ja terveysministeriö ym. 2013, 67–68.) On kuitenkin otettava huomioon, että kaikille tutkimukseen osallistuneille ei ole tehty palvelusuunnitelmaa. Asiakaslähtöisellä toiminnalla ja palveluilla tarkoitamme tässä työssä sitä, että ne toteutetaan asiakkaan toiveiden ja tarpeiden mukaisesti.

2 IKÄIHMISTEN KUNNALLISET SUUN TERVEYDENHUOLLON PALVELUT JA NIIDEN LAATU

Suomen väestö ikääntyy nopeasti tulevina vuosikymmeninä (Arrhenius 2007, 3). Väestöennusteiden mukaan joka viides suomalainen on täyttänyt 65 vuotta vuoteen 2020 mennessä, ja yli 75-vuotiaiden määrä on kaksinkertaistunut tähänhetkisestä (Helminen & Karisto 2005, 11). Arrheniuksen (2007, 3) mukaan ikäihmisten määrän ja eliniän kasvulla on merkittävä vaikutus sosiaali- ja terveyspalveluihin. Uudistamispaaineet koskevat sekä palvelurakenteita että toimintatapoja (Suomen Kuntaliitto 2012, hakupäivä 30.3.2012).

Terveydenhuoltolain mukaan kunnan täytyy suunnata riittävästi voimavaroja terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen sekä terveydenhuollon palveluihin (Terveydenhuoltolaki 1326/2010 1:4 §). Toiminnan on oltava turvallista, laadukasta ja asianmukaista, ja sen on perustuttava hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin (sama, 1:8 §). Terveydenhuollon palvelujen on sisällöllisesti katettava kuntalaisten lääke-, hammas- tai terveystieteellisesti arvioidut tarpeet. Kunnan on huolehdittava asukkaidensa palvelujen järjestämisestä ja saatavuudesta tasavertaisesti kunnan alueella jokaiselle asukkaalle, iäkkäät kuntalaiset mukaan lukien. (Lehto 2002, 57; Terveydenhuoltolaki 1326/2010 1:10 §.) Lisäksi kunnan tulee seurata asukkaidensa terveyttä ja hyvinvointia sekä niihin vaikuttavia tekijöitä väestöryhmittäin (Terveydenhuoltolaki 1326/2010 2:12 §).

Kunnat voivat järjestää laissa määrätyt sosiaali- ja terveyspalvelut joko itse tuottamalla, hyödyntämällä kuntayhteistyötä tai käyttämällä ostopalveluja eli ostamalla palveluja yksityisiltä tai julkisilta palveluntuottajilta. Vaihtoehtoisesti kunta voi antaa palvelun käyttäjälle palvelusetelin, jolla hän pystyy hankkimaan palvelun haluamaltaan yksityiseltä palveluntuottajalta. (Helminen ym. 2005, 11; Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen Kuntaliitto 2008,16.) Sosiaali- ja terveydenhuollon hoito-, palvelu- ja kuntoutussuunnitelmien tavoitteena on tuottaa asiakkaalle toimiva ja laadukas palvelukokonaisuus. Lain mukaan palveluista perittävät maksut eivät saisi myöskään aiheuttaa asiakkaalle kohtuutonta raskautta. (Sosiaali- ja terveysministeriö ym. 2008, 30.)

Kuntalaisilla tulee olla mahdollisuus myös suun terveydenhuollon palveluihin, joihin sisältyvät väestön suun terveyden edistäminen ja seuranta, terveysneuvonta ja terveystarkastukset, suun

sairauksien tutkimus ja ehkäisy sekä hoito, potilaan erityisen tuen ja tutkimusten tarpeen varhainen tunnistaminen, potilaan hoito ja tarvittaessa jatkotutkimuksiin ja – hoitoon ohjaaminen. (Terveydenhuoltolaki 1326/2010 3:26 §.) Asiakkaan on saatava arkipäivisin virka-aikana yhteys terveydenhuollon toimintayksiköihin, myös hammashuoltoon. Terveydenhuollon ammattihenkilön on arvioitava hoidon tarve viimeistään kolmantena arkipäivänä potilaan yhteydenotosta, jollei arviota ole pystytty tekemään ensimmäisen yhteydenoton aikana. Hammaslääketieteellisesti tarpeelliseksi todettu hoito on järjestettävä yleensä kolmen kuukauden aikana hoidon tarpeen arvioimisesta. Suun terveydenhuollossa tämä enimmäisaika voidaan kuitenkin ylittää enintään kolmella kuukaudella, mikäli hoidon antamista voidaan lykätä terveydentilan vaarantumatta lääketieteellisistä, hoidollisista tai muista syistä. (Sama, 6:51 §.)

Vanhuuseläkkeellä olevat ihmiset ovat oikeutettuja saamaan kunnan järjestämiä hyvinvointia, terveyttä ja toimintakykyä edistäviä neuvontapalveluja, joihin sisältyy mm. terveellisten elintapojen edistäminen sekä sairauksien ja tapaturmien ehkäisyyn tähtäävä neuvonta. Kunta voi järjestää alueensa ikäihmisille myös terveyttä edistäviä terveystarkastuksia sekä hyvinvointia edistäviä kotikäyntejä erikseen sovitulla tavalla. (Terveydenhuoltolaki 1326/2010 2:20 §.)

2.1 Suun terveyden edistämistyö

Suun pysyminen terveenä ja toimintakykyisenä on kunnan järjestämän suun terveyden edistämistoiminnan tavoite. Jotta suun terveyttä edistävät elintavat olisi helppo omaksua, tulisi kaiken ikäisillä kuntalaisilla olla mahdollisuus turvalliseen ympäristöön, terveellisiin valintoihin ja yhteisön antamiin hyvän terveystietämisen malleihin. Tämä edellyttää vahvaa yhteistyötä eri toimijoiden kesken. Kunnan tehtävänä on huolehtia, että ylläpitämässään toimipaikoissa - kuten päiväkodit, koulut, vanhainkodit – elinympäristö on terveellinen suun kannalta: janoon on saatavilla vettä, aterioilla ja välipaloilla tarjotaan ravitsemuksellisesti täysipainoista ruokaa, vältetään sokerisia juomia ja napostelutuotteita eikä myöskään sallita niiden myyntiä ja mainostamista. Lisäksi kunnan laitoksissa ei käytetä päihteitä, ja ihmisille on oltava mahdollisuus puhdistaa suu ja saada tarvittaessa apua siihen. (Hausen, Lahti & Nordblad 2006, 55.)

Kunnan asukkailla tulee myös olla mahdollisuus hankkia suun terveyden edistämiseen tarvittavia henkilökohtaisia tietoja ja taitoja. Kuntalaisille tulee tarjota selkeää ja tieteellisesti pätevää tietoa siitä, miten suu voidaan pitää terveenä ja toimintakykyisenä. Hyvän suuhygienian toteuttaminen, terveelliset ruokailutottumukset ja päihteettömyys edesauttavat hyvää suun terveyttä. Suun

terveydenhuollon henkilöstön tuleekin asiakkaita hoitaessaan systemaattisesti tuoda esille em. seikkojen merkitys kariuksen sekä parodontaalisten sairauksien torjunnassa. (Hausen ym. 2006, 55–56.)

Edellä mainittujen tavoitteiden saavuttamiseksi kunnan suun terveydenhuolto laatii suun terveyden edistämisen suunnitelman, jonka mukaan sovitaan yhteistyöstä ja sen toimintamuodoista suun terveydenhuollon keskeisten yhteistyötahojen kanssa, sisältäen vanhusten hoito- ja hoivapalvelut. Lisäksi määritellään riittävät suun terveyttä edistävät palvelut ja niihin varataan voimavarat. (Hausen ym. 2006, 56.)

2.2 Kotipalvelut ja palvelusuunnitelma

Kunnan toimintapolitiikka painottaa kotona asumisen mahdollistamista, avopalvelujen ensisijaisuutta sekä varsinkin palveluja tarvitsevien iäkkäiden kuntalaisten tarpeisiin vastaavaa palvelurakennetta. Toimintakyvyn tukeminen on keskeinen tekijä kotona asumisen mahdollistamisessa. Ikäihmisten terveyden edistämisessä on tärkeää puuttua mahdollisimman varhaisessa vaiheessa toimintakyvyn alenemiseen ja ehkäistä niiden syntymistä. (Voutilainen & Heinola 2006, 68–69.)

Siinä tapauksessa, että vanhuksen toimintakyvyn alentuminen aiheuttaa kykenemättömyyttä ylläpitää hyvää suuhygieniää, on hänellä oltava mahdollisuus saada apua riippumatta siitä, asuuko hän kotonaan vai jossain muualla (Hausen ym. 2006, 55). Joissain kunnissa suuhygienistit ja hammashoitajat voivat hammaslääkärin ohjeiden mukaan tehdä kotikäyntejä asiakkaiden luokse. Myös terveydenhoitajan luona käydessä voidaan kartoittaa iäkkään suunhoidon tarvetta. (Suomen Hammaslääkäriliiton Vanhustyöryhmä 2003, 51.) Yleisiä kotipalvelukäyntejä tekevän hoitajan tehtäviin kuuluu seurata käynneillään myös syömisen ja suun puhdistuksen onnistumista, ja huomattessaan selvää suun hoidon tarvetta hän voi ohjata vanhuksen suuhygienistin tai hammaslääkärin vastaanotolle. (Suomen Hammaslääkäriliiton Vanhustyöryhmä 2003, 51–52; Keskinen 2009, 134.)

Asiakaslähtöisessä hoidossa ja palvelussa on tavoitteena, että asiakkaalle laaditaan kirjallinen sosiaali- ja terveydenhuollon hoito- ja palvelu- tai muu vastaavanlainen suunnitelma, jonka avulla toteutetaan eri toimijoiden välinen yhteistyö ja siten voidaan tuottaa asiakkaalle toimiva ja laadukas palvelukokonaisuus (Sosiaali- ja terveysministeriö ym. 2008, 30). Kun ikäihmisen

kotihoidon tarpeen määrittely on ajankohtaista, sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilö käy hänen luonaan kartoittamassa toimintakykyä ja erilaisten palvelujen tarvetta. Samalla kertaa selvitetään myös suun terveys ja hoidontarve. Käynnin perusteella laaditaan tarvittaessa kotihoidon hoito- ja palvelusuunnitelma, johon tulee kuulua myös hammashoidon ammattilaisen tekemä suunnitelma päivittäisestä suun hoidon toteutuksesta. Suunnitelmasta tulee käydä ilmi tiedot asiakkaan haluamasta hammashoitopaikasta sekä suositus hoidon ajoituksesta. Lisäksi siinä on selvitetty suun, hampaiden ja proteesien puhdistuksesta selviytyminen ja siihen kotona saatava apu. (Suomen Hammaslääkäriliiton Vanhustyöryhmä 2003, 51–52.) Hoito- ja palvelusuunnitelmassa määriteltyjen palvelujen toteutumisesta tulisi kerätä tietoa asiakaslähtöisen palvelun kehittämiseksi (Luoma & Kattainen 2007, 18).

2.3 Ikäihmisten palvelujen laatusuositus

Suomen väestön ikääntymisen seurauksena yhteiskunnan on sopeuduttava entistä iäkkäämmän väestön tarpeisiin. Ikäihmisten palvelujen laatusuositus on tukena kuntien, kolmannen sektorin, yksityisten palveluntuottajien sekä asiakkaiden, omaisten ja kuntalaisten yhteistyössä ikäihmisten palvelujen kehittämisessä paikallisista tarpeista ja voimavaroista lähtien. Suosituksen tavoitteena on iäkkäiden hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen sekä palvelujen laadun ja vaikuttavuuden parantaminen, ja se koskee ikäihmisten säännöllisesti käyttämiä sosiaali- ja terveyspalveluja sekä kattavammin iäkkään hyvinvointia ja terveyttä edistäviä toimia. Terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen lisäksi laatusuositus painottaa ehkäisevän toiminnan ja kotona asumisen tukemisen ensisijaisuutta. Suosituksen mukaan palveluvalikoimaa on monipuolistettava mm. neuvontapalveluilla, ja terveyden ja toimintakyvyn tukeminen on tärkeää kaikissa palveluissa. (Sosiaali- ja terveysministeriö ym. 2008, 3, 4.)

Toimivat palveluketjut ovat edellytys palvelujen laadun ja vaikuttavuuden turvaamiseksi. Perusterveydenhuolto ja muut palveluja tuottavat tahot, kuten sosiaalihuolto ja erikoissairaanhoido, toimivat yhteistyössä ikääntyneiden kotona asumisen tukemiseksi. Palvelujen suunnittelussa ja tavoitteidenasettelussa pyritään välttämään päällekkäistä työtä. Lisäksi asiakaslähtöinen hoito ja palvelu ottavat asiakkaan perheen ja muut asiakkaalle tärkeät ihmiset mukaan palvelujen suunnitteluun, toteuttamiseen ja arviointiin. Siten eri palvelutoimijoiden yhteistyöllä tuotetaan asiakkaalle toimiva ja laadukas palvelukokonaisuus. (Sosiaali- ja terveysministeriö ym. 2008, 30.)

3 ASIAKSLÄHTÖISYYS IKÄIHMISTEN PALVELUISSA

Asiakslähtöisyys tarkoittaa palvelutoiminnan tarkastelemista ja erittelyä palvelua saavan asiakkaan näkökulmasta. Asiakslähtöisessä toiminnassa palvelun saajan tarpeet ja voimavarat ovat keskiössä ja asiakas on kykyjensä mukaisesti mukana arvioimassa palvelun tarpeita ja vaikutuksia sekä suunnittelemassa ja toteuttamassa palveluja. (Sosiaali- ja terveysministeriö ym. 2013, 60.) Asiakslähtöisten palvelujen lähtökohtana on siis asiakkaiden kuuleminen ja heidän tarpeidensa ja toiveidensa mukainen tavoitteellinen hoito (Suomen Hammaslääkäriliiton Vanhustyöryhmä 2003,3).

Asiakslähtöisen hyvän palvelun ja hoidon turvaamiseksi on oltava tietoa siitä, mitä asiakkaat pitävät hyvänä ja tavoiteltavana. Siksi asiakslähtöisen toiminnan varmistamiseksi tulisikin kerätä ja hyödyntää asiakaspalautetta. Järjestelmällisesti kerätty tieto koetusta palvelujen laadusta ja tarvevastaavuudesta auttavat kehittämään asiakslähtöistä hoitoa. (Voutilainen, Vaarama & Peiponen 2002, 38; Luoma ym. 2007, 18.) Palautteen keräämisen lisäksi asiakslähtöisyyden varmistamiseksi edellytetään asiakkaiden osallistumisen mahdollistavia toimintatapoja ja kanavia, kuten erilaisia paneeleja ja asiakasneuvostoja. Asiakas voidaan siten ottaa mukaan palvelujen suunnitteluun, toteuttamiseen ja arviointiin sekä palautteiden kautta myös toiminnan kehittämiseen. (Voutilainen, ym. 2002, 38.)

Palvelurakenteen tulee olla kaikille asiakkaille oikeudenmukainen, ja palvelutarjonnan on oltava yhtäläinen jokaiselle palveluja tarvitsevalle ja käyttävälle. Lisäksi palvelurakenteen tulisi huomioida erilaisten tarpeiden olemassaolo ja tuottaa niitä vastaavia joustavia ja laadukkaita palveluja. (Björkgren & Matikainen 2007, 97.) Terveystieteiden toimintaa ja palveluja arvioivat asiakslähtöisesti palvelunkäyttäjän lisäksi myös ammattihenkilöstö. Arviointia tarvitaan toiminnan seuraamiseen ja valvomiseen, suunnitteluun, painopisteiden määrittelyyn sekä johtamiseen. Arviointi toimii myös kehittämisen lähtökohtana, sillä sen avulla palvelujärjestelmässä olevat aukot ja ongelmat sekä palveluntarpeet ilmenevät. (Nyfors 2002, 37.)

Ikäihmiset tarvitsevat usein sairaanhoidollisen avun lisäksi tukea arjessa selviytymiseen. Riittävät ja monipuoliset koti- ja tukipalvelut ja asiakkaiden palveluohjaus ovat vastaus tähän tarpeeseen. Niiden avulla kunnallinen, yksityinen ja kolmannen sektorin palvelut sekä niiden tarjonta ovat yhdistettävissä asiakslähtöisesti. Iäkkäiden kuntalaisten tarpeiden ja paikallisten voimavarojen

pohjalta onkin asetettu kuntakohtaiset tavoitteet myös hyvinvointia ja terveyttä edistäville palveluille. Julkisia palveluja käyttäville ikäihmisille tulee siis järjestää mahdollisuus saada neuvontaa ja opastusta siinä, miten he voivat täydentää palveluvalikoimaansa itse haluamallaan lisäpalveluilla. (Sosiaali- ja terveysministeriö ym. 2008, 27, 28, 30.)

Vanhustyössä tarvitaan monipuolista osaamista ja sen tulee olla laadukasta, asiakaslähtöistä ja kokonaisvaltaista (Helminen ym. 2005, 9). Hyvä palvelu perustuu mm. asiakkaan kokonaistilanteen selvittämiseen sekä toimintakyvyn ja terveydentilan arviointiin. Laadukas hoito vastaa iäkkäänkin asiakkaan tarpeita ja toiveita sekä tukee itsenäistä selviytymistä. Hoidon tavoitteena on mahdollisimman hyvä terveys ja tyytyväisyys. (Suomen Hammaslääkäriliiton Vanhustyöryhmä 2003, 28.) Asiakaslähtöisyys ikäihmisten palveluissa on pohjimmiltaan sitä, että palvelun tuottamisessa toimitaan siten kuin iäkäs asiakas haluaisi toimittavan. Tilanteisiin, joissa asiakkaan toimintakyky tai edellytykset ilmaista tarpeensa ja mielipiteensä ovat alentuneet, on kiinnitettävä erityistä huomiota. (Voutilainen ym. 2002, 38.)

lökkään ihmisen terveyden edistämässä yhtenä osana on tärkeää suunnata ja kehittää palveluja. Terveyden edistäminen pohjautuu arvoihin, joita ovat ihmisarvon ja autonomian kunnioittamisen lisäksi tarvelähtöisyys ja yhteistyö. Terveyden edistämisen prosessissa ihmisellä olisi oltava mahdollisuus vaikuttaa omaan terveyteensä. (Liimatainen 2007, 30, 31.) Ikäihmisten osallistuminen erilaisten suositusten, ohjelmien ja toimintamallien laadintaan, tavoitteiden asettamiseen ja toteuttamiseen sekä niiden arviointiin on siksi tärkeää (Tiikkainen 2007, 256).

Lainsäädännössä mainittu asianmukaisen hoidon käsite on ikääntyneiden hammashoidossa keskeinen. Hoidon yleisenä tavoitteena on kivuton suu ja haittojen tai vakavien häiriöiden puuttuminen. Ikäihmisten hammashoidossa tarkoituksena on hammasterveyden säilyttäminen mahdollisimman korkealla tasolla. Käytännössä hoito koostuu toivottomien hampaiden poistoista, suurempien tuhojen torjumisesta ja ennaltaehkäisystä. lökkään potilaan hoidon suunnittelussa tulisi myös ottaa huomioon mm. terveydelliset, sosiaaliset ja taloudelliset tekijät. On pohdittava, onko suunnitellusta hoidosta hyötyä, mitä mieltä potilas on itse asiasta, jaksako hän useita hoitokertoja ja ennen kaikkea saadaanko tehty hoito kestämään. (Vesterhus Strand 2011, 37.)

4 IKÄIHMISTEN SUUN TERVEYDENHOITO

4.1 Iäkkäiden suun terveydenhoidon palvelujen tarve

Ikäihmisten määrän lisääntyminen vaikuttaa sosiaali- ja terveyspalvelujen kysyntään ja tarpeeseen. Vaikka ikäihmisten palvelutarpeet ovat pohjimmiltaan samoja kuin muulla väestöllä, ikääntyminen luo joitain erityispiirteitä. Ikääntymisen myötä ilmaantuvien muutosten ja sairauksien lisäksi eläkejärjestelmät ja varallisuus sekä liikkumismahdollisuudet vaikuttavat iäkkäiden asiakkaiden palvelutarpeisiin. Iäkkään väestön terveydentila ja toimintakykyisyys ovat jatkuvasti yhä parempia, mikä osaltaan voi hillitä palvelutarpeen kasvua, kun taas vanhenemiseen liittyvät muutokset ja ilmaantuvat sairaudet lisäävät palvelujen tarvetta. (Tilvis 2001, 25, 28.) Terveyspalveluissa huomio tulisikin kiinnittää erityisesti toimintakyvyn ja terveyden edistämiseen (Lyyra, Pikkarainen & Tiikkainen 2007, 5).

Terveys 2000 -tutkimuksessa todetaan, että omien hampaiden säilyttäminen on väestön suun terveyden kannalta merkittävin päämäärä (Suominen-Taipale ym. 2004a, 65). Tutkimuksen mukaan palvelujen kysyntä, käyttö ja hoidon sisältö ovat riippuvaisia sekä tarjontatekijöistä että asiakkaiden odotuksista ja heidän kokemastaan hoidontarpeesta (Suominen-Taipale ym. 2004b, 158). Terveys 2000-tutkimuksesta ilmenee, että iäkkäät arvioivat tarvitsevansa hammashoitoa vähemmän kuin nuoret. Tutkimuksessa 65–74 vuotiaista miehistä ja naisista 57 % koki suun terveydentilansa hyväksi tai melko hyväksi ja yli 75 vuotiaista miehistä puolet ja naisista 57 %. Kariesta oli tutkimukseen osallistuneilla joka kolmannella, eläkeikäisistä naisista 26 %:lla ja miehistä 39 %:lla. Iäkkäistä oli tutkimusta 74 %:lla ja parodontiittia oli 64 %:lla väestöstä. (Harju, Hausen & Suominen-Taipale 2004, 36, 79, 89, 95, 180.) Terveys 2011-tutkimukseen vastanneista yli 65 vuotiaista naisista 74 % ja miehistä 66 % arvioivat suun terveytensä hyväksi tai melko hyväksi. Kariesta oli joka viidennellä hampaallisella. Yleisintä karies oli yli 75-vuotiailla, naisilla 23 % ja miehillä 51 %. Iäkkäiden sairauksia oli kahdella kolmesta, yleisimmin 75 vuotta täyttäneillä. (Suominen, Vehkalahti, Knuutila 2012, 103, 107–108.)

Hammassairauksien, kariksen ja parodontiitin lisääntyminen johtuu osaltaan myös hoidettavien hampaiden lukumäärän kasvusta, kun yhä useammalla on ikääntyessään omat hampaat (Meurman 2010, 309). Todennäköisyys sairastua erilaisiin hammassairauksiin on siis sitä

suurempi, mitä enemmän hampaita on. Tämä lisää hakeutumista hammashoittoon, mikä puolestaan asettaa lisävaatimuksia palvelujärjestelmälle. Terveys 2000 -tutkimuksen mukaan ikääntyvä väestö tulleeikin tarvitsemaan laajoja hammashoitoja ja hammasproteettisia ratkaisuja aiempaa enemmän. Yleisen hyvinvoinnin ja koulutustason paranemisen, ulkonäköön liittyvien odotusten korostumisen ja uudenaikaisten hoitomuotojen myötä palvelujen kysyntä ja vaatimukset voivat lisääntyä. (Suominen-Taipale ym. 2004a, 72.)

Muuttuva palvelurakenne ja monimutkaistuvat verkostot tekevät myös palveluita ja hoitoa koskevasta tiedonsaannista entistä haasteellisempaa (Vallejo Medina, Vehviläinen, Haukka, Pyykkö & Kivelä 2006, 358). Usein palvelujärjestelmät ovat ikääntyneille etäisiä, monimutkaisia ja vieraita, eivätkä palvelut välttämättä vastaa tarpeita tai ne eivät ole yhtenäisiä. Palvelujen käyttäjät ovat myös usein tietämättömiä mahdollisista palveluista. (Valokivi 2002, 16.) Ikäihmiset eivät aina tiedä, että suuongelmia voidaan helpottaa (Suomen Hammaslääkäriliiton Vanhustyöryhmä 2003, 21). Sen suhteen tulisikin huomioida vanhukset aivan erityisesti, sillä tieto on keskeinen osa hyvää hoitoa. Hoidon laatua ei pysty arvioimaan ilman tietoa, ja tiedonpuute onkin eräs syy hoidon laatuun kohdistuvalle tyytymättömyydelle. Siksi tarvitaan monipuolista tiedottamista erilaisista palveluvaihtoehdoista ymmärrettävässä ja helposti saatavassa muodossa. (Vallejo Medina ym. 2006, 358.)

Voutilainen ja Heinola (2006, 69) viittaavat tekstissään terveyden edistämisen laatusuositukseen, jonka mukaan kunnissa on puutetta myös ikääntyneisiin kohdistuvista ehkäisevistä, terveyttä edistävästä ja varhaisen puuttumisen mahdollistavista toiminnoista. Varhaisen puuttumisen mahdollistamiseksi on otettava erilaisia ehkäisevän toiminnan muotoja käyttöön ja lisättävä niitä, esimerkkinä ehkäisevät kotikäynnit. (Voutilainen ym. 2006, 69.) Kotona asuvien iäkkäiden suunhoidossa on tärkeää, että päivittäinen suuhygienian toteuttaminen onnistuu omatoimisesti, ja säännöllisestä hammashoidosta ja hoitoon kutsumisesta on sovittu oman hammaslääkärin kanssa. Lisäksi sosiaali- ja terveysalan ammattihenkilön tulisi arvioida sopivissa yhteyksissä muutamien kysymysten avulla asiakkaan päivittäisen suunhoidon onnistumista sekä motivoida ja innostaa häntä suun hoidossa. Iäkkään säännöllinen hammashoidossa käynti vaatii usein myös käytännön järjestelyjä: hän voi tarvita apua esim. saattajan tai kuljetuksen järjestämisessä ja ajan varaamisessa. (Suomen Hammaslääkäriliiton Vanhustyöryhmä 2003, 50–51.)

Terveys 2000- tutkimuksen tuloksissa selvästi näkyvän terveysneuvonnan ja erityisesti omahoidon neuvonnan vähyyden vuoksi hoidon painopiste tulisi tutkimuksen mukaan siirtää ehkäisevään hoitoon, joka edellyttää yksilöllisyyden huomioonottavaa yhteistyötä asiakkaan kanssa. Käynneillä tulisi korostaa kotihoidon neuvontaa ja opastusta, varsinkin perusasioista kuten säännöllisesti kaksi kertaa päivässä tapahtuvasta hampaiden harjauksesta ja suun puhdistamisesta sekä niiden merkityksellisyydestä suun terveydelle. (Suominen-Taipale ym. 2004b, 158.)

Hampaattomien prosentuaalinen määrä vähenee Suomessa jatkuvasti, ja jäljellä olevien hampaiden lukumäärä hampaallisilla on suurempi kuin aiempina vuosina. Koska omat hampaat tarvitsevat säännöllisempää hammashoitoa kuin hammasproteesit, myös ehkäisevän hammashoidon tarve on suuri. (Hämäläinen 2010, 395.) Tyypillisiä iäkkään potilaan ongelmia suun alueella ovat lääkkeiden aiheuttaman suun kuivuuden lisäksi alttius sieni-infektioille ja huonosti istuvien proteesien aiheuttamat painohaavaumat. Suu- ja hammassairaudet voivat myös pahentua kroonisten yleissairauksien vaikutuksesta. (Meurman 2010, 308.) Myös osaproteesien aiheuttama plakin kertyminen ja siitä johtuva kariesriskin kasvu voi muodostua ongelmaksi. Asiakkaan tulisikin omaksua entistä paremmat hampaiden ja proteesien puhdistamistavat osaproteesien käyttöön siirryttäessä. Hammashoidon työntekijöiden tehtävänä on kannustaa ja opastaa niihin. (Vehkalahti 2004, 152–153.)

4.2 Iäkkäiden suun hoidon tavoitteet

Terve suu on hyvän elämänlaadun tärkeä osatekijä, sillä se mahdollistaa monipuolisen, terveellisen ruoan syönnin eikä aiheuta epävarmuutta sosiaalisissa tilanteissa. Iäkkään suuongelmat tulisi hoitaa mahdollisimman aikaisessa vaiheessa, koska toimintakyvyn heikentämisen lisäksi ne uhkaavat yleisterveyttä. Yleistilaltaan heikolle vanhukselle suutulehdukset saattavat olla jopa kohtalokkaita. (Suomen Hammaslääkäriliiton Vanhustyöryhmä 2003, 21.) Hoitamattomina suun ja hampaiden infektiot saattavat johtaa vaikeisiin komplikaatioihin yleistilaltaan heikentyneillä potilailla: esimerkiksi ikääntymisen myötä tapahtuu yleistä vastustuskyvyn heikkenemistä, mikä ilmenee akuuttien tautien yhteydessä, mutta erityisesti rappeuttavien ja kroonisten sairauksien lisääntymisenä. Näistä seuraa usein heijastusvaikutuksia suuhun, kuten limakalvojen surkastumista ja suun paikallisen vastustuskyvyn

heikkenemistä. Vanhusten suu- ja hammasinfektioiden yleiskomplikaatioita ovat mm. aivokalvontulehdus, infektioendokardiitti ja tekonivelinfektiot. (Meurman 2010, 310.)

Ikääntyneen ihmisen suunhoitoa vaikeuttavat vanhenemisen seurauksena ilmenevät suun alueen erityispiirteet, kuten limakalvojen, sylkirauhasten ja lihasten toiminnan muutokset. Ongelmakohtien vuoksi iäkkään tehostettu suun ylläpitohoito olisi suositeltavaa. Toimivia keinoja ovat esimerkiksi erilaiset puhdistukset ja hampaiston käsittelyt, joilla on mahdollista vaikuttaa bakteerien määrään ja niiden tarttuvuuteen. (Rahikka 2002, 372.) Ikäihmisen suunhoidon yhtenä painopisteenä tulee pitää myös suun ja proteesien puhtautta, sillä se ehkäisee sekä reikiintymistä että erilaisia tulehduksia. Lisäksi on tärkeää havaita ja hoitaa suun alueen piilevät ja oireettomat tulehdukset, mikäli yleiskunto antaa myöten. (Keskinen 2009, 131.)

Ikäihmisten suun hoidon keskeisinä tavoitteina ovat siis huolellisen ja säännöllisen suun päivittäishoidon varmistaminen, suun kunnan säännöllinen arviointi, suun kuntoa uhkaavien riskitekijöiden tunnistaminen sekä säännöllisen hammaslääkärikäynnin järjestäminen (Suomen Hammaslääkäriliiton Vanhustyöryhmä 2003, 6). Ideaalia olisi hoitaa suu ja hampaat kuntoon siinä vaiheessa, kun ihminen on vielä terve ja toimintakykyinen. Säännöllisen hammashoidon avulla pyritäänkin ylläpitämään suun terveyttä. Ikääntymisen ja mahdollisen sairauden myötä voidaan välttyä lisäongelmilta välttämättömien hoitotoimenpiteiden yhteydessä. (Sama, 51.)

4.3 Ikäihmisten suun terveydenhoidon erityispiirteitä

4.3.1 Kiinnityskudossairaudet ja juurikaries

Gingiviitti on suun biofilmin bakteerien aiheuttama ikenen pehmeiden kudoksien tulehdus. Suun puhdistuksen ollessa vaillinaista, bakteerit lisääntyvät ikenen alla ja aiheuttavat gingiviitin. Biofilmi kovettuu hammaskiveksi, ja sen pinnalla olevat bakteerit tuhoavat hampaan kiinnityskudoksia päästen syvemmälle ikenen alle synnyttäen parodontiitin. (Suomen Hammaslääkäriliiton Vanhustyöryhmä 2003, 10–11.) Parodontiitin hidas kehittyminen näkyy sairauden määrän kasvuna ikääntymisen myötä (Knuutila 2004, 88). Parodontiittia esiintyykin kahdella kolmasosalla yli 65 -vuotiaista, joilla on omia hampaita suussa. Parodontiitin etenemisnopeuteen vaikuttavat yksilöllisesti vastustuskyky ja sitä heikentävät sairaudet ja suun bakteerien laadusta. Parodontiitissa tulehtuneista ientaskuista kulkeutuu bakteereita ja niiden tuottamia myrkyllisiä aineita systeemiseen verenkiertoon. Parodontiitti voi aiheuttaa myös paiseita ikeniin. Parodontiitti

vaatii klinisen hammashoidon lisäksi huolellista suuhygienian toteutusta. (Suomen Hammaslääkäriliiton Vanhustyöryhmä 2003, 10–11.)

Myös juurikaries on yksi tyypillisimmistä hampaita koskevista ongelmista ikäihmisillä. Sen esiintyvyyden lisääntyminen johtuu mm. siitä, että yhä useammalla vanhuksella on omat hampaat. Ikäihmisillä on usein paljaita juuripintoja ikenien vetäytymisen ja parodontiitin seurauksena. (Kidd 2005, 37; Hiltunen & Pohjola 2008, 34.) Juuren pinta on karheaa, hankalasti puhdistettavaa ja helposti reikiintyvää (Rahikka 2002, 372; Essex, G. 2007, 414). Juurikarieksen syntyä edesauttavat myös lisääntynyt lääkkeiden käyttö erilaisten sairauksien myötä, sillä useilla lääkkeillä on syljeneritystä heikentävä vaikutus. Lisäksi syynä voivat olla suun motoriset ongelmat, jolloin sokerin viipymä suussa on pidempi, tai sairauden aiheuttama alentunut toimintakyky suuhygienian toteuttamiseen. (Hiltunen ym. 2008, 34.)

Kariesta syntyy, kun hampaiden pinnoilla kasvavat suun bakteerit tuottavat sokerista ja tärkkelyksestä happoja. Sylki palauttaa hampaisiin happojen liuottamat mineraalit, mutta syljen erityksen ollessa vähäistä, näin ei tapahdu. Tuntoherkkyyden vähentyessä iän myötä, karies voi edetä pitkälle ilman kipua. Karieksen määrä voi lisääntyä nopeasti olosuhteiden muuttuessa suussa, kuten syljenerityksen vähentyessä, suuhygienian toteuttamisen heikentyessä sekä aterioiden yksipuolistumisella tai niiden korvaamisella hiilihydraattipitoisilla välipaloilla. (Suomen Hammaslääkäriliiton Vanhustyöryhmä 2003, 11; Lahtinen & Ainamo 2006, 2713). Myös lihasten heikentymisen seurauksena posken poimuihin ja sulkuksiin voi jäädä ruokaa, mikä kasvattaa reikiintymisriskiä (Rahikka 2002, 372).

Ikenien vetäytymisen seurauksena paljastuneet juurten pinnat karioituvat hammaskiillettä herkemmin. Juurenpinnan karioituminen voi johtaa hampaan katkeamiseen tai pulpan eli hammasytimen tulehtumiseen. Hammasytimen tulehtuessa seurauksena voi olla ytimen märkäinen kuolio, jolloin märkä voi purkautua juurenpään läheltä paiseena tai fistelinä suuhun. Hampaiden harjaus kahdesti päivässä fluorihammastahnalla ja säännölliset ateriovälit ehkäisevät kariesta. (Suomen Hammaslääkäriliiton Vanhustyöryhmä 2003, 11–12.)

4.3.2 Hammasproteesien yhteys suun ongelmiin

Irrotettavien hammasproteesien yleistyminen on seurausta ikääntymisestä ja hammaspuutoksista. Erityisesti osaproteesien käyttö lisää hampaiden reikiintymisriskiä ja

kiinnityskudossairauksien mahdollisuutta, joten niiden käyttö vaatii aina huolellista kotihoitoa. Tutkimusten mukaan irrotettavien proteesien kunto ja toimivuus eivät ole kovin tyydyttäviä. (Nordblad, Könönen & Suominen-Taipale 2004, 114–115.) Terveys 2000 -tutkimuksessa alle puolella hammasproteesia käyttävistä vastaajista oli puhtaat proteesit, vaikka 2/3 ilmoitti puhdistavansa ne vähintään kaksi kertaa päivässä. Syynä voi olla se, että proteeseja ei osata puhdistaa riittävän hyvin. Proteesien puhdistamisen neuvontaan tulisikin kiinnittää erityistä huomiota siksi, että erityisesti osaproteesit ovat riskitekijä hampaille ja kiinnityskudosten terveydelle. (Sama, 118.) Hammasproteesia käyttävistä joka kolmannella esiintyykin suun limakalvon tulehduksia hammasproteesin alla. Tulehduksen aiheuttajana on hammasproteesin pinnalla ja huokosissa elävä mikrobifloora, joten puutteellisen proteesin puhdistuksen seurauksena mikrobit pääsevät lisääntymään proteesin alla. (Suomen Hammaslääkäriliiton Vanhustyöryhmä 2003, 13.) Limakalvojen oheneminen aiheuttaa limakalvojen herkkyyttä erilaisille kemiallisille ärsykkeille, ja myös proteesin aiheuttamia hankaumia syntyy helposti (Rahikka 2002, 372).

Todennäköisyys sairastua suusyöpään kasvaa ikääntymisen myötä. Suusyöpä on alkuvaiheessa oireeton, joten sen varhainen diagnosointi edellyttää säännöllisiä tarkastuskäyntejä. Proteesin sopimattomuus, mahdollinen syljen erityksen lisääntyminen tai puheen muuttuminen ja vaikeutuminen voivat olla vanhuksella suusyövän ensioireita. Iäkäs ihminen ei välttämättä osaa hakeutua hoitoon edellä mainittujen oireiden vuoksi. Siksi täysin hampaattomien potilaidenkin tulisi käydä säännöllisesti hammaslääkärin tarkastuksissa. (Meurman 2010, 313–314.)

Suun sieni-infektiot ovat yleinen vaiva ikäihmisillä, sillä yli 70 %:lla iäkkäistä todetaan runsasta hiivankasvua. Sieni-infektio merkitsee heikentynyttä yleisterveyttä. Oireita ovat epämääräinen limakalvoarkuus ja punoitus, kirvely sekä poltteleva tunne. Vaalea peite on harvinaista. Valtaosalla hammasproteesien käyttäjistä on sieni-infektioita. Sieni-infektion yhteydessä on tärkeää hoitaa myös mahdolliset proteesit, sillä muutoin infektio ei parane. (Meurman 2010, 312.) Proteesistomatiitti on suutulehdus proteesin alla. Tulehdus voi olla kivuton, mutta hammasproteesin pinnalla on runsas bakteeri- ja sienikasvusto. Proteesistomatiittia pahentavat suun kuivuus, vastustuskyvyn heikkeneminen ja astmasuihkeet. Proteesien oikeaoppisella huoltamisella ja niiden poistamisella suusta yöksi voidaan ennaltaehkäistä ja hoitaa suutulehduksia. (Ainamo, Paavola, Lahtinen & Eerikäinen 2003, 270; Suomen Hammaslääkäriliiton Vanhustyöryhmä 2003, 13–14.)

4.3.3 Suun kuivuus

Sylki huuhtoo ruuantähteitä ja mikrobeja suusta sekä voitelee ja suojaa limakalvoja. Lisäksi syljellä on kyky vastustaa happojen haittavaikutuksia, joten se suojaa hampaita karioitumiselta. (Essex 2007, 416.) Suun kuivuuden tunne ja kirvely johtuvat pienten sylkirauhasten erityksen ja sen voitelevan vaikutuksen heikkenemisestä (Rahikka 2002, 372). Ikääntyminen sinänsä ei merkittävästi vähennä syljeneritystä, vaan syynä ovat usein iän myötä tuleviin sairauksiin määrättyt lääkkeet. Koska ikäihmisistä kuitenkin suuri osa sairastaa vähintään yhtä kroonista sairautta, on iäkkäiden lääkkeiden käyttö yleistä. Useiden lääkkeiden samanaikainen käyttö on sekin melko tavallista. (Meurman 2001, 277; Suomen Hammaslääkäriliiton Vanhustyöryhmä 2003, 18; Lahtinen & Ainamo 2006, 2710.) Yhtäaikaaisesti käytettävät lääkkeet ovat mahdollisten keskinäisten vaikutusten ja sivuvaikutusten vuoksi suuri haaste iäkkäiden hammashoidon toteuttamiselle, ja mitä useampaa lääkettä käytetään, sitä todennäköisemmin lääkkeet aiheuttavat myös ei-toivottuja sivuvaikutuksia. Yleisin lääkkeiden sivuvaikutuksista on suun kuivuutta aiheuttava hyposalivaatiovaikutus eli syljenerityksen väheneminen. Siitä johtuva kuiva suu myös pahentaa muita suuoireita, joita ovat syöpymät, värjäytymät, ikenen liikakasvu, neurologiset haitat ja mikrobikasvuston muutokset. (Meurman 2001, 273; Suomen Hammaslääkäriliiton Vanhustyöryhmä 2003, 18–19; Lahtinen & Ainamo 2006, 2710–2711.)

Suun kuivuutta aiheuttavat erityisesti sydämen ja verenkerroelimistön lääkkeet, mutta myös verenpaine-, psyyken- ja unilääkkeillä on suuta kuivattava vaikutus. Suun kuivuus voi olla ikäihmiselle erittäin invalidisoiva ongelma. Syljen erityksen vähenemisen seurauksia ovat suun limakalvojen kirvelyherkkyys, polton tunne kielessä ja limakalvoilla sekä puhe- ja nielemisvaikeudet. Proteesien käyttäjillä kuiva suu vaikeuttaa proteesien pysyvyyttä sekä aiheuttaa limakalvojen hankaumia proteesien alla. Hyposalivaation seurauksena myös suupielen halkeamat ja suun sieni- ja bakteeri-infektioit yleistyvät suun tärkeimmän puolustustekijän, syljen, puuttuessa. (Essex 2007, 417; Meurman 2010, 312–313.)

Lääkkeet saattavat syljen erityksen vähenemisen lisäksi muuttaa sen koostumusta. Terveillä ikäihmisillä ei ole havaittu syljen erityksen vähenemistä, mutta pienten sylkirauhasten toiminnan heikkeneminen iän myötä laskee syljen musiinipitoisuutta. Syljen määrän vähentyessä tai koostumuksen muuttuessa sen antimikrobinen teho heikkenee ja suu altistuu sairauksille. (Suomen Hammaslääkäriliiton Vanhustyöryhmä 2003, 8.) Sylki on tärkeä suun terveydelle sen mikrobien ja ruuantähteiden hampailta ja limakalvoilta huuhtelevan vaikutuksen vuoksi. Se myös

voitelee limakalvot ja auttaa haavaumien paranemisessa. Syljen määrän väheneminen ja sen puute lisää kariesriskiä sekä ikenien ja suun limakalvojen tulehduksia. Syljen puute voi aiheuttaa myös pahanhajuista hengitystä. Suun kuivuus heikentää proteesien paikoillaan pysymistä sekä hidastaa proteeseista aiheutuneiden haavaumien paranemista. (Suomen Hammaslääkäriliiton Vanhustyöryhmä 2003, 8; Kidd 2005, 8; Oikarinen-Juusola, Outakoski, Raustia & Tjäderhane 2011, 23.)

Mikäli potilas kokee syljenerityksen vähentyneen ja suu tuntuu kuivalta, hoidossa tulisi ensisijaisesti selvittää oireen aiheuttaja. Ikäihmisillä aiheuttajana on usein käytetty lääkitys. (Meurman 2010, 313.) Suun kuivuuden oireita voidaan vähentää suuta kostuttamalla vedellä, ruokaöljyllä tai suuta kosteuttavilla valmisteilla, kuten suusuihkeilla ja geeleillä. Myös erilaiset ksylitolituotteet, kuten pastillit ja purukumit, lisäävät syljeneritystä. Hammastahnoissa on syytä välttää natriumlauryylisulfaattia, mikä entisestään kuivattaa kuivia limakalvoja. Myöskään väkevät, alkoholia sisältävät suuvedet eivät ole sopivia tuotteita kuivan suun hoitoon. (Suomen Hammaslääkäriliiton Vanhustyöryhmä 2003, 8, 41; Meurman 2010, 313; Oikarinen-Juusola ym. 2011, 23.) Tehokkaan suuhygienian merkitys on myös suuri. Heikentyneen motoriikan aiheuttaman suun puutteelliseen puhdistukseen auttaa useimmiten sähköhammasharjan käyttöönotto. Suun kuivuus on huomattava altistava tekijä suu- ja hammassairauksille, joten säännöllinen hammaslääkärin tarkastus on suositeltavaa. (Meurman 2010, 313.)

4.3.4 Muita ikäihmisillä suussa esiintyviä ongelmia

Ikääntymisen myötä suun kuivuus ja sylkirauhasten toiminnan heikkeneminen mahdollistavat bakteerien pääsyn rauhastiehyiden kautta sylkirauhasiin aiheuttamaan sylkirauhastulehduksen. Tulehtunut rauhanen punoittaa ja on turvonnut. Sylkirauhastiehyen aukko suussa voi olla ärtynyt ja erittää märkää. Tärkeintä hoidossa on nestetasapainon ylläpitäminen, syljen erityksen stimuloiminen, suun kosteana pitäminen sekä hyvä suuhygienia. (Suomen Hammaslääkäriliiton Vanhustyöryhmä 2003, 9; Atula 2007, 1712.)

Sylkirauhasissa saattaa esiintyä myös sylkikiviä. Sylkikiven ensioire on kipu ruokailun yhteydessä syljen erityksen lisääntyessä, jonka jälkeen rauhasalueelle tulee turvotusta. Oireet uusiutuvat aina ruokailun yhteydessä ja niiden voimakkuus riippuu sylkikiven koosta. Pienet sylkikivet poistuvat usein itsestään, mutta suuremmat joudutaan poistamaan. Sylkirauhasissa esiintyy myös

kasvaimia, joista suurin osa ovat hyvälaatuisia ja vähäoireisia, mutta tarvitsevat kuitenkin aina lääkärintutkimuksen (Suomen Hammaslääkäriliiton Vanhustyöryhmä 2003, 9; Atula 2007, 1710.)

Hammasproteesit, antibioottihoito, puolustusmekanismien heikkeneminen sairauksien yhteydessä sekä korkea ikä ovat altistavia tekijöitä sienitulehdukselle. Suun kuivuus pahentaa sienitulehduksia suussa. Sienitulehduksen oireita suussa ovat limakalvon polttelu ja kipu sekä makuainin muutokset. Vaaleat peitteet kielellä ja suun limakalvolla, vaaleat nystymäiset tai punoittavat laikut, verestävät läikät suussa sekä suunpielien haavaumat ovat sienitulehduksen ilmenemismuotoja suussa. (Scully & Hegarty 2003, 167; Suomen Hammaslääkäriliiton Vanhustyöryhmä 2003, 12.) Sienitulehdus on vaikea erottaa muista suun oireista ja muutoksista. Sieniviljelyllä voidaan varmistua suussa elävän sienien määrästä. Sienitulehduksen hoitoon kuuluu siihen altistavien tekijöiden poistaminen, joista tärkeimpänä suun ja proteesien huolellinen puhdistaminen, kuivan suun kostuttaminen ja syljen erityksen lisääminen. Lisäksi tarvittaessa voidaan käyttää sienilääkitystä. (Suomen Hammaslääkäriliiton Vanhustyöryhmä 2003, 12.)

4.4 Ehkäisevä suun terveydenhoito

Vanhenemisen myötä hammassairauden riski kasvaa ja toimintakyky alenee (Vesterhus Strand 2011, 34). Suunterveyden ongelmat ovat ikääntyneellä väestönosalla yleisiä, ja siksi hammashoidossa olisikin panostettava ennakoivaan ja ehkäisevään hoitotapaan korjaavan hoidon sijaan. Suunterveydellisillä ongelmilla on yleisterveydellisiä haittavaikutuksia, joten hammashoidon tulee ennakoida hampaiden reikiintymisen ja kiinnityskudossairauksien riskiryhmät ja painottaa näiden tautien ehkäisyä, pysäyttämistä ja hallintaa. Ikäihmiset ovat yksi riskiryhmistä ikääntymisen seurauksena tulevien terveyden ja toimintakyvyn muutosten myötä. Nämä muutokset voivat heijastua myös suun terveyteen. Siksi hammashoidon henkilökunnan suunterveyden edistämistyö vaatii tarkkuutta ja huolellisuutta havaita pienimmätkin muutokset, sillä niiden vaikutukset suunterveyteen voivat olla huomattavia. (Vehkalahti & Knuutila 2008, 48.)

lökkään suun omahoidon perusteet ovat samat kuin nuoremmillakin. Huolellinen, säännöllinen puhdistus, riittävä fluorin saanti ja liiallisen sokerinkäytön välttäminen ehkäisevät hampaiden karioitumista. lökkään suun puhdistamista vaikeuttavat kuitenkin monenlaiset ja lukumäärältään useat paikat, kiinteät ja irrotettavat hammasproteesit sekä kiinnityskudostuhon eteneminen. Siksi hammashoidon ammattilaisten tulisi muistaa päivittää ikäihmisen omahoitotaidot

tavanomaisillakin käynneillä, ei vain laajojen korjaavien tai proteettisten hoitojen yhteydessä. (Vehkalahti ym. 2008, 52.)

Myös toimintakyvyn heikkenemisen seurauksena myös hyvän suuhygienian toteuttaminen usein vaikeutuu. Hoidossa pyritään ehkäisemään suun heikentyneestä kunnosta aiheutuvien lisäongelmien syntyä. (Vesterhus Strand 2011, 34.) Iäkkäiden suunhoidossa pääpyrkimys on omien hampaiden säilyttäminen, mikäli mahdollista (Suomen Hammaslääkäriliiton Vanhustyöryhmä 2003, 31). Siksi säännölliset, tarvelähtöisesti ajoitetut hoitokäynnit ovat suositeltavia (Suominen-Taipale ym. 2004b, 158). Sopiva hoitoväli määritellään suun terveydentilan ja yleisterveyden mukaan (Suomen Hammaslääkäriliiton Vanhustyöryhmä 2003, 27).

Hammashoidon ylläpito on kunnan tehtävä. Hammashuoltoon luetaan valistus ja ehkäisytoiminta sekä kuntalaisten hampaiden tutkimus ja hoito sekä kiireellisen hammashoidon järjestäminen. Terveyskeskusten toteuttama suun terveydenhuolto on yleensä järjestelmällisen hoidon periaatteiden mukaista, eli asiakkaalle tehdään tietyin väliajoin hampaiden ja suun tutkimus ja hoito sekä siihen sisältyviä ehkäiseviä toimenpiteitä. (Suominen-Taipale ym. 2004b, 159.)

Terveys 2000-tutkimuksen mukaan säännöllisesti hammashoidossa käyvistä ikäihmisistä suuri osa kävi tarkastuksessa vuosittain. Harjausopetus ja ravintoneuvonta olivat erittäin harvinaisia hammashoidossa, ja käynnit koostuivat pääasiassa paikkauksista ja hammaskiven poistosta. (Suominen-Taipale, Nordblad, Arinen & Vehkalahti 2004, 63.) Ehkäisevä hoito tehoaa kuitenkin myös iäkkäille. Parhaat keinot suun sairauksien ehkäisyyn ovat suun, hampaiden ja proteesien päivittäinen puhdistaminen sekä terveellinen ruokavalio ja säännölliset ateriat. (Suomen Hammaslääkäriliiton Vanhustyöryhmä 2003, 24.)

4.4.1 Ravitseminen

Ruokavaliolla on suuri merkitys kariesin kehittämisessä (Essex 2007, 422). Suunterveyden ylläpitäminen ja edistäminen perustuvat suun puhdistuksen ja hampaiden vastustuskyvyn tukemisen lisäksi ravinnosta aiheutuvien haittojen minimointiin. Ravinnon aiheuttamat haitat ovat seurausta lähinnä sokerin käytöstä ja liian tiheästä ateriaritmistä. Hammashoitohenkilökunnan tehtävänä on antaa tarpeenmukaista ehkäisevää tietoa myös ravinnosta. (Vehkalahti ym. 2008, 50.)

Säännöllinen ruokailu ja monipuolinen ruokavalio suojaavat hampaita karioitumiselta. Sokeripitoiset sekä muut naposteltavat tuotteet, kuten perunalastut, lisäävät kariesriskiä niiden tarttuessa hampaiden pinnalle ja aiheuttaen pitkäaikaisen syljen happamuuden alenemisen. Ravinnon hiilihydraatit tarjoavat kariogeenisille bakteereille suotuisan elinympäristön, sillä bakteerit käyttävät hiilihydraatteja ravinnokseen. Hampaan pinnalle muodostuva biofilmi lisää kariesriskiä, kun se saa rauhassa kehittyä ja vahvistua. (Essex 2007, 422; Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Hammaslääkäriseura Apollonia ry:n asettama työryhmä 2009, hakupäivä 2.5.2012.) Ruokailun jälkeen otettu ksylitolituote ehkäisee kariesta neutraloimalla suun happamuutta (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Hammaslääkäriseura Apollonia ry:n asettama työryhmä 2009, hakupäivä 2.5.2012.)

Karieksen pysäyttämisessä ja ennaltaehkäisyssä tulisi siis huomioida suuhygienian lisäksi ruokailutottumukset (Hiltunen ym. 2008, 33). Terveys 2000 – tutkimuksen mukaan yleisin makean lähde ja käyttömuoto suomalaisaikuisilla on kahviin ja teeheen lisätty sokeri. Eläkeikäisten ikäryhmässä niitä juotiin enemmän kuin muissa. (Vehkalahti & Knuutila 2004, 46.) Tutkimuksen mukaan myös syömiseen ja makuaistin heikkenemiseen liittyvät ongelmat olivat yleisiä ikäihmisillä (Harju ym. 2004, 40). Myös hammasproteesien käyttö vaikuttaa ravitsemukseen. Yli 60-vuotiaan on vaikea tottua uuteen proteesiin, sillä sen uusimisen myötä proteesin käyttäjä joutuu opettelemaan uuden tavan käyttää kieltä ja suun seudun lihaksia. Lisäksi proteesiin totuttelu aiheuttaa muutoksia syömisessä ja puhumisessa. (Suomen Hammaslääkäriliiton Vanhustyöryhmä 2003, 31.) Terveys 2000-tutkimuksen mukaan erityisesti hampaattomilla oli pureskeluongelmia: neljäsosalle pureskelu oli hankalaa ja kova ja sitkeä ruoka eivät sopineet (Harju ym. 2004, 37).

Suunterveydestä huolehtimisella on myös yleisterveydellisiä hyötyjä. Hyvä suunterveys vaikuttaa yleisterveyteen parantamalla mahdollisuuksia syödä monipuolista ravintoa ja siten pienentää aliravitsemuksen riskiä. Lisäksi hyvä suunterveys mahdollistaa sellaisen ravinnon nauttimisen, jolla voidaan alentaa monenlaisten sairauksien riskitekijöitä. (Vehkalahti ym. 2008, 48.)

4.4.2 Suun ja hampaiden puhdistus ja omahoito

Omien hampaiden säilyttäminen edellyttää säännöllistä suun puhdistamista. Monet ikäihmisistä ovat hyväkuntoisia ja aktiivisia ja kykenevät huolehtimaan itse suunsa terveydestä. Suun hoito voi kuitenkin vaikeutua mm. sairauden, heikentyneen motoriikan tai dementian seurauksena.

Lisähaasteita suun puhdistukseen tuovat myös ikenien vetäytymisen myötä suurentuneet hammasvälit sekä erilaiset proteesiratkaisut. (Keskinen 2009, 130, 132.) Ikääntyneillä ikenet ovat vetäytyneet ajan myötä. Karkean juuren pinnan paljastuessa ja hammasvälien suurentuessa hampaisiin tulee vaikeasti puhdistettavia pintoja. Ikääntyneiden runsaasti korjatut hampaat, paikkojen ja kruunujen saumakohdat, ovat retentio-pintana biofilmille. Käden motoriikan sekä näön heikkeneminen vaikeuttavat suun puhdistamista. (Suomen Hammaslääkäriliiton Vanhustyöryhmä 2003, 10.)

Hyvä omahoito ehkäisee ja hoitaa yleisimpiä suun sairauksia, kuten hampaiden karioitumista, gingiviittiä ja parodontiittia sekä hammasproteesia käyttävillä ilmeneviä suun tulehduksia. Suun huolellinen ja riittävä omahoito koostuu hampaiden ja hammasvälien sekä mahdollisten hammasproteesien päivittäisestä puhdistamisesta. Lisäksi tulisi välttää hampaille haitallista sokeripitoista ravintoa tai rajoittaa sen käyttöä. (Vehkalahti & Knuutila 2004, 41.) Hampaat tulisi harjata kahdesti päivässä fluorihammastahnalla. Hammasvälit olisi hyvä puhdistaa päivittäin. (Käypähoito 2009. Hakupäivä 2.5.2012.) Omahoidon toteutuksessa käytetään joko tavallista tai sähkökäyttöistä hammasharjaa ja fluorihammastahnaa sekä kohonneen kariesriskin potilaille lisäksi fluoritabletteja tai fluoriliuosta. (Vehkalahti & Knuutila 2004, 41; Vehkalahti & Knuutila 2008, 52). Hammasvälien puhdistamiseksi käytetään hammaslankaa tai hammasväliharjaa. Ruokailun jälkeisen syljen pH:n laskun katkaisemiseksi käytetään säännöllisesti ksylitolivalmisteita. (Vehkalahti & Knuutila 2004, 41.) Hammasproteesit tulisi puhdistaa päivittäin proteesiharjalla tai hammasharjalla sekä astianpesuaineella tai proteesinpuhdistusaineella. Hankaavat hammastahnat voivat vähentää proteesimuovin kiiltoa. Ruokailun jälkeen proteesit tulisi huuhtoa vedellä. Hammasproteesit tulisi tarkistaa säännöllisesti hammaslääkärillä. (Ainamo ym. 2003, 271, 272.) Hammasproteesit tulisi säilyttää kuivana bakteerien ja sienten kasvun estämiseksi (Suomen Hammaslääkäriliiton Vanhustyöryhmä 2003, 48).

Terveys 2000 -tutkimuksesta ilmenee, että hampaiden harjauksessa ikäryhmien väliset erot ovat hyvin pieniä. Tutkimukseen osallistuneista hampaallisista 61 % harjasi hampaansa vähintään kaksi kertaa päivässä, useimmiten naiset kuin miehet. Sähköhammasharjaa käytettiin vähemmän kuin tavallista hammasharjaa, mutta sähköharjan käyttö oli yhtä yleistä molemmilla sukupuolilla. Hammasvälien puhdistus oli vähäistä, sillä hammaslankaa ja hammasväliharjoja käytti päivittäin vain 14 % naisista ja 5 % miehistä. (Vehkalahti & Knuutila 2004, 43.) Tutkimuksen mukaan vain joka kolmannella hampaallisella oli puhtaat hampaat, ja 50 %:lla oli ienrajoissa plakkia.

Eläkeikäisten miesten ja naisten väliset erot olivat selviä: naisista 40 %:lla ja miehistä vain 22 %:lla olivat puhtaat hampaat, ja 14 %:lla naisista sekä 30 %:lla miehistä plakin määrä oli runsasta. Fluorihammastahnaa käyttää valtaosa hampaallisista. Tutkimuksen mukaan eläkeläiset käyttävät sitä kuitenkin vähemmän kuin 30–44-vuotiaat (93 % / 76 %). Muita fluorivalmisteita, kuten tabletteja ja liuoksia käytetään erittäin vähän, päivittäinen käyttö naisilla 2 % ja miehillä 1 %. Ksylitolituotteista purukumi on yleisempi käyttömuoto kuin ksylitolipastillit. Miehistä noin kymmenesosa ja naisista viidesosa käyttivät ksylitolilla makeutettua purukumia päivittäin, mutta eläkeikäisillä vastaavat luvut olivat vain 2 % ja 5 %. (Sama, 46.)

Samanlainen sukupuolten välinen ero kuin harjauksessakin näkyi myös hammasproteesien puhdistamiskerroissa. Hammasproteesia käyttävistä naisista suuri osa puhdisti proteesinsa vähintään kahdesti päivässä, miehistä alle puolet. (Vehkalahti & Knuutila 2004, 43.) Proteesin puhdistamistuloksissa oli kuitenkin vaihtelua. Proteesinkäyttäjistä 43 %:lla olivat puhtaat proteesit, naisilla useammin kuin miehillä. Hammasproteesit olivat sitä puhtaammat mitä useammin niitä puhdistettiin, mutta puhdistustulos ei ollut kovin hyvä: vaikka proteesi puhdistettiin vähintään kahdesti päivässä, vain alle puolella heistä (46 %) olivat puhtaat proteesit. Kerran päivässä puhdistavista 38 % ja sitä harvemmin puhdistavista hammasproteesien puhdistustulos oli hyvä 31 %:lla. (Sama, 44,46.)

4.4.3 Toimintakyvyn heikkeneminen

Toimintakyky vaikuttaa ratkaisevasti ikäihmisten terveyteen ja hyvinvointiin (Lyyra 2007, 21). Usein iän ja sairauksien aiheuttaman käsien toimintakyvyn ja voiman heikkenemisen myötä omatoiminen suun ja hammasproteesien puhdistaminen vaikeutuu. Varsinkin hammasvälien puhdistus voi tuottaa vaikeuksia. Puhdistuksen helpottamiseksi kuitenkin löytyy monia apuvälineitä, kuten esimerkiksi hammasväliharjat suurentuneiden hammasvälien puhdistamiseen. (Suomen Hammaslääkäriliiton Vanhustyöryhmä 2003, 32; Hämäläinen 2010, 398.) Apua voidaan tarvita myös hammaslääkärin pääsyssä. Lisäksi muisti heikkenee iän myötä, samoin heikentynyt kuulo ja näkö yleistyvät. Nämä seikat on huomioitava hoito-ohjeita annettaessa. (Sama, 7.) Ikääntymisen myötä myös oppimiskyky voi olla heikentynyt, ja ongelmia voi ilmetä esim. proteesien käytön opettelussa. Siksi hampaattomuutta pyritään välttämään. (Vesterhus Strand 2011, 37).

Mitä iäkkäämpi ja sairaampi ihminen on, sitä tärkeämpää on hyvän suuhygienian toteutuminen, sillä vastustuskyky on tällöin huonompi. Päivittäisen suunpuhdistamisen puuttuminen johtaa suun mikrobimäärien kasvuun ja niiden kyky aiheuttaa sairauksia lisääntyy. Ikäihmisten suunhoidon ensisijainen tavoite onkin puhdas suu. (Suomen Hammaslääkäriliiton Vanhustyöryhmä 2003, 23.) Iän mukana tulevat monet sairaudet ja lääkkeet ovat kuitenkin uhkatekijä myös hyvän suun terveyden omaavan iäkkään suulle (sama, 21).

Ikä ja sen myötä tulevat liikuntarajoitukset eivät saa estää säännöllistä hammashoitoa. Koska hammashoito vaikeutuu iän myötä, varhainen puuttuminen ja kariesriskin arviointi tuovat sekä taloudellista hyötyä että vähentävät korjaavan hoidon tarvetta. Ennaltaehkäisevä hoito on siksi tärkeää: mikäli siitä tingitään, seurauksena ovat kalliit ja rasittavat hoidot niin taloudellisesti kuin terveydellisesti. (Vesterhus Strand 2011, 38.) Vanhuus ei kuitenkaan aina tarkoita huonoa toimintakykyä, vaan siihen voi kuulua esim. hyvinvoinnin lisääntymistä ja kehittymismahdollisuuksia halutuilla osa-alueilla. Oleellista on, että vanhushuolteen järjestämisessä otetaan vanhusten mahdollisuudet huomioon. (Vallejo Medina ym. 2006, 11–12.) Ikäihmisen terveyttä edistävää toimintaa suunniteltaessa, toteuttaessa ja arvioitaessa onkin keskeistä, että terveyttä ja toimintakykyä tarkastellaan tasapainoisesti niin fyysiseltä, kognitiiviselta, psyykkiseltä kuin sosiaaliselta kannalta. (Voutilainen ym. 2006, 69).

5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvailla Oulun Caritaksen vanhuspalveluasunnoissa asuvien ikäihmisten suunhoitotottumuksia, hammashoitopalvelujen käyttöä ja koettua tarvetta sekä palvelujen asiakaslähtöisyyttä. Tutkimuksestamme saatavaa tietoa voidaan hyödyntää vanhuksille suunnattavien suun terveydenhuollon palvelujen kehittämisessä.

Tutkimustehtävä 1. Miten ikäihmiset huolehtivat suunsa ja hampaidensa terveydestä?

Tutkimustehtävä 2. Millaisia hammashoitopalveluja he käyttävät, ja miten ne on järjestetty?

Tutkimustehtävä 3. Ovatko käytetyt hammashoitopalvelut asiakaslähtöisiä?

6 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

6.1 Tutkimusmenetelmän valinta

Valitsimme tutkimuksen tarkoituksen mukaisesti kvantitatiivisen eli määrällisen tutkimusmenetelmän. Kvantitatiivisen tutkimuksen tekijä tarkastelee tutkittavaa kohdetta objektiivisesti. Tutkimustehtävät ja tutkimusmenetelmät ovat yleensä valmiiksi mietittyjä jo ennen varsinaisen tutkimuksen aloittamista. Määrällinen eli kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä antaa yleiskuvan mitattavien ominaisuuksien välisistä suhteista ja eroavaisuuksista. (Vilka 2007, 13–14.) Kvantitatiivisella tutkimuksella voidaan kartoittaa vallitseva tilanne, mutta asioiden syitä ei pystytä riittävästi selvittämään (Heikkilä 2008, 16). Määrällisessä tutkimuksessa tarvitaan jonkinlainen mittari määrällisen tiedon saamiseksi tutkittavasta asiasta. Tietoa tarkastellaan numeerisesti, eli tutkittavia asioita ja ominaisuuksia kuvaillaan prosenttiosuuksien ja lukumäärien avulla. Tutkimustulokset esitetään numeerisessa muodossa, mutta tutkija selittää olennaiset tulokset sanallisesti. Tuloksia voidaan myös havainnollistaa kuvioin ja taulukoin. (Soininen 1995, 34; Vilka 2007, 13–14; Heikkilä 2008, 16.)

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa keskeisiä asioita ovat aiempien tutkimusten johtopäätökset, aiemmat teoriat, käytettyjen käsitteiden määrittely sekä aineiston keruun suunnitelmat. Taustana on valmiiksi laadittu viitekehys. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 140.) Viitekehys sisältää kohdeilmiötä käsittelevän aiemman tieteellisen keskustelun, ja sen tehtävänä on selvittää tutkimuksen näkökulma ja kertoa tavasta, jolla tutkittavaa aihetta on tarkoitus lähestyä (Uusitalo 1991, 41–42). Perehdyimme ennen varsinaisen tutkimuksen toteuttamista aihetta käsittelevään tietoon ja aiempiin tutkimuksiin ja kirjoitimme viitekehysten, jonka pohjalta valitsimme kolme tutkimustehtävää (ks. 5 Tutkimustehtävät). Tutkimuksen aineiston keruuta varten teimme mittarin, joka vastaa suoraan tutkimustehtäviin.

Määrällinen tutkimus joko selittää, kuvaa, kartoittaa, vertailee tai ennustaa ihmisiä koskevia asioita ja ominaisuuksia. Tutkimuksemme on kuvaileva tutkimus, jossa esitetään henkilöiden ja heidän toiminnan keskeiset, näkyvimmat ja kiinnostavimmat piirteet. (Vilka 2007, 19–20; Hirsjärvi ym. 2009, 139.) Kuvaileva eli deskriptiivinen tutkimus vastaa kysymyksiin mikä, kuka, millainen, missä ja milloin (Heikkilä 2008, 14). Tutkimuksemme tarkoituksena oli selvittää Oulun Caritaksen palveluasunnoissa asuvien ikäihmisten suunhoitotottumuksia, suun

terveydenhoitopalveluiden käyttöä ja saatavuutta sekä selvittää heidän kokemansa hammashoitopalvelujen tarve.

Toteutimme tutkimuksen survey -menetelmällä kvantitatiivisen tutkimusotteen periaatteiden mukaisesti. Terminä survey tarkoittaa niitä kyselyn, haastattelun ja havainnoinnin muotoja, joissa aineiston keruu tapahtuu standardoidusti eli yhdenmukaisesti ja kohdehenkilöistä muodostuu otos tietyistä perusjoukosta. Surveyyn avulla kerätyt aineistot käsitellään tavallisesti kvantitatiivisin menetelmin. (Hirsjärvi ym. 2009, 191, 193–194.) Survey-tutkimus soveltuu hyvin laajojen joukkojen tutkimiseen, koska sen voi toteuttaa tehokkaasti ja taloudellisesti (Heikkilä 2008, 19).

6.2 Mittarin laadinta ja luotettavuus

Kyselylomake on perinteikäs tapa tutkimusaineiston keräämiseksi. Kyselyn muoto ja toteutus vaihtelee käyttötarkoituksensa ja kohderyhmän mukaan. (Valli 2007, 102.) Kysely on aineistonkeruumenetelmänä sekä tehokas että nopea, ja sen avulla voidaan kerätä laaja tutkimusaineisto. Kysely mahdollistaa myös monien asioiden kysymisen suhteellisen lyhyessä ajassa. Myös aikataulu voidaan suunnitella ja kustannukset arvioida melko tarkasti. Huolellisesti suunniteltu lomake nopeuttaa aineiston käsittelyä tilastolliseen muotoon ja helpottaa analysointia. (Hirsjärvi ym. 2009, 195.) Tutkija voi käyttää valmiita aineistoja ja mittareita, jos sellaisia on saatavilla. Se vaatii kuitenkin yleensä niiden muokkaamista omaan tutkimukseen sopivaksi. Myös tietojen yhteensovittaminen oman tutkimuksen kysymyksenasetteluihin tuottaa vaikeuksia. Siksi oman aineiston kerääminen ja mittarin luominen on empiirisessä tutkimuksessa hyvin yleistä. Itse kerätyn aineiston suurena etuna on mahdollisuus päättää sen sisällöstä ja muodosta itse. (Alkula, Pöntinen & Ylöstalo 1994, 66; Hirsjärvi ym. 2009, 186.) Teimme lomakkeen itse ja suunnittelimme sen rakenteen ja kysymysten järjestyksen tutkimustehtävien mukaisesti. Hyödynsimme kysymysten teossa ja muotoilussa Terveys 2000-tutkimuksessa käytettyä suun terveyttä mittaavaa lomaketta (Kansanterveyslaitos 2004, 197–201).

Lomaketta kannattaa alkaa koota vasta, kun tutkimusongelmat on pääpiirteissään määritelty, sillä kysymykset tehdään tutkimuksen tavoitteiden ja tutkimusongelmien mukaisesti. Kun tutkimusongelmat ovat täsmentyneet, kysymyksistä tulee osuvia ja niiden avulla saadaan kerättyä juuri sitä tietoa, mitä aineistonkeruulla pyritään löytämään. Myös turhat kysymykset jäävät pois ja siten myös aineiston analysointi helpottuu. (Valli 2007, 102–103.) Viitekehyksen kirjoittamisen

myötä esiin nousi kysymyksiä, joihin lähdemme etsimään vastausta tässä tutkimuksessa (ks. 5 Tutkimustehtävät).

Kyselylomakkeen avulla voidaan kerätä tietoja tosiasioista sekä havainnoida yksilöä ja häntä koskevia asioita kuten mielipiteitä, arvoja, asenteita, ominaisuuksia, toimintaa tai käyttäytymistä. Kysely on sopiva aineistonkeruumenetelmä myös henkilökohtaisten asioiden tutkimiseen. Henkilökohtaisiin asioihin luetaan esimerkiksi terveystyötyminen, koettu terveys ja itsehoito. (Vilkkä 2007, 28; Hirsjärvi ym. 2009, 197.) Tutkimuksemme pyrkii kuvailemaan ja selvittämään edellä mainittuja asioita, joten valitsimme kyselylomakkeen aineistonkeruumenetelmäksi.

6.2.1 Kysymysten laatiminen ja kysymystyyppien valinta

Lomakkeeseen tulevia kysymyksiä voidaan muotoilla monella eri tavalla (Hirsjärvi ym. 2009, 198). Strukturoiduissa kysymyksissä annetaan valmiit vastausvaihtoehdot. Strukturoituja kysymyksiä voidaan käyttää silloin, kun mahdolliset vastausvaihtoehdot tiedetään etukäteen ja niiden määrä on rajallinen; strukturointi tarkoittaa siis tutkittavan asian ja sen ominaisuuksien suunnittelua ja vakiointia. (Vilkkä 2007, 14; Hirsjärvi ym. 2009, 193.) Avoimissa kysymyksissä kysymyksen perään jätetään tyhjä tila vastausta varten. Puolistrukturoidussa kyselylomakkeessa tietoa kerätään sekamuotoisilla kysymyksillä. Sekamuotoiset kysymykset ovat strukturoidun ja avoimen kysymyksen yhdistelmä. Niissä osa vastausvaihtoehdoista on annettu valmiiksi ja osa on avoimia. Avoimia kysymyksiä on yleensä yksi, ja se toimii silloin, kun kaikkia vastausvaihtoehtoja ei tunneta. (Vilkkä 2007, 69; Heikkilä 2008, 52; Hirsjärvi ym. 2009, 198–199.) Lomakkeessamme oli pääasiassa sekamuotoisia kysymyksiä, mutta käytimme myös avoimia kysymyksiä täydentämään tarvittaessa edeltävää kysymystä, mikäli vastaaja halusi tuoda tarkemmin esiin esimerkiksi tyytymättömyytensä syyn hammashoitopalveluihin. Avoimet kysymykset siis tuovat esiin vastaajan viitekehyksiä ja auttavat monivalintatehtäviin annettujen poikkeavien vastausten tulkinnassa.

Monivalintakysymysten selkeä etu on, että samaan kysymykseen saatuja vastauksia on mahdollista vertailla mielekkäästi. Myös vastausten käsittely ja analysointi tietokoneella on paljon helpompaa kuin avointen kysymysten analysointi. Monivalintakysymyksissä vastaaja rastittaa tai rengastaa ohjeiden mukaan yhden tai useamman valmiiksi annetun vastausvaihtoehdon. Rastittaminen on osoittautunut vastaajille helpommaksi, sillä rengastaminen voi aiheuttaa sekaannuksia. Käytimme kuitenkin itse rengastamismenetelmää, sillä se helpottaa aineiston

syöttämistä tietokoneelle. Lisäksi rengastusmenetelmässä tallennusvirheiden mahdollisuus on pienempi kuin rastitusmenetelmässä, sillä tietojen tallentaminen vaatii tarkkuutta, ja rastituksessa tarvitaan erilliset numerokoodit aineiston syöttämiseksi tilasto-ohjelmaan. (Heikkilä 2008, 59; Hirsjärvi ym. 2009, 199, 201.) Analysoinnin ja tulosten tulkinnan helpottamiseksi ja yksinkertaistamiseksi sopivia vastausvaihtoehtoja on hyvä olla vain yksi. Osa kysymyksistämme on kuitenkin monivalintaisia, jotta saamme laajemman kuvan vastaajan toiminnasta (vrt. suunhoitotuotteiden päivittäinen käyttö). (Valli 2007, 123.)

6.2.2 Kyselylomakkeen sisältö ja muotoilu

Tutkimuksemme mittarina toimii itse tehty puolistrukturoitu kyselylomake standardoiduilla eli vakioituilla kysymyksillä (liite 2). Tällaisessa lomakkeessa asiat kysytään kaikilta samassa järjestyksessä ja samalla tavalla (Hirsjärvi ym. 2009, 193). Onnistuneen lomakkeen laadinta vaatii paljon työtä. Tutkimukseen vastaamiseen vaikuttavista seikoista tärkein on aiheen mielenkiintoisuus ja merkityksellisyys vastaajan näkökulmasta. Kuitenkin myös lomakkeen laadinnalla ja kysymyksen tarkalla suunnittelulla voidaan tehostaa aineistonkeruun onnistumista. (Hirsjärvi ym. 2009, 198–201.) Pätevien tulosten saamiseksi lomakkeen selvyys on tärkeintä, joten kysymyksistä on laadittava sellaisia, että ne merkitsevät samaa kaikille vastaajille. Lyhyet kysymykset ovat helpompi ymmärtää, ja aina tulee kysyä vain yhtä asiaa kerrallaan. Yhtenä vastausvaihtoehtona tulee olla myös neutraali vaihtoehto, mikäli vastaaja ei ota kantaa kumpaankaan suuntaan. (Hirsjärvi ym. 2009, 202–203.)

Myös ulkoasuseikat ovat tärkeitä. Kysymysten määrä tulee pitää kohtuullisena, ja järjestys tulee edetä loogisesti (Hirsjärvi ym. 2009, 203). Pyrimme tekemään kyselylomakkeestamme selkeän ja kattavan, mutta tiiviin. Jaoimme kyselylomakkeemme kysymykset aihepiireittäin, jotta se olisi looginen ja helppo täyttää. Kysymysten määrää kannattaa miettiä etukäteen huolellisesti, sillä liian pitkän lomakkeen viimeisiin kysymyksiin vastataan helposti ajattelematta sen tarkemmin, jolloin kyselyn luotettavuus kärsii. (Valli 2007, 104–105.) Kysymysten tulee olla sopivan pituisia. Liian pitkässä kysymyksessä alku voi jo unohtua. Pitkä, useampisivuinen lomake karsii vastaajien määrää, mutta myös täyteen ahdetut sivut lyhyemmän lomakkeen luomiseksi näyttää työläältä vastata, jolloin kyselyyn jätetään helposti vastaamatta. (Valli 2007, 105; Heikkilä 2008, 58.) Kohderyhmää koskevat yleiset piirteet tulee huomioida lomakkeen laadinnassa (Valli 2007, 106–107). Koska kohdistimme kyselymme ikäihmisille, teimme lomakkeen hieman tavallista isommalla kirjasinkoolla ja rivivälillä.

Kyselytutkimuksiin liittyy myös heikkouksia. Tutkija ei voi tietää, ovatko vastaajat suhtautuneet vakavasti lomakkeen täyttämiseen ja ovatko he vastanneet kysymyksiin rehellisesti. Valmiiksi annetut vastausvaihtoehdot saattavat olla epäonnistuneita joidenkin vastaajien näkökulmasta, ja väärinymmärryksiä on lähes mahdoton kontrolloida. Myös vierasperäisiä sanoja ja ammatillista sanastoa tulee välttää, sillä ne eivät välttämättä ole kaikille vastaajille tuttuja. Muotoilimme kyselylomakkeen vastausvaihtoehdot toisensa poissulkeviksi, jotta ei tule tulkintaongelmia. (Hirsjärvi ym. 2009, 195, 203.)

6.2.3 Lomakkeen esitestaus

Itse laadittu mittari tulee esitestata kysymysten ymmärrettävyyden vuoksi ennen varsinaista aineistokeruuta, sillä virheitä ei voi korjata enää sen jälkeen. Testausjoukon olisi hyvä olla mahdollisimman samankaltainen kuin varsinaisessa tutkimuksessa, jotta esitestaus palvelisi kyselylomakkeen kehittämisessä parhaalla mahdollisella tavalla. Testasimme lomakkeemme samaan ikäryhmään kuuluvilla ihmisillä kuin mille kysely oli suunnattu. Esitestauksessa kyselylomakkeen täyttäjät voivat vastaamisen jälkeen antaa palautetta kyselyn toteutuksesta ja sisällöstä, ja sen avulla voidaan kysymysten muotoilu korjata ja selventää varsinaista tutkimusta varten. Esitestauksen avulla myös selvitetään, vastaavatko kysymykset tutkimustehtäviin, onko lomakkeessa tarpeettomia kysymyksiä ja puuttuuko aiheen kannalta olennaisia. Muita arviointiseikkoja ovat mittarin ja sen vastausohjeiden selkeys ja toimivuus, kysymysten täsmällisyys ja yksiselitteisyys sekä lomakkeen pituus. (Valli 2007, 136–137; Viikka 2007, 78; Heikkilä 2008, 48, 61; Hirsjärvi ym. 2009, 204.) Esitestauksen avulla teimme tarvittavat muutokset, jotka koskivat lähinnä sanavalintoja ja kysymysten järjestystä. Lisäksi tilastotieteen asiantuntija tarkasti lomakkeen etukäteen ennen aineistonkeruuta, jotta lomake oli sopiva aineiston syöttöä varten.

6.2.4 Tutkimuksen reliabiliteetti ja validiteetti

Kyselylomake tulee suunnitella huolellisesti, koska sillä on erittäin tärkeä rooli tutkimuksen onnistumiselle. Kysymysten osuva muotoilu minimoi tutkimustuloksiin syntyviä virheitä, sillä kun vastaaja käsittää kysymyksen samalla tavalla kuin tutkija tarkoittaa, tulokset eivät vääristy. Kysymysten on oltava yksiselitteisiä, eivätkä ne saa johdatella vastaajaa tiettyyn suuntaan. (Valli 2007, 102.)

Kaikissa tehdyissä tutkimuksissa arvioidaan työn luotettavuutta eli reliabiliteettia ja pätevyyttä eli validiteettia. Tutkimuksen tulosten on tärkeää olla luotettavia, jolloin ne mahdollistavat kyseisen tieteenalan kehittymisen. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa tarkastellaan erityisesti mittarin luotettavuutta, sillä tulosten luotettavuus riippuu mittarin luotettavuudesta. Mittarin tulee kuvata tutkittavaa asiaa oikein. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 206.)

Reliabiliteetti mittaa tulosten tarkkuutta, eli tutkimuksen tulokset eivät saa olla sattumanvaraisia. Luotettava tutkimus toistuu samanlaisin tuloksin vastaavanlaisessa tutkimuksessa. Virheitä voi sattuua tietojen keruun, syöttämisen ja käsittelyn aikana sekä tuloksia tulkittaessa. Tämä vaatii tutkijalta tarkkaavaisuutta koko tutkimuksen ajan. (Heikkilä 2008, 30; Hirsjärvi ym. 2009, 231.) Mittarin reliabiliteettia voidaan parantaa esitestauksen lisäksi kysymysten määrää ja niiden järjestystä sekä ymmärrettävyyttä muuttamalla (Paunonen ym. 1997, 209–210). Mittarin validius puolestaan määräytyy sen perusteella, mittaako se todella sitä, mitä sen tulee mitata. Tutkimuksen validius edellyttää, että tutkimukselle on asetettu täsmälliset tavoitteet, jotta tutkitaan oikeita asioita. Jos mitattavat käsitteet ja muuttujat ovat epämääräisiä, mittaustulokset eivät ole valideja. Validius tulee varmistaa etukäteen suunnitteluvaiheessa ja tarkoin mietityllä aineistonkeruulla. Kyselylomakkeen tulee mitata tutkimusongelmien mukaisia asioita kattavasti. (Heikkilä 2008, 29–30.) Esitestauksella voidaan arvioida mittarin validiteettia ja varmistaa mittarin toimivuus, loogisuus, ymmärrettävyys ja helppokäyttöisyys (Paunonen ym. 1997, 207). Näistä muodostuu mittarin kokonaisluotettavuus, jota alentavat erilaiset virheet aineiston hankinnassa. Laatuun vaikuttavia virheitä voi syntyä aineiston käsittelyssä, lomakkeen rakenteessa, otosjoukon valinnassa ja vastaajakadossa. (Heikkilä 2008, 185.)

Postikyselyssä vastausten luotettavuutta on ongelmallista tutkia. Tutkija ei voi tietää, kuka kyselyyn on todellisuudessa vastannut, jolloin tutkimuksen luotettavuus kärsii. (Valli 2007, 106; Heikkilä 2008, 66.) Tulosten luotettavuutta lisää kuitenkin vastaajan mahdollisuus täyttää lomake rauhassa ja parhaiten sopivalla ajalla. Myös mahdollisuus tarkastella ja pohtia vastauksia ilman tutkijan läsnäoloa ja rajoitettua vastausaikaa lisää vastausten luotettavuutta. (Valli 2007, 106.)

6.3 Aineiston keruu ja analysointi

Postikysely toteutetaan siten, että lomake toimitetaan postitse tutkittaville, jotka täyttävät lomakkeen itse ja palauttavat sen takaisin tutkijalle mukana olleessa palautuskuoressa (Hirsjärvi ym. 2009, 196). Postitse suoritettavan tutkimuksen etuna on nopeus ja vaivaton aineiston

saaminen, mutta heikkoutena on kato eli vastaamattomuus, joka nousee melko suureksi (Heikkilä 2008, 44; Hirsjärvi ym. 2009, 195–196). Katoon vaikuttaa sekä tutkimuksen aihe että vastaajajoukko; mikäli aihe koetaan tärkeäksi, vastaustodennäköisyys on suurempi kuin jos aihe olisi vastaajan kannalta vähemmän merkittävä (Hirsjärvi ym. 2009, 196).

Tutkimuksemme otoksen muodostivat Oulun Caritaksen palveluasunnoissa asuvat ikäihmiset, 63-vuotiaat ja sitä vanhemmat. Ennen kyselyn suorittamista saimme tutkimusluvan yksikön vanhuspalvelupäälliköltä. Sen jälkeen toimitimme kyselyt henkilökohtaisesti tutkittavien postilaatikoihin (1kpl/talous). Asunnot sijaitsivat viidessä eri rakennuksessa, ja saimme jakeluun apua Caritaksen henkilökunnalta; he avasivat ovet ja kertoivat talon kerrosnumerot, joissa oleviin asuntoihin voimme kyselyt jakaa. Jaoimme lomakkeita yhteensä 304, ja niiden jakamiseen meni yksi iltapäivä. Vastausaikaa annettiin viikko. Palautusohjeet löytyivät lomakkeen mukana olleesta saatekirjeestä. Palautus tapahtui Caritaksen tiloissa olevaan palautuslaatikkoon, josta noudimme palautetut lomakkeet henkilökohtaisesti keruuajan umpeuduttua. Palautuspäivään mennessä kyselyyn oli vastannut 21 % (64) kyselyn saaneista. Vastaamatta jätti 240 henkilöä.

Postikyselyssä vastaaja saa yleensä kyselyn liitteenä tutkijan laatimat vastausohjeet. Kaikki vastaajat eivät kuitenkaan lue ohjeita, varsinkaan jos ne ovat pitkiä ja vaikeaselkoisia. Siksi ohjeiden tulee olla mahdollisimman lyhyesti esitettyjä ja kysymyksiin tulisi pystyä vastaamaan ilman ohjeitakin. (Valli 2007, 106.) Teimme saatekirjeestä lyhyen ja sisällytimme siihen vain tutkimuksen kannalta oleelliset asiat. Saatekirjeessä oli yhteystietomme, mikäli vastaajilla olisi ollut vastaamiseen tai lomakkeen palauttamiseen liittyvää kysyttävää. Katoon vaikuttaa vastaamatta jättäneiden lisäksi myös hylättävien lomakkeiden määrä. Posti- eli kirjekyselynä toteutetussa aineistonkeruussa tulee saadut lomakkeet käydä läpi, jotta mahdollisesti hylättävät lomakkeet eivät päädy analysoitavien lomakkeiden joukkoon. (Hirsjärvi ym. 2009, 221.) Hylkäyksen kriteerejä ovat mm. vastausten puutteellisuus, virheellisyys tai asiattomuus (Vilka 2007, 106, 114; Heikkilä 2008, 43). Hylkäsimme yhden kyselyn, sillä vastaaja ei kuulunut niihin ikäluokkiin, joita tutkimme.

Strukturoidun kyselytutkimuksen analyysi tehdään aineiston keruun ja järjestämisen jälkeen. Analyysitavaksi valitaan tapa, joka parhaalla mahdollisella tavalla antaa vastaukset tutkimustehtäviin. Analyysivaiheessa selviää, minkälaisia vastauksia tutkimusongelmiin saatiin. (Hirsjärvi ym. 2009, 221, 223–224.) Kvantitatiivisen aineiston analysoinnissa aineiston tallennus

onnistuu tekstinkäsittelyohjelmalla, muulla editorilla tai erityisellä tallennusohjelmalla (Alkula ym. 1994, 146). Analyysitapa valitaan sen mukaan, tutkitaanko yhtä vai useampaa muuttujaa ja niiden välisiä riippuvuuksia (Vilkkä 2007, 119). Kokeilimme tutkimuksessamme tilastotieteen asiantuntijan ohjauksessa uudenlaista tapaa syöttää aineisto tietokoneelle. Syötimme kyselytutkimuksesta saadun aineiston käsin Webropol -ohjelmaan, eli loimme ohjelmalla omaa lomakettamme vastaavan virtuaalisen vastauslomakkeen, johon luotiin sähköpostilinkki. Linkin kautta syötimme lomakkeiden vastaukset yksitellen. Webropol -ohjelman avulla saimme vastaukset frekvenssi- ja prosenttilukuina. Oleellisten tutkimustulosten pohjalta teimme myös kuvioita helpottamaan tulosten tarkastelua. Myös kuviot saatiin Webropol -ohjelmalla. Tulosten tarkastelun helpottamiseksi prosenttiluvut on pyöristetty lähimpään kokonaislukuun.

6.4 Tutkimuksen eettiset näkökohdat

Tutkijan tulee pohtia tutkimuseettisiä tekijöitä työssään. Tutkimukseen osallistuvilla henkilöillä on oikeus vaatia, että heitä ei voida tunnistaa aineistosta (Soininen 1995, 129). Vastaajan oikeus pysyä nimettömänä edellyttää kyselytutkimukselta sitä, että vastaajalta ei kysytä mitään sellaista henkilökohtaista tietoa, piirrettä tai ominaisuutta, jonka perusteella hän olisi tunnistettavissa. Siksi kyselylomakkeemme täytetään nimettömänä, eikä siinä kysytä tarkkoja henkilötietoja. Tutkimuksessa kerätyt ja saadut tiedot ovat aina luottamuksellisia, joten on huomioitava, kenellä on oikeus käsitellä tutkimusaineistoa. (Soininen 1995, 130; Heikkilä 2008, 32.) Saatekirjeessä ilmoitamme vastaajille anonymiteetin säilymisestä. Lisäksi mainitsemme, että käsittelemme aineiston luottamuksellisesti ja että se tulee vain tutkimuksen tekijöiden käyttöön, eikä materiaalia luovuteta missään vaiheessa ulkopuolisille. Analysoinnin jälkeen kyselyt hävitetään asianmukaisesti. Tutkittaville tulee myös ilmoittaa oikeudesta olla osallistumatta tutkimukseen (Vilkkä 2007, 101). Myös osallistumisen vapaaehtoisuus mainitaan saatekirjeessä.

Tutkimuksen tulokset tulee esittää sellaisina kuin ne ilmenevät. Tuloksia ei saa muotoilla haluttuun suuntaan eikä tahallisesti vääristää, vaan tutkijan on oltava ehdottoman rehellinen työssään. (Soininen 1995, 131; Heikkilä 2008, 31.) Myös oman työn arviointi ja tutkimuksen puutteiden raportointi ovat tutkimuseettisiä tekijöitä (Uusitalo 1991, 33). Tutkimuksen tulee olla myös objektiivinen eli puolueeton. Tutkimustulokset eivät saa olla riippuvaisia tutkijasta eli poliittinen ja moraalinen vakaumus on pidettävä tutkimusprosessin ulkopuolella. (Heikkilä 2008, 31.) Lähdekritiikki on myös merkittävä tekijä tutkimuksen teossa. Tutkijan tulee arvioida

käyttämänsä lähteen ja aineiston laatu ennen sen käyttämistä tutkimuksessaan. Lähteiden ja käytetyn aineiston laatu vaikuttavat suoraan tutkimuksen luotettavuuteen. (Vilka 2007, 34.)

7 TUTKIMUSTULOKSET

7.1 Taustatiedot

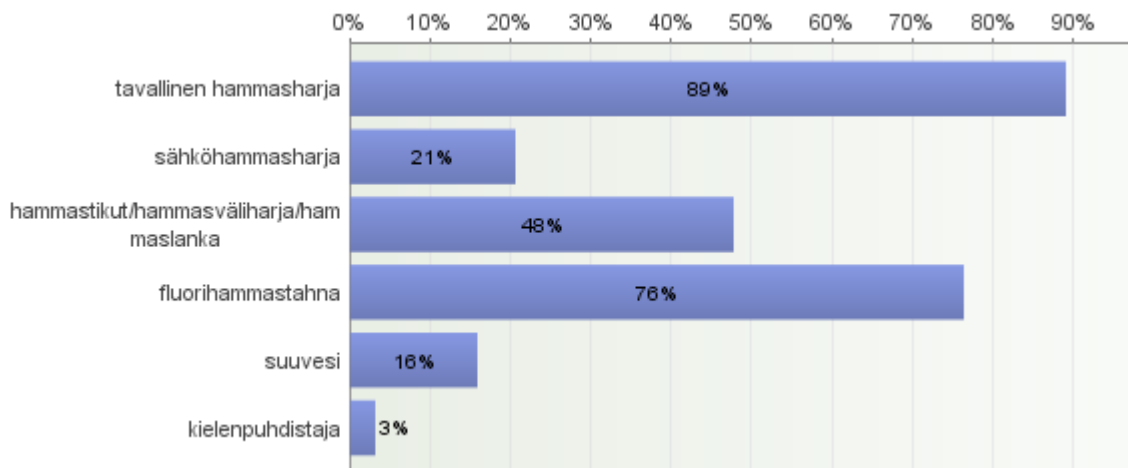
Tutkimuksemme kohderyhmä oli Oulun Caritaksen palveluasunnoissa asuvat 65-vuotiaat ja sitä vanhemmat. Kyselyjä jaettiin 304 kappaletta, jokaiseen asuntoon yksi. Kyselyn vastausprosentti oli 21 (n=64). Vastanneista naisia oli 77 % (49) ja miehiä 23 % (15). Vastaajien ikä vaihteli välillä 66 ja 91. Taustatiedoissa selvitettiin hoiva- ja huolenpitopalveluiden käyttöä sekä hoito- ja palvelusuunnitelman sisältöä. Vastanneista 28 %:lla (17) kävi kotona jokin hoiva- tai huolenpitopalvelu. Vastanneiden hoito- ja palvelusuunnitelmaan sisältyi myös hammashoidon suunnitelma 11 %:lla (7). 46 %:lla (28) vastanneista hammashoito ei sisällynyt suunnitelmaan ja 43 %:lla (26) hoito- ja palvelusuunnitelmaa ei ollut lainkaan.

7.2 Suun terveydentila ja omahoito

Tutkimuksessa selvitimme ikäihmisten päivittäistä suun terveydenhoitoa ja koettua suun terveyttä. Kysymykset käsittelivät suun puhdistamiseen käytettyjä välineitä, suun ja mahdollisten proteesien puhdistamista, suun ja hampaiden terveydentilaa sekä edellisenä 12 kuukauden aikana ilmenneitä suun ja hampaiston vaivoja. Lisäksi selvitettiin mahdollisia vaikeuksia suun ja hampaiden puhdistamisessa ja siihen saatavaa apua.

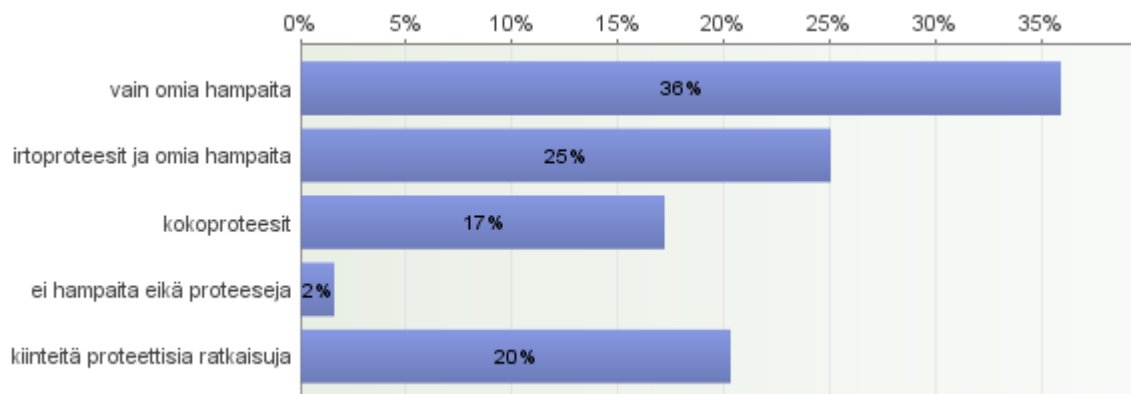
Suun puhdistamiseen käytettiin monenlaisia apuvälineitä (kuvio 1). Hampaiden perushoitoon kuuluvat säännöllinen harjaus ja fluoritahnan käyttö harjauksen yhteydessä (Käypähoito, 2009, hakupäivä 2.5.2012). Vastanneista 15 % harjasi hampaansa useammin kuin kaksi kertaa vuorokaudessa. Yli puolet (60 %) harjasi hampaansa kahdesti ja 23 % kerran vuorokaudessa. Harvemmin kuin kerran vuorokaudessa harjasi hampaansa 3 % vastanneista. Tavallista, manuaalista hammasharjaa käytti suurin osa vastanneista (89 %). 21 % vastanneista käytti sähköhammasharjaa. Fluoritahnaa käytti harjauksen yhteydessä 76 % vastanneista (n=63). Hammasharjan ja -tahnun lisäksi muita suun ja hampaiden puhdistamiseen käytettäviä välineitä ja menetelmiä ovat hammastikut, hammasväliharja ja hammaslanka hammasvälien puhdistamiseksi, kielenpuhdistaja katteen poistamiseen kielestä sekä suuvedet hengityksen raikastamiseen ja suun antibakteeriseen puhdistukseen. Suuvesiä käytti 16 % ja

kielenpuhdistajaa kolme prosenttia vastanneista. Hammasvälejään puhdisti lähes puolet eli 48 % vastanneista.



KUVIO 1. Suun puhdistamiseen käytetyt välineet

Ikäihmisillä on usein jonkinlaisia hammasproteeseja suussaan (Nordblad ym. 2004, 114). Vastaajista 36 %:lla oli omat hampaat (kuvio 2). Irtoproteesin ja omien hampaiden yhdistelmä oli neljäsosalla vastaajista, kokoproteesit löytyivät 17 %:lta. Myös täysin hampaattomia iäkkäitä, joilla ei ollut proteeseja, oli kaksi prosenttia vastaajista. Kiinteitä proteettisia ratkaisuja oli viidesosalla (20 %) vastaajista (n=64).

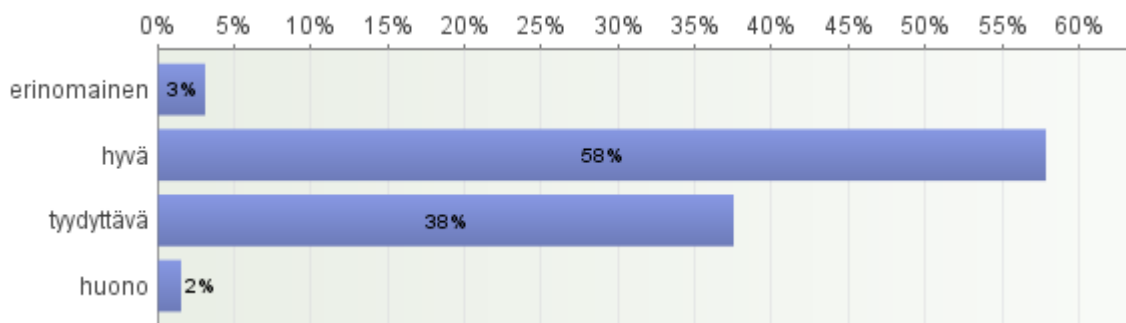


KUVIO 2. Hammasproteesien yleisyys

Kaikki vastanneet puhdistivat proteesinsa säännöllisesti. Heistä 29 % (9) puhdisti proteesinsa useammin kuin kahdesti päivässä. Kaksi kertaa päivässä proteesinsa puhdistavia oli 42 % ja kerran päivässä vajaa kolmannes (29 %) vastanneista.

Suun puhdistamista koskevaan kysymykseen jätti vastaamatta kaksi henkilöä. Kaikki vastanneet pystyivät puhdistamaan suunsa itse. Vastanneista suurimmalla osalla (90 %) suun puhdistaminen sujui vaikeuksitta. Jonkin verran vaikeuksia oli kahdeksalla prosentilla vastanneista, ja suun puhdistamisen koki erittäin vaikeaksi kaksi prosenttia vastanneista. Vaikeuksia tuottivat heikentyneet aistit ja toiminnot, kuten huono näkö, liikerajoitukset ja koordinaatio-ongelmat. Käsien tärinä teki erään vastaajan suun puhdistamisesta haastavampaa.

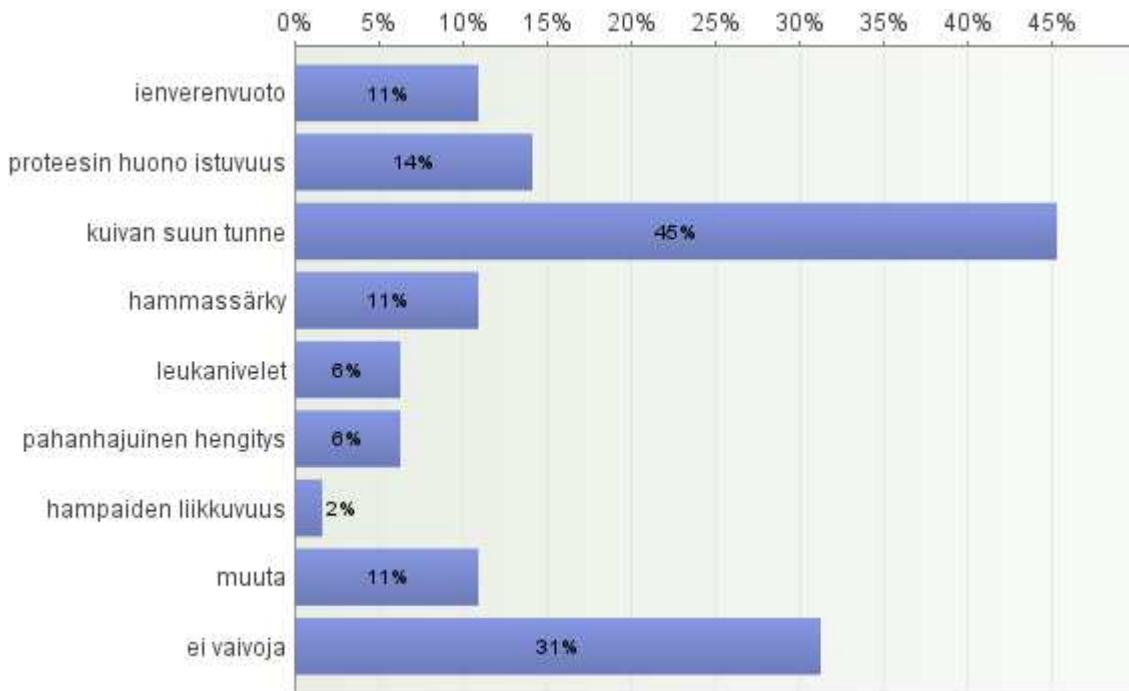
Selvitimme avun saamista suun ja hampaiden puhdistamiseen tarvittaessa. Kysymykseen vastanneista 17 % (n=23) sai tarvitessaan apua kotipalvelun työntekijältä, ja lähes puolet eli 48 % läheisiltään. Kysymykseen vastanneista 35 % koki, ettei ollut saanut tarvittavaa apua suunsa ja hampaidensa puhdistamisessa. Kaikki kyselyyn osallistuneet myös arvioivat suunsa ja hampaidensa terveydentilaa neliportaisella asteikolla (kuvio 3). Kolme prosenttia vastanneista koki hampaidensa ja suunsa terveydentilan erinomaiseksi. Yli puolet, 58 %, arvioi suunterveytensä hyväksi. 38 % vastaajista koki, että suun ja hampaiden kunto oli tyydyttävä, ja arvosanan huono antoi kaksi prosenttia vastaajista.



KUVIO 3. Koettu suun ja hampaiden terveydentila

Tutkimuksessa selvitimme, millaisia vaivoja tai ongelmia kohderyhmässä oli koettu viimeisen 12 kuukauden aikana suun ja hampaiston alueella (kuvio 3). Yleisimmäksi vaivaksi osoittautui kuivan suun tunne, josta kärsi lähes puolet (48 %) kyselyyn osallistuneista. Proteesin huono istuvuus haittasi 14 %:lla vastanneista, ja ienverenvuoto sekä hammassärky aiheuttivat ongelmia 11 %:lle. Leukanivelvaivoista ja pahanhajuisesta hengityksestä kärsi kuusi prosenttia vastaajista, ja hampaiden liikkuvuutta ilmeni häiritsevässä määrin kahdella prosentilla. 11 % vastanneista ilmoitti suun alueella olevan muuta vaivaa; avoimella kysymyksellä annoimme vastaajille mahdollisuuden kertoa myös sellaisista ongelmista, joita ei valmiista vastausvaihtoehdoista löytynyt. Niitä olivat

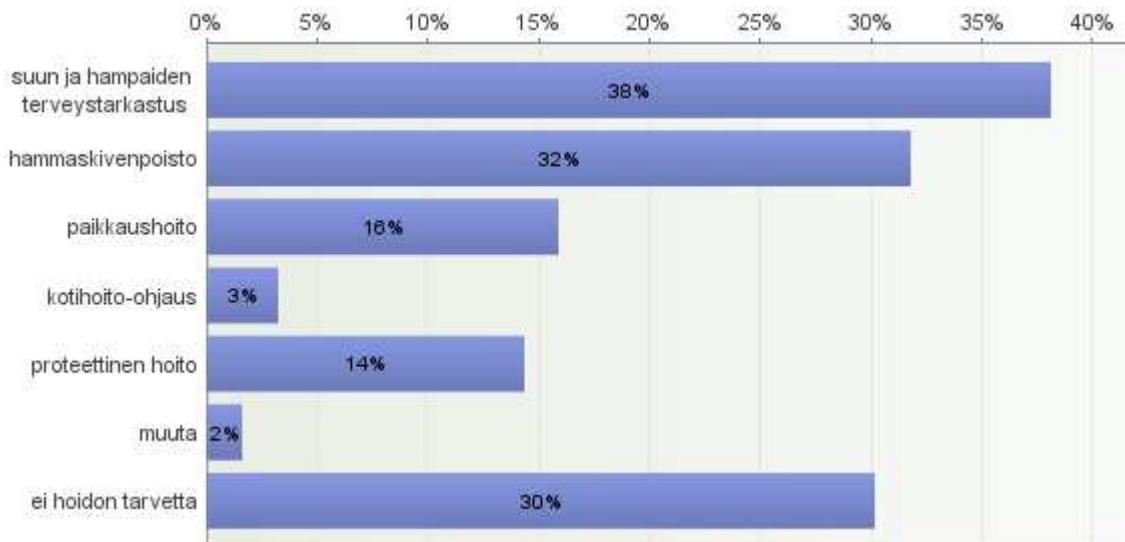
mm. äänihuulivapina, hampaan irtoaminen, sammas, hampaiden irtoaminen proteesista sekä hampaiden vihlonta.



KUVIO 3. Koetut vaivat suun alueella viimeisen 12 kk aikana

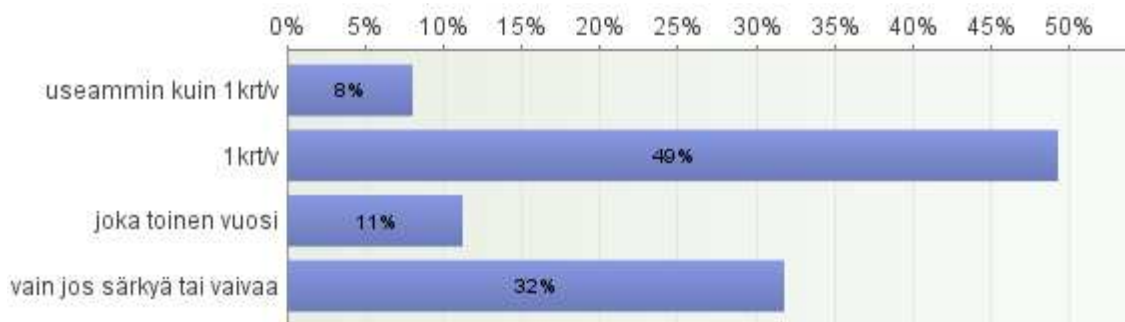
7.3 Hammashoitopalveluiden käyttö ja niiden saavutettavuus

Selvitimme tutkimuksessa kohderyhmän hammashoitopalvelujen käyttöä ja saavutettavuutta sekä mielipidettä hammashoitopalveluista. Yksi henkilö jätti vastaamatta kysymykseen, jossa tiedusteltiin, millaista hammashoitopalvelua vastaaja koki tarvitsevansa sillä hetkellä (kuvio 4). 38 % kysymykseen vastanneista arvioi, että suun ja hampaiden terveystarkastus olisi tarpeellinen. Noin kolmannes (32 %) vastanneista koki tarvitsevansa hammaskivenpoistoa ja 16 % paikkaushoitoa. Vastanneista proteettisen hoidon tarvetta oli 14 %:lla, ja kotihoidonohjausta arvioi tarvitsevansa kolme prosenttia vastanneista. Muunlaista hammashoidollista tarvetta oli kahdella prosentilla vastanneista. 30 % vastanneista ei kokenut minkäänlaista suun terveydenhoidollista tarvetta tutkimushetkellä.



KUVIO 4. Koettu hammashoidollinen tarve

Selvitimme tutkimuksessa Oulun Caritas-kylässä asuvien ikäihmisten hammashoidossa käynnin säännöllisyyttä (kuviot 5). Lähes puolet (49 %) vastanneista kävi hammashoidossa vuosittain, joka toinen vuosi 11 % vastanneista. Useammin kuin kerran vuodessa hammashoidossa kävi kahdeksan prosenttia vastanneista. Epäsäännöllisesti hammashoidossa kävijöitä oli noin kolmannes (32 %) vastanneista. He kävivät hammashoidossa vain silloin, kun suussa tai hampaissa ilmeni särkyä tai vaivaa.



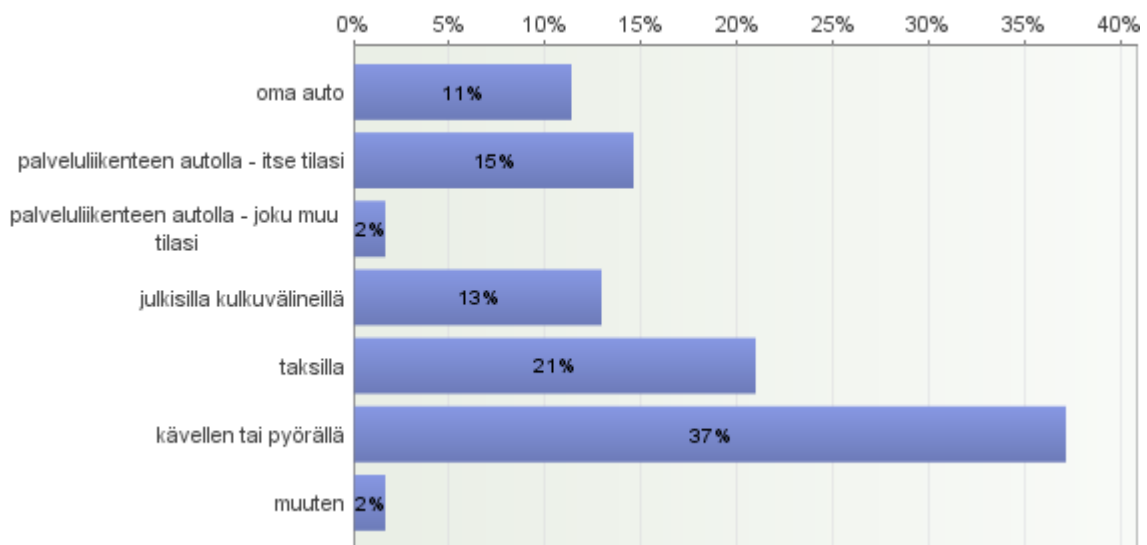
KUVIO 5. Hammashoidossa käynnin säännöllisyys

Hammashoitopalveluja järjestävät pääasiassa terveyskeskukset ja yksityiset hammaslääkäriasemat. Tutkimustuloksista ilmenee, että yleisimmin hammashoiton menttiin yksityiselle hammaslääkäriasemalle. Vastanneista 67 % hakeutui yksityiselle hammaslääkärille hoitoon, kun terveyskeskuksen palveluja käytti 29 %. Muita hammashoitopalvelupaikkoja käytti

viisi prosenttia vastanneista. Avoimissa vastauksissa mainittiin lääkäritalo, hammasteknikko sekä Oulun seudun ammattikorkeakoulun hammashoitola.

Hammashoidon ajanvarauksen teki itse yli puolet vastanneista (60 %). Hammaslääkäriin ajanvarauskutsu tavoitti 27 % vastanneista. 5 %:lla kysymykseen vastanneella aika oli sovittu jo edellisen käynnin yhteydessä. Kahdeksalle prosentille vastanneista joku muu oli varannut hammashoitoajan. Ajanvaraajaksi ilmoitettiin hoitaja, oma lapsi, aviopuoliso ja lähiomainen.

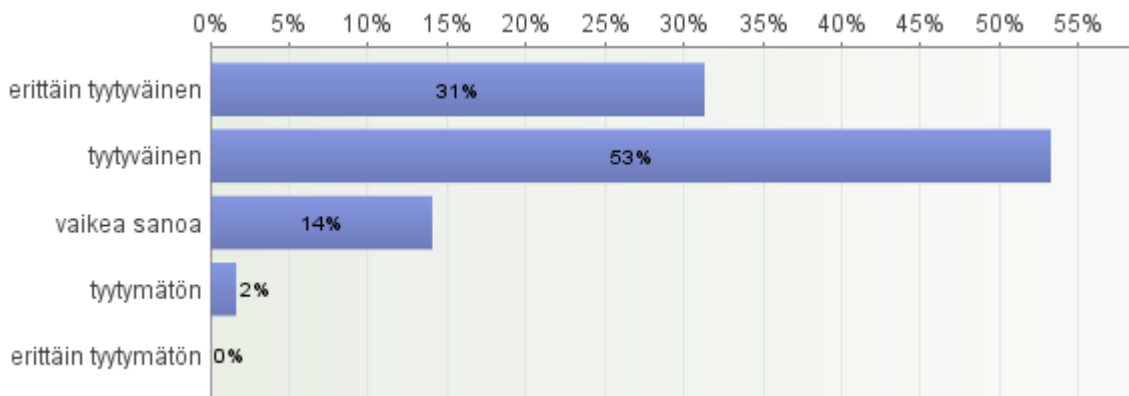
Kulkeminen hammashoittoon voi olla ikäihmiselle ongelmallista, varsinkin jos palvelu sijaitsee kaukana asuinpaikasta. Selvitimme kohderyhmän kulkemista hammashoittoon kysymällä hammashoitokäynneillä käytettyä kulkuvälinettä (kuvio 6). Vastanneista 37 % (n=62) kulki hammashoittoon kävellen tai pyörällä. Taksilla hoitoon kulki noin viidennes (21 %) ja julkisilla kulkuvälineillä (bussi) 13 % vastanneista. Omalla autolla hammashoittoon pääsi kulkemaan 11 % vastanneista. Palveluliikenteen autoakin hyödynnettiin jonkun verran. 15 % vastanneista tilasi palveluliikenteen auton itse ja kahdelle prosentille sen tilasi joku muu. Muulla tavalla kulkeminen järjestyi kahdelle prosentille vastanneista.



KUVIO 6. Hammashoittoon kulkeminen

Tutkimuksessa selvitimme, onko kohderyhmässä kysyntää sellaiselle palvelulle, joka järjestäisi hammashoitokäynnit asiakkaan puolesta. Asiaa koskevaan kysymykseen vastasi 60 ikäihmistä, joista 15 % haluaisi jonkun järjestävän käynnit heidän puolestaan. 85 % vastanneista ei halunnut tällaista palvelua.

Selvitimme myös ikäihmisten tyytyväisyyttä heidän käyttämiinsä hammashoitopalveluihin (kuvio 7). Kaikki kyselyyn osallistuneet vastasivat tähän kysymykseen. Yli puolet vastaajista (53 %) oli tyytyväisiä ja 31 % erittäin tyytyväisiä saamiinsa hammashoitopalveluihin. 14 % ei osannut sanoa, ja kaksi prosenttia oli tyytymättömiä saatuun palveluun. Erittäin tyytymättömiä ei ollut yhtään. Mahdollisen tyytymättömyyden syytä kysyttiin avoimella kysymyksellä, ja erään vastaajan mielestä käynti ei ollut onnistunut, koska proteesien istuvuus suuhun ei ollut parantunut tarpeeksi.



KUVIO 7. Tyytyväisyys käytettyihin hammashoitopalveluihin

Kysyimme lomakkeessa halukkuutta tilata hammaslääkäri tai suuhygienisti kotiin tekemään esimerkiksi tarkastus tai hammaskivenpoisto. Lähes kolmannes vastaajista (28 %) tilaisi palvelun kotiinsa, mutta suurin osa (78 %) ei haluaisi hyödyntää ko. mahdollisuutta (n=64).

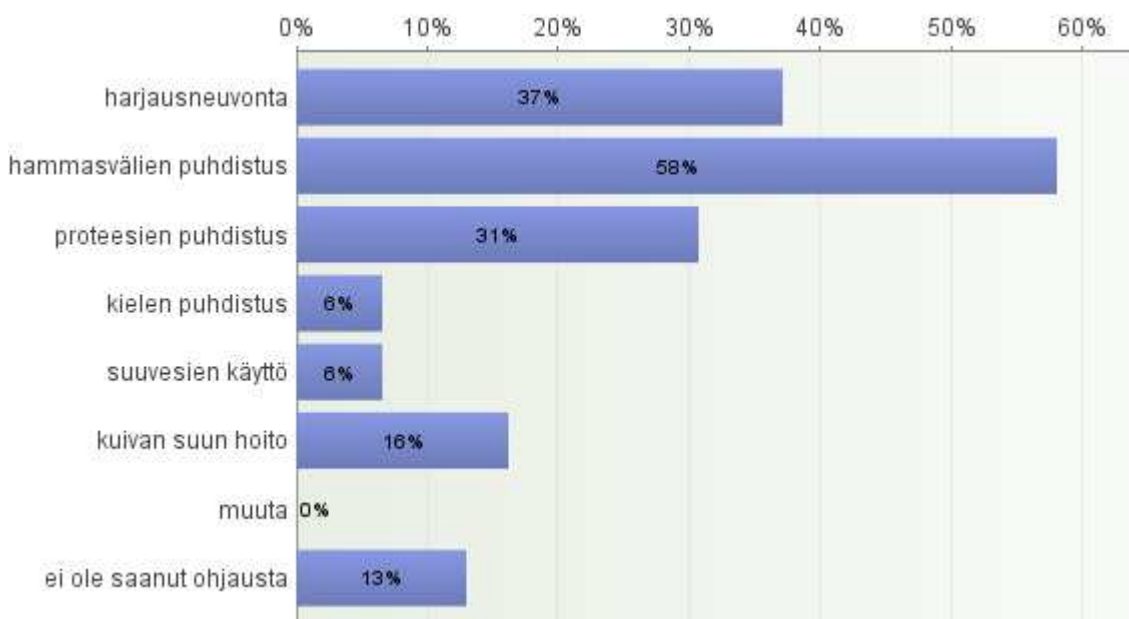
Tuloksista ilmenee, että mikäli kotiin kuitenkin otettaisiin palveluja, neljännes (25 %) haluaisi suuhygienistin tai hammaslääkärin kotikäynnille suun ja hampaiston terveystarkastuksen takia. 18 % vastanneista voisi tilata hammasteknikon käymään ja 11 % voisi ottaa hammaskivenpoistoajan kotiinsa. Kotihoidonohjausta voisi kotioloissa ottaa vastaan viisi prosenttia vastanneista ja paikkaushoitoa kaksi prosenttia. Muita suun terveydenhoitopalveluja haluaisi kotiin kolme prosenttia vastanneista. Avoimeen kenttään oli kirjoitettu, että palvelujen kotiin tilaaminen riippuu kuitenkin terveydentilasta ja kustannuksista. Yli puolet vastanneista (59 %) ei kuitenkaan halua mitään palvelua kotiinsa.

7.4 Suun terveydenhoidon ohjaus ja palvelujen asiakaslähtöisyys

Tutkimuksessa kartoitimme kohderyhmän saamaa suun terveydenhoitoon liittyvää ohjausta (kuvio 8). Tiedustelimme kyselyssä ohjauksen sisältöä ja haluttuja ohjausaiheita. Lisäksi

selvitimme, miten ja mistä ikäihmiset löytävät ajankohtaista tietoa suun terveydestä ja suunhoidosta.

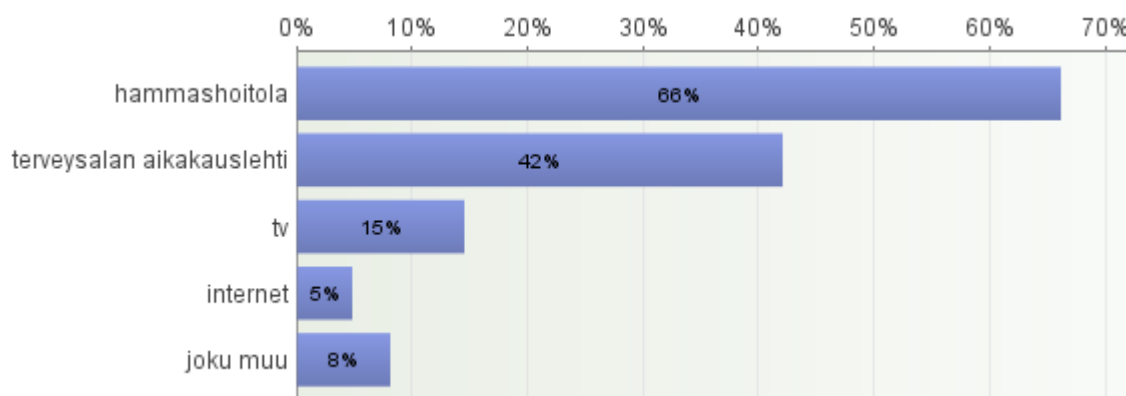
Yli puolet (58 %) vastanneista oli saanut hammashoitokäyntiensä yhteydessä ohjausta hammasvälien puhdistuksesta. 37 %:a vastanneista oli neuvottu harjauksessa, ja 31 % oli saanut ohjeita proteesin puhdistukseen. Kuivan suun hoidosta oli annettu tietoa 16 %:lle ja kielen puhdistuksesta kuudelle prosentille sekä suuvesien käytöstä neljälle henkilölle (6 %). 13 % koki jääneensä kokonaan ilman ohjausta. Kysymyksen yhteydessä oli mahdollisuus kirjoittaa aiheista, joista olisi halunnut enemmän tietoa ja ohjausta. Eräs vastaaja mainitsi proteesin istuvuuden ja toinen olisi halunnut tietoa sähköhammasharjan vaikutuksesta hampaiden kestävyYTEEN.



KUVIO 8. Suun terveydenhoidon ohjauksen aiheet vastaanotolla

Lopuksi selvitimme, mistä vastaajat saavat uusinta tietoa suun terveydestä ja miten tietoa on saatavilla (kuvio 9). Hammashoitola oli ensisijainen tietolähde. Suurin osa (66 %) vastanneista ilmoitti saavansa hammashoitolasta tarvitsemansa tiedon. Terveysalan aikakauslehdistä tietoa sai 42 % vastanneista, television välityksellä 15 % ja Internetistä viisi prosenttia. Viimeisenä vastausvaihtoehtona oli avoin kysymys, johon vastaaja sai vapaasti kirjoittaa tietolähteensä. Niitä olivat sukulaiset, lehdet ja sanomalehdet. Eräs vastaajista kertoi oppineensa tarvitsemansa tiedot jo lapsena kotoa ja toinen ei saanut uusinta tietoa mistään muistisairaudesta. Vastanneista 35 % oli sitä mieltä, että suun terveydenhoitoon liittyvä tieto on helposti saatavilla. Yli puolet (55 %)

löysi tiedon melko helposti, ja kymmenesosa (10 %) koki suun terveyttä koskevan tiedon vaikeasti saatavaksi.



KUVIO 9. Suunterveyteen liittyvän tiedon saaminen

8 TULOSTEN TARKASTELU JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Tutkimusprosessimme tarkoituksena oli kuvailla Oulun Caritaksen palveluasunnoissa asuvien ikäihmisten suunhoitotottumuksia, suun terveydenhoitopalveluiden käyttöä ja tarvetta sekä selvittää heidän kokemansa hammashoitopalvelujen saatavuutta. Tutkimuksemme vastausprosentti oli 21 (n=64). Suurin osa (77 %) kyselyyn vastanneista oli naisia. Vain viidennes kyselyn saaneista vastasi, joten tieto ei ole yleistettävissä koskemaan kaikkia ikäihmisiä.

Kunta on vastuussa siitä, että iäkkäälle henkilölle laaditaan palvelusuunnitelma. Palvelusuunnitelmassa on määriteltävä ikäihmisen toimintakykyä koskevan arvion perusteella, millainen palvelujen kokonaisuus tarvitaan hänen hyvinvointinsa, terveytensä, toimintakykynsä ja itsenäisen suoriutumisen tukemiseksi sekä hyvän hoitonsa turvaamiseksi. (Vanhuspalvelulaki 980/2012 3:16 §.) Ikäihmisen palvelutarpeiden selvittämisessä on kiinnitettävä huomiota nykyisten tarpeiden lisäksi ennakoitaviin tarpeisiin, joihin kuuluu myös suun terveys (Sosiaali- ja terveysministeriö ym. 2013, 32). Hammashoito kuului tutkimukssamme hoiva- ja palvelusuunnitelmaan vain 11 %:lla vastanneista. Vastanneista lähes puolella hammashoito ei kuulunut hoito- ja palvelusuunnitelmaan. 43 % ilmoitti, ettei heillä ollut hoito- ja palvelusuunnitelmaa. Ikäihmisillä pitäisi olla palvelusuunnitelma, joka on laadittu heidän kokemiensa tai lääketieteellisesti tutkittujen tarpeidensa mukaan. Suun terveys tulisi huomioida palvelusuunnitelmia laatiessa ja sisällyttää se suunnitelmaan.

Terveys 2000 -tutkimukseen vastanneista kokoproteesit oli 65–74-vuotiaista miehistä 29 %:lla ja naisista 37 %:lla. Yli 75-vuotiailla vastaavat luvut oli miehillä 42 % ja naisilla 52 %. Irrotettavat hammasproteesit olivat miehistä 65–74-vuotiaista 59 %:lla ja yli 75-vuotiaista 73 %:lla. Vastaavat luvut naisilla oli 70 % ja 78 %. (Nordblad ym. 2004, 191–192.) Tutkimukseemme vastanneista 36 %:lla oli ainoastaan omia hampaita. Kokoproteeseja käyttäviä oli 17 % ja osaproteesit neljäsosalla vastaajista. Täysin hampaattomia iäkkäitä, joilla ei ollut proteeseja, oli kaksi prosenttia vastaajista. Kiinteitä proteettisia ratkaisuja oli viidesosalla vastaajista. Terveys 2011 -tutkimuksen mukaan kokoproteesit oli 8-9 %:lla vastanneista. Irrotettavia hammasproteeseja ilmoitti käyttävänsä 65–74-vuotiaista puolet ja 75 vuotta täyttäneistä kaksi kolmasosaa. Hampaattomia 65–74-vuotiaista oli joka kuudes ja 75 vuotta täyttäneistä miehistä 29 % ja naisista lähes puolet (47 %). (Suominen ym. 2012, 104–106.) Kokoproteesien ja irtoproteesien määrä on vähentynyt huomattavasti 2000 -luvun alkupuolelta.

Tutkimustulostemme mukaan 60 % ikäihmisistä harjasi hampaansa kahdesti päivässä ja 15 % harjasi hampaansa useammin kuin kerran päivässä. Vain 3 % vastanneista harjasi hampaansa harvemmin kuin kerran päivässä. Terveys 2011 -tutkimukseen vastanneista yli 65-vuotiaista miehistä 47 % harjasi hampaansa vähintään kahdesti päivässä. Vastaava luku yli 65-vuotiailla naisilla oli 75 %. (Suominen, Vehkalahti & Knuutila 2012, 102.) Terveys 2000 -tutkimuksen mukaan yli 65-vuotiaista naisista 66 % ja miehistä 38 % harjasi hampaansa kahdesti päivässä (Vehkalahti & Knuutila 2004, 180). Tutkimukseemme vastanneista kaikki ilmoittivat puhdistavansa hammasproteesinsa säännöllisesti. 71 % niistä tutkimukseen osallistuneista, joilla oli proteettisia ratkaisuja suussaan, puhdisti proteesinsa vähintään kahdesti päivässä. Kerran päivässä proteesinsa puhdistavia oli 29 % vastanneista. Terveys 2000 -tutkimukseen osallistuneista yli 65-vuotiaista naisista 69 % ja miehistä 48 % puhdisti proteesinsa vähintään kahdesti päivässä. Kerran päivässä proteesinsa puhdisti naisista 28 % ja miehistä 43 %. Harvemmin kuin päivittäin proteesinsa puhdisti 3 % naisista ja 9 % miehistä. (Vehkalahti & Knuutila 2004, 180.) Hampaista ja suuta hoidetaan nykyään säännöllisemmin, mikä selviää Terveys 2000 ja Terveys 2011 -tutkimuksia verrattaessa.

Terveys 2000 -tutkimuksessa 76 % käytti hampaiden harjauksen yhteydessä fluoripitoista hammastahnaa (Vehkalahti & Knuutila 2004, 46). Myös tutkimuksessamme fluorihammastahnaa käytti 76 % vastanneista. Sähköhammasharjaa Terveys 2000 -tutkimuksessa ilmoitti käyttävänsä 14 % vastanneista. Hammaslankaa tai väliharjaa käytti päivittäin vain 14 % naisista ja 5 % miehistä. (Vehkalahti & Knuutila 2004, 43.) Tutkimuksessamme 21 % ilmoitti käyttävänsä sähköhammasharjaa ja 89 % manuaalista hammasharjaa. Hammasvälejään puhdisti lähes puolet tutkimukseen vastanneista hammaslangalla, väliharjalla tai hammastikulla. Ikäihmisillä voi olla haasteita hyvän suuhygienian ylläpitämisessä muun muassa heikentyneen käden motoriikan ja näköaistin vuoksi. Selvitimme tutkimuksessamme suun puhdistamisen onnistumista. Kaikki tutkimukseemme vastanneista pystyivät itse puhdistamaan suunsa ja se sujui vaikeuksista suurimmalla osalla vastanneista. Kymmenellä prosentilla suun puhdistamista vaikeuttivat heikentyneet aistit ja toiminnot, kuten huono näkö, liikerajoitukset ja koordinaatio-ongelmat sekä käsien värinä.

Sähköhammasharja on hyvä apuväline ikäihmisille hampaiden puhdistamiseen, koska sitä liikutellaan hampaiden pinnoilla, eikä tehdä nykyttävää edestakaista liikettä kuten manuaaliammasharjalla. Sähköhammasharjan varsi on tukevampi, jolloin siitä on helpompi pitää

kiinni. Sähköhammasharja, jonka harjaspää tekee sykkivää edestakaista kiertoliikettä, on tutkittu poistavan tehokkaammin plakkia kuin manuaaliammasharja (Käypä hoito 2010, hakupäivä 23.10.2013). Hammasvälejä puhdisti alle puolet tutkimukseemme osallistuneista, Terveys 2011 -tutkimukseen osallistuneista vieläkin vähemmän. Sähköhammasharjan lisäksi suun terveydenhuollon ammattilaisten tulisi suositella erilaisia hammasvälien puhdistamiseen tarkoitettuja apuvälineitä ikäihmisille sekä opastaa niiden käytössä.

Selvitimme tutkimuksessamme avun saamista suun ja hampaiden puhdistamiseen. Vastanneista 17 % sai tarvitessa apua kotipalvelun työntekijältä ja lähes puolet eli 48 % läheisiltään. 35 % vastanneista koki, ettei ollut saanut tarvittavaa apua suunsa ja hampaidensa puhdistamisessa. Terveys 2011 -tutkimuksessa selvitettiin ikäihmisten saamaa apua. Säännöllistä apua toimintakykyä heikkenemisen takia sai 75 vuotta täyttäneistä naisista yli 40 % ja miehistä yli neljäsosa. Tästä ikäryhmästä lähes viides sai apua päivittäin. Apu oli kuitenkin liian vähäistä useammalla kuin joka kymmenennellä naisella ja noin viidellä prosentilla miehistä. (Blomgren, Koskinen, Noro, Finne-Soveri & Sainio 2012, 195–196.) Ikäihmiset kokivat saaneensa liian vähän apua toimintakyvyn alenemisesta johtuviin ongelmiin. Myös hampaiden ja suun hoitoon tulisi saada useammin apua hoitohenkilökunnalta.

Selvitimme tutkimuksessamme, millaiseksi ikäihmiset arvioivat hampaiden kunnon ja suun terveydentilansa. Terveys 2000 -tutkimuksessa yli 65-vuotiaista naisista 57 % ja miehistä 56 % arvioi suun terveytensä hyväksi tai melko hyväksi (Harju ym. 2004, 35). Terveys 2011 -tutkimuksessa 65 vuotta täyttäneistä naisista 74 % ja miehistä 66 % arvioi suun terveytensä hyväksi tai melko hyväksi. (Suominen ym. 2012, 103.) Erinomaiseksi tai hyväksi hampaiden kunnon ja suun terveydentilan koki tutkimuksessamme 61 % vastanneista. Nykyään hampaiden hoidosta huolehditaan aiempaa paremmin. Terveys 2011 -tutkimuksen mukaan ikäihmiset kokevat suun terveytensä paremmaksi kuin aiemmin tehdyssä Terveys 2000 -tutkimuksessa.

Terveys 2000 -tutkimuksessa 65–74-vuotiaista 28 % ja yli 75-vuotiaista 22 % ilmoitti, että heillä oli ollut vuoden aikana hammassärkyä tai muita hampaisiin tai hammasproteeseihin liittyviä vaivoja. Myös vaikeuksia syömisessä oli ollut erityisesti yli 75-vuotiailla. (Harju ym. 2004, 36, 38.) Tutkimukseemme vastanneista lähes puolet ilmoitti kärsivänsä kuivan suun tunteesta, jonka yksi merkki on syömisen vaikeutuminen. Muita vaivoja olivat proteesin huono istuvuus, ienverenvuoro ja hammassärky. Myös leukanivelvaivoja, pahanhajuista hengitystä, hampaiden liikkuvuutta, äänihuulivapinaa, hampaiden irtaamista, sammasta sekä hampaiden vihlontaa ilmeni.

Ikääntyminen sinänsä ei merkittävästi vähennä syljeneritystä, vaan syynä ovat usein iän myötä tuleviin sairauksiin määrätty lääkkeet (Meurman 2001, 277; Suomen Hammaslääkäriliiton Vanhustyöryhmä 2003, 18). Sylki huuhtelee mikrobeja ja ruuantähteitä hampailta ja limakalvoilta, voitelee limakalvot ja auttaa haavaumien paranemisessa. Syljen määrän väheneminen lisää kariesriskiä, ikenien ja suun limakalvojen tulehduksia sekä heikentää proteesien paikoillaan pysymistä ja niiden aiheuttamien haavojen paranemista. (Suomen Hammaslääkäriliiton Vanhustyöryhmä 2003, 8; Kidd 2005, 8; Oikarinen-Juusola, Outakoski, Raustia & Tjäderhane 2011, 23.) Ikäihmisillä voi olla useampiakin lääkityksiä, jotka heikentävät syljeneritystä. Kuivalle suulle tarkoitettuja tuotteita tulisikin esitellä vastaanotolla ja opastaa ikäihmisiä niiden käytössä.

Toisessa tutkimustehtävässäme selvitimme ikäihmisten hammashoitopalvelujen käyttöä ja saatavuutta sekä heidän mielipidettään hammashoitopalveluista. Yli puolet (57 %) vastanneista kävi hammashoidossa vähintään kerran vuodessa. Vastanneista noin kolmannes (32 %) kävi hammashoidossa vain tarvittaessa, silloin kun suussa tai hampaissa ilmeni särkyä tai muuta vaivaa. Terveys 2011 -tutkimukseen osallistuneista 65–74-vuotiaista miehistä 59 % ja yli 75-vuotiaista miehistä 49 % oli käynyt hammashoidossa viimeisen 12 kuukauden aikana. Vastaavat luvut naisilla olivat 65 % ja 44 %. Vähintään kolme vuotta sitten hammashoidossa oli käynyt 65–74-vuotiaista miehistä 28 % ja yli 75-vuotiaista miehistä kolmannes. Naisista vastaavat luvut olivat 20 % ja 38 %. (Suominen ym. 2012, 182.) Terveys 2000 -tutkimukseen osallistuneista 65–74-vuotiaista 44 % ja yli 75-vuotiaista 32 % olivat käyneet hammashoidossa viimeisen 12 kuukauden aikana (Suominen-Taipale ym. 2004, 53). Hammashoidossa käydään nykyään säännöllisemmin kuin 2000-luvun alussa. Tutkimuksessamme tuli ilmi, että ikäihmisistä 38 % arvioi suun ja hampaiden terveystarkastuksen tarpeelliseksi. Noin kolmannes (32 %) vastanneista arvioi tarvitsevansa hammaskiven poistoa ja 16 % paikkaushoitoa. Proteettisen hoidon tarvetta koki 14 % ja kotihoidonohjausta arvioi tarvitsevansa kolme prosenttia vastanneista.

Hammashoitopalveluja järjestävät pääasiassa terveyskeskukset ja yksityiset hammaslääkäriasemat. Tutkimustuloksista ilmenee, että yleisimmin ikäihmiset kävivät hammashoidossa yksityisellä hammaslääkäriasemalla. Vastanneista 67 % kävi yksityisellä hammaslääkärillä hoidossa ja terveyskeskuksen palveluja käytti 29 %. Terveys 2011 -tutkimuksessa viimeisen 12 kuukauden aikana hammashoidossa käyneistä terveyskeskuksessa kävi 65–74-vuotiaista miehistä 23 % ja yli 75-vuotiaista miehistä 21 %. Vastaavat luvut naisilla olivat 23 % ja 16 %. Yksityisellä hammaslääkärillä käyneitä oli 65–74-vuotiaista miehistä 38 % ja

yli 75-vuotiaista 27 %. Vastaavat luvut naisilla olivat 42 % ja 28 %. (Suominen ym. 2012, 182.)
Terveys 2000 -tutkimuksessa yli 65-vuotiaista yksityishammaslääkärillä käyneitä oli 24 % ja terveyskeskuksessa 11 % (Suominen-Taipale ym. 2004, 54). Ikäihmiset käyvät edelleen useammin hammashoidossa yksityishammaslääkärillä kuin terveyskeskushammaslääkärillä. Terveyskeskuksessa kävijöiden määrä on lisääntynyt, kun hammashoidossakin käydään useammin. Yksityisellä sektorilla hoitoon pääsyä ei yleensä tarvitse odottaa yhtä pitkään kuin terveyskeskukseen.

Kysyimme tyytyväisyyttä hammashoitopalveluihin. Suurin osa (83 %) oli erittäin tyytyväisiä tai tyytyväisiä saamiinsa hammashoitopalveluihin. 14 % ei osannut sanoa ja kaksi prosenttia oli tyytymättömiä saatuun palveluun. Tyytymättömyyden syytä kysyttiin avoimella kysymyksellä, ja erään vastaajan mielestä käynti ei ollut onnistunut, koska proteesien istuvuus suuhun ei ollut parantunut tarpeeksi.

Yli puolet (60 %) tutkimukseemme vastanneista varasi itse ajan hammashoittoon. Yli neljännes (27 %) sai hammaslääkärin lähettämän ajanvarauskutsun ja viidellä prosentilla aika oli sovittu edellisen käynnin yhteydessä. Kahdeksalle prosentille vastanneista joku muu oli varannut hammashoitajan. Ajanvaraajaksi mainittiin hoitaja, oma lapsi, aviopuoliso ja lähiomainen. Kävelen tai pyörällä hammashoitolaan kulki 37 % vastanneista, taksilla noin viidennes (21 %) ja palveluliikenteen autolla 17 % vastanneista. Julkisilla kulkuvälineillä hammashoittoon kulki 13 % vastanneista ja 11 % omalla autolla. Selvitimme lisäksi ikäihmisten tarvetta palvelulle, joka järjestäisi hammashoitokäynnit asiakkaan puolesta. Osa vastanneista (15 %) haluaisi käynnit järjestettävän heidän puolestaan, mutta suurin osa (85 %) vastanneista ei halunnut tällaista palvelua. Tutkimukseen osallistuneet ikäihmiset asuivat palvelutalossa, johon he voivat tarvittaessa ostaa esimerkiksi kotihoito- tai ateriapalvelun. Koska ikäihmiset asuvat itsenäisesti ja ovat pääasiassa hyväkuntoisia, suurin osa heistä hoitaa ajanvarauksen ja kulkemisen hammashoitolaan itsenäisesti. Erilliselle palvelunjärjestäjälle ei ole tarvetta.

Ikäihmisistä yli neljännes (28 %) olisi halukas tilaamaan hammaslääkärin tai suuhygienistin kotiin tekemään hammashoitoa. Suurin osa (78 %) ei ollut kuitenkaan kiinnostunut kotiin saatavasta hammashoidosta. Mikäli kotiin kuitenkin tilattaisiin hammashoitopalveluja, neljännes vastaajista tilaisi suuhygienistin tai hammaslääkärin kotikäynnille suun ja hampaiston terveystarkastusta varten. 18 % vastanneista voisi tilata hammasteknikon käymään ja 11 % voisi ottaa hammaskivenpoistoajan kotiinsa. Kotihoidonohjausta haluaisi kotioloissa viisi prosenttia

vastanneista ja paikkaushoitoa kaksi prosenttia. Muita suun terveydenhoitopalveluja haluaisi kotiin kolme prosenttia vastanneista. Yli puolet vastanneista (59 %) eivät kuitenkaan halua mitään palvelua kotiinsa. Kotiin tuotavat hammashoitopalvelut eivät ole vielä yleisiä. Ikäihmiset ovat tottuneet käymään hammashoitoloissa hoidossa eivätkä siksi halua hoitoa kotiinsa. Avoimissa vastauksissa myös ilmoitettiin, että palvelujen tilaaminen riippuisi niiden kustannuksista sekä senhetkisestä terveydentilasta.

Käsittelimme kolmannessa tutkimustehtävässä suun terveydenhoidon ohjauksen ja tiedon saatavuutta. Kysyimme ohjauksen sisältöä ja toivottuja ohjausaiheita. Selvitimme myös, miten ja mistä ikäihmiset löytävät ajankohtaista tietoa suun terveydestä ja hoidosta. Hammashoitokäyntien yhteydessä ohjausta hammasvälien puhdistukseen oli saanut yli puolet (58 %), harjaukseen 37 % ja 31 % proteesien puhdistukseen. Kuivan suun hoidosta oli informoitu 16 %:a vastanneista ja kielen puhdistuksesta sekä suuvesien käytöstä kuutta prosenttia. 13 % koki jääneensä kokonaan ilman ohjausta. Avoimessa kysymyksessä tuli ilmi, että eräs vastaaja olisi halunnut tietoa ja ohjausta proteesin istuvuudesta ja toinen sähköhammasharjan vaikutuksesta hampaiden kestävyYTEEN.

Uusinta tietoa suun terveydestä ikäihmiset saivat ensisijaisesti hammashoitolasta, jonka ilmoitti tiedonlähteeksi 66 % vastanneista. Terveysalan aikakauslehdistä tietoa sai 42 % vastanneista, television välityksellä 15 % ja Internetistä viisi prosenttia. Muina tietolähteinä ilmoitettiin sukulaiset, lehdet ja sanomalehdet. Eräs vastaajista kertoi oppineensa tarvitsemansa tiedot jo lapsena kotoa ja toinen ei saanut uusinta tietoa mistään muistisairauden takia. Vastanneista 35 % oli sitä mieltä, että suun terveydenhoitoon liittyvä tieto on helposti saatavilla. Yli puolet (55 %) löysi tiedon melko helposti, ja 10 % koki suun terveyttä koskevan tiedon vaikeasti saatavaksi. Yli puolet ikäihmisistä ilmoitti ensisijaiseksi tietolähteeksi hammashoitolan. Hammashoitokäynneillä tulisi varata aikaa asiakkaan ohjaamiseen hänen tarpeidensa ja toiveidensa mukaisesti. Myös aikakauslehdet olivat suun terveyden tietolähteenä suosittuja.

9 POHDINTA

Tutkimuksemme kuvaa Oulun Caritaksessa asuvien ikäihmisten suunhoitotottumuksia, hammashoitopalvelujen käyttöä ja tarvetta sekä suun terveydenhuollon palvelujen asiakaslähtöisyyttä. Arvioimme tutkimuksen onnistumista luotettavuuden, eettisyyden ja omien oppimiskokemusten näkökulmasta.

9.1 Tutkimuksen luotettavuuden tarkastelua

Hyvän tutkimusraportin ominaisuuksiin kuuluu koko tutkimuksen luotettavuuden eli reliabiliteetin arviointi käytettävissä olevien tietojen perusteella. Luotettavuuteen vaikuttavat otoksen suuri koko ja edustavuus, korkea vastausprosentti ja käytetyn mittarin validius. Mittarin validiteetilla tarkoitetaan kysymysten laatua eli kykyä mitata oikeita asioita ja tutkimustehtävien kattavuutta. (Heikkilä 2008, 188.) Tiedon pätevyys, yleistettävyyys ja käyttökelpoisuus ovat tutkimuksen luotettavuuden arvioinnin avainsanoja (Uusitalo 1991, 84).

Tutkimuksemme on kuvaileva eli deskriptiivinen. Tällaisen tutkimuksen aineiston on oltava laaja, koska tulosten on oltava yleistettävissä, tarkkoja ja luotettavia. (Heikkilä 2008, 14.) Reliabiliteetin puute johtuu usein otannasta sekä mittaus- ja käsittelyvirheistä (Heikkilä 2008, 187). Otoksen koko vaikuttaa tulosten tarkkuuteen, sillä suuressa otoksessa tutkimukseen osallistunut osa edustaa paremmin kohderyhmän keskimääräistä mielipidettä tutkittavasta asiasta kuin pienessä otoksessa. (Vilka 2007, 17; Heikkilä 2008, 187.) Suuren otoksen etuna on myös se, että puutteelliset tiedot ja vastaamatta jättäminen vaikuttavat tuloksiin vähemmän kuin pienessä otoksessa. Mikäli otos on pieni, tulokset ovat sattumanvaraisempia, ja se heikentää tutkimuksen luotettavuutta. (Vilka 2007, 57.)

Tutkimuksen kokonaisluotettavuutta arvioidaan ulkoisen ja sisäisen validiteetin onnistumisella. Tutkimuksen ulkoinen luotettavuus toteutuu, kun tutkittu otos edustaa perusjoukkoa. Tutkimusaineiston on sisäisesti luotettavaa silloin, kun mittaaminen on reliabelia ja validia. Tällä tarkoitetaan mittarin onnistumista eli lomakkeen kykyä mitata juuri sitä, mitä on tarkoituskin mitata. Mikäli saadut tulokset eivät vastaa tutkimustehtäviin, tutkimus ei ole validi. Tällöin koko tutkimus on hyödytön. (Uusitalo 1991, 86.) Kvantitatiivisessa tutkimuksessa validiutta uhkaa epätarkoituksenmukainen tutkimusjoukon koko ja otanta, käytettyjen mittarien epäloogisuus ja

sopimattomat tilastolliset analyysimenetelmät (Krause & Kiikkala 1996, 68–69). Käyttämämme tutkimus- ja analyysimenetelmät olivat tutkimuksemme kannalta toimivia ja vastasivat asettamiimme vaatimuksiin.

Pyrimme tekemään lomakkeen kysymyksistä selviä ja yksiselitteisiä, sillä myös väärinymmärrettyihin kysymyksiin annetaan vastauksia, joiden merkitys onkin mahdollisesti aivan toinen kuin oli tarkoitettu (Heikkilä 2008, 77). Selvitimme lomakkeen loogisuutta ja kysymysten selvyyttä esitestauksella, joka voi osaltaan parantaa tutkimuksen validiteettia eli pätevyyttä. Esitestaamalla saimme muokattua lomakkeestamme sellaisen, että se mittasi juuri niitä asioita, joita tutkimustehtävien selvittämiseksi tarvitsimmekin. Luotettavuuden lisäämiseksi jaoimme lomakkeet itse. Liitimme lomakkeeseen myös saatekirjeen, jossa kerroimme tutkimuksen tarkoituksesta, vastaamisen vapaaehtoisuudesta ja tutkimusluvan saamisesta ja myöntäjästä.

Viitekehuksemme oli laaja ja toimiva tutkimuksen taustaksi, ja laitimamme kyselylomake antoi vastaukset asettamiimme tutkimustehtäviin. Kyselylomakkeen rakenne ja kysymykset olivat mielestämme selkeitä ja mittasivat tutkimuksen kannalta tärkeitä asioita. Joitakin puutteita kysymyksissä kuitenkin esiintyi. Esimerkiksi ennen kymmenettä kysymystä (mikäli tarvitsette apua suun ja hampaiden ja/tai proteesin puhdistamisessa, keneltä saatte apua), olisi voinut kysyä, olisiko avulle ollut tarvetta, ja kielteisessä tapauksessa olisi voitu ohjeistaa hyppäämään kysymys yli. Myös 17. kysymykseen (miten kulkeminen hammashoiton järjestyi) olisi pitänyt muotoilla vastausohje: tarkoitimme edellisellä hammashoitokäynnillä käytettyä kulkuneuvoa. Lomakkeen palautusohjeita olisimme voineet tarkentaa: saatekirjeessä kehotimme palauttamaan kyselyn täytettynä kirjaston edustalla olevaan palautuslaatikkoon. Palautusohjeissa olisi pitänyt mainita, että palautuspaikka on Caritas-kodin kirjaston edustalla eikä viereisessä korttelissa sijaitseva kaupunginkirjaston sivupalvelupiste. Yhtä lukuun ottamatta kaikki takaisin saadut lomakkeet löytyivät oikeasta paikasta. Saatekirjeestä löytyivät myös yhteystietomme, mikäli jokin asia olisi vaatinut lisätietoa. Kyselylomakkeessa käytimme isompaa kirjasinkokoa ja riviväliä kuin perinteisissä asiakirjoissa, koska otimme huomioon vastaajaryhmämme mahdolliset rajoittavat asiat. Mielestämme kyselylomake oli pituudeltaan sopiva, ja saimme vastauksia avoimiinkin kysymyksiin.

Tulosten yleistettävyyden luotettavuuden osatekijä. Kyselyymme jätti vastaamatta suuri joukko vanhuksia (n=240). Vastaamattomuus aiheuttaa osaltaan tuloksiin harhaa, sillä vastaamatta jättäneet poikkeavat joiltakin ominaisuuksiltaan vastanneista (Heikkilä 2008, 43).

Vastaamattomuuden yhdeksi syyksi arvelemme asuinrakennuksien sijaintia ja palautuslaatikon sijaintia vain yhdessä rakennuksessa henkilökunnan toiveiden mukaan. Joistakin asuinrakennuksista välimatka palautuslaatikolle oli noin 300 metriä. Vastaajien määrä olisi voinut olla suurempi, jos olisimme tehneet uusintakyselyn tai olisimme järjestäneet suun terveydenedistämistäpahtuman Caritaksen tiloissa ja keränneet aineiston samassa yhteydessä. Myös vaivattomampi, oman asuintalon tiloissa sijaitseva palautuslaatikko olisi voinut tuottaa enemmän vastauksia. Tutkimuksemme otos (n=64) oli kooltaan kuitenkin suhteellisen suuri, joten vanhustenpalveluja järjestävät toimijat voivat hyödyntää tutkimustamme toimintansa kehittämässä.

9.2 Tutkimuksen eettisyyden arviointia

Tutkimuksen raportointi ei saa olla puutteellista tai harhaanjohtavaa, joten käytetyt menetelmät tulee selostaa huolellisesti. Myös tutkimuksen puutteet on raportoitava. (Hirsjärvi ym. 2009, 26.) Tutkimuksessa kerätyt ja saadut tiedot ovat aina luottamuksellisia, joten on huomioitava, kenellä on oikeus käsitellä tutkimusaineistoa. (Soininen 1995, 129–130; Heikkilä 2008, 32.) Olemme selostaneet käyttämämme tutkimus- ja aineistonkeruumenetelmät ja -vaiheet tarkasti, ja perustelleet valintamme. Täytetyt kyselylomakkeet olivat vain meidän, tutkimuksen tekijöiden käytettävissä. Opinnäytetyön valmistuttua kyselylomakkeet hävitettiin polttamalla.

Tutkimukseen osallistuvilla henkilöillä on oikeus pysyä nimettömänä ja tunnistamattomana, ja heille tulee ilmoittaa oikeudesta olla osallistumatta tutkimukseen (Soininen 1995, 129; Vilkkä 2007, 101). Tutkimuksessamme ei kysyty henkilökohtaisia asioita eikä tunnistetietoja. Henkilöllisyyden lisäksi yksittäisten henkilöiden vastauksia ei voida erottaa tutkimuksestamme. Kyselyn liitteenä olleessa saatekirjeessä kerroimme tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuudesta.

Toisen tekijän tekstejä ei saa esittää ominaan eikä niitä saa vääristellä. Myös omat tutkimustulokset on esitettävä sellaisina kuin ne ovat. Lähdeviitteet on merkittävä asianmukaisesti. (Vilkkä 2007, 165–166; Hirsjärvi ym. 2009, 26.) Tutkimuksen tulee olla myös objektiivinen eli puolueeton (Heikkilä 2008, 31.) Esitimme tutkimustulokset sellaisina kuin ne ilmenivät aineistossa. Olemme merkinneet lähteistä otetun tiedon ohjeiden mukaisesti, ja esittäneet omat pohdintamme erillään lähdemateriaalista. Teimme tulosten analyysin ja

tarkastelun yhdessä, joten pystyimme pohtimaan tekstin kirjoitusasua siten, että kummankaan tekijän omat tulkinnat eivät olleet vallitsevia.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen kansalliset tutkimukset väestön terveydentilasta, toimintakyvystä ja hyvinvoinnista olivat tutkimuksemme vertailukohteita. Terveys 2000 -tutkimus on jo useamman vuoden vanha, ja uudemmasta Terveys 2011 -tutkimuksesta on julkaistu vasta peruseräraportti. Siksi emme voineet verrata kaikkia saatuja tuloksia uusimpiin tutkimustuloksiin. Toisaalta tuloksemme ovat tuoreita ja samansuuntaisia kuin Terveys 2011 -tutkimuksen peruseräraportissa julkaistut tulokset. Siksi tutkimuksessamme selvitettyissä asioissa voidaan havaita selkeämpiä eroja Terveys 2000 -tutkimuksen tuloksiin verrattaessa kuin sen vuonna 2011 toteutettuun jatkotutkimukseen.

9.3 Kehittämisideat ja omat oppimiskokemukset

Suuhygienistin vastaanotolla käy yhä enenevässä määrin ikäihmisiä, kun vanhusten määrä kasvaa tasaisesti. Omien hampaiden säilyminen ja monenlaiset proteettiset ratkaisut edellyttävät usein säännöllistä hampaiden ammattimaista puhdistusta. Organisaatiotasolla suun terveydenhuollon ammattilaisten tulisi edelleen kehittää yhteistyötä vanhainkotien ja vanhuspalvelulaitosten kanssa, jotta mahdollisiin iän mukana suun terveydessä ilmeneviin ongelmiin voitaisiin puuttua ajoissa. Oma ammattitaitoa voi kehittää asiakaslähtöisemmäksi keskustelemalla vanhuksen kanssa hänen suun terveyteensä liittyvistä tarpeista ja toiveista. Tällöin annettu hoito ja ohjaus ovat yksilöllisiä, eikä toiminta ole aina samanlaisen toimintamallin mukaista.

Tutkimuksemme kohdejoukko koostui vanhuksista, jotka asuivat itsenäisesti vuokralla palveluasunnoissa ja käyttivät tarvittavia hoiva- ja huolenpitopalveluja. Mikäli joissain asunnoissa oli lomakkeen täyttämiseksi apua tarvitsevia ihmisiä, emme välttämättä saaneet heiltä vastausta avun puutteen vuoksi. Siksi mielestämme olisi tärkeää selvittää, onko ikäihmisten omaisten ja hoiva- ja huolenpitopalveluja antavien työntekijöiden yhteistyö riittävää ja saako vanhus tarvitessaan apua päivittäisissä toiminnoissa, kuten esimerkiksi suunhoidossa. Tutkittavistamme suurin osa pystyi kuitenkin vielä vaikeuksista puhdistamaan suunsa. Toinen huomionarvoinen seikka on, että iäkkäistä, joilla on palvelusuunnitelma, lähes puolella (48 %:lla) hammashoito ei

sisältynyt suunnitelmaan. Jotta suun terveys säilyisi hyvänä ikääntyessäkkin, siihen tulisi jatkuvasti suunnata voimavaroja. Jatkotutkimushaasteena voisi olla palvelusuunnitelman muotoutumiseen perehtyminen ja hammashoidon tehtävän selvittäminen suunnitelmassa. Mielestämme olisi aiheellista selvittää, mitä asioita suun terveydenhoidosta sovitaan ja miten se käytännössä toteutuu.

Tutkimuksesta ilmeni, että vanhuksset haluavat pääasiassa itse järjestää hammashoitokäyntinsä mukaan lukien ajanvaraus ja kulkeminen hammashoittoon. Hammashoitopalveluja ei haluttu kotiin, vaan mieluummin käytiin yksityispuolella tai kunnallisessa suun terveydenhuollossa. Vastauksista ilmeni yleinen tyytyväisyys palveluihin, mikä osaltaan puoltaa palvelujen asiakaslähtöisyyttä. Hammashoitohenkilökunnan antama ohjaus oli kuitenkin osin puutteellista. Osa vastanneista ei ollut saanut minkäänlaista ohjausta, ja kuitenkin hammashoitolat koettiin ensisijaiseksi tietolähteeksi suun terveyteen liittyvissä asioissa. Tällöin informaatio voi jäädä vähäiseksi. Tiedon saantia edistäisi projektiluontoinen opinnäytetyö, johon kuuluisi suun terveyden edistämistilaisuus ja suun hoitotuotteiden esittely vanhainkodilla.

Olemme kokeneet tutkimuksen toteuttamisen mielenkiintoiseksi. Ikäihmisiä käsittelevä lähdekirjallisuus ja materiaali ovat olleet helposti saatavilla, ja se on ollut kattavaa ja monipuolista. Haasteena olikin rajata työmme kannalta merkityksetön tieto pois. Mielestämme olemme kuitenkin saaneet keskeisimmät asiat mukaan työhön tiiviisti ja kattavasti. Oman kyselylomakkeen laatiminen oli yllättävän helppoa, ja mielestämme onnistuimme siinä hyvin. Tulosten tarkastelu ja loppuraportin kirjoittamisprosessi oli haastavaa, mutta työn tekeminen on kehittänyt paljon kirjallista ilmaisuamme ja asioiden tarkastelua eri näkökulmista. Olemme myös oppineet tehokkaampaa tiedonhakua ja lähteiden kriittistä arviointia.

Opinnäytetyön tekeminen on antanut meille paljon syventävää tietoa ikäihmisten suunterveyteen ja yleisesti palvelujen laatuun vaikuttavista seikoista. Sosiaali- ja terveystieteiden lainsäädännölliset asiat ovat monimutkaisia, mutta niihin perehtyminen on auttanut ymmärtämään kuntien toimia terveyspalvelujen järjestämisessä. Myös iäkkäiden omat asenteet ja toiminta suun terveyden edistämiseen on asia, jota voimme hyödyntää tulevassa työssämme suuhygienistinä. Yhteisen ajan löytäminen on ollut välillä hieman haasteellista, mutta olemme jakaneet työtehtäviä itsenäistä työskentelyä varten. Olemme arvioineet toistemme tekstejä, ja olemme kumpikin oppineet palautteen antamista ja vastaanottamista.

LÄHTEET

Ainamo, A., Paavola, P., Lahtinen, A., & Eerikäinen, T. 2003. Ikäihmisten suun hoito: Hammasproteesia käyttävien suun ja proteesien hoito. Suomen hammaslääkärilehti 10 (6), 270–276.

Alkula, T., Pöntinen, S. & Ylöstalo, P. 1994. Sosiaalitutkimuksen kvantitatiiviset menetelmät. Juva: WSOY.

Arrhenius, V. 2007. Lukijalle. Teoksessa R. Heinola (toim.) Asiakaslähtöinen kotihoito – opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun. STAKES 2007:70.

Atula, T. 2007. Sylkirauhasten taudit. Lääkärikirja DUODECIM 123: 1709–1717. Hakupäivä 2.5.2012 <http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo96617.pdf>.

Björkgren, M. & Matikainen, K. 2007. Taloudellinen arviointi. Teoksessa R. Heinola (toim.) Asiakaslähtöinen kotihoito – opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun. STAKES 2007:70, 94–97.

Blomgren, J., Koskinen, S., Noro, A., Finne-Soveri, H. & Sainio, P. 2012. Avun tarve, saaminen ja antaminen. Teoksessa S. Koskinen, A. Lundqvist & N. Ristiluoma (toim.) 2012. Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. THL Raportti 68/2012, 195–201. Hakupäivä 26.9.2013
http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90832/Rap068_2012_netti.pdf?sequence=1.

Essex, G. 2007. Periodontal Maintenance and Prevention. Teoksessa D.A.Perry & P.L.Beecher (toim.) Periodontology for the Dental Hygienist. 3rd edition. SAUNDERS Elsevier, 397-434.

Harju, P., Hausen, H. & Suominen-Taipale, L. 2004. Koettu suunterveys, koettu hoidon tarve ja hampaista, suusta tai proteeseista johtuvien ongelmien yleisyys. Teoksessa L. Suominen-Taipale, A. Nordblad, M. Vehkalahti & A. Aromaa (toim.) Suomalaisen aikuisten suunterveys. Terveys 2000 – tutkimus. Kansanterveyslaitoksen julkaisu B16/2004, 33–40.

Hausen, H., Lahti, S. & Nordblad, A. 2006. Suun terveys. Teoksessa Terveyden edistämisen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006:19, 55–56. Hakupäivä 28.3.2012 <http://pre20090115.stm.fi/pr1158139777250/passthru.pdf>.

Heikkilä, T. 2008. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita.

Helminen P. & Karisto, A. 2005. Vanhustyö muuttuvassa hyvinvointivaltiossa. Teoksessa E. Noppari & P. Koistinen (toim.) Laatu vanhustyöhön. Helsinki: Tammi, 9-18.

Hiltunen, K. & Pohjola, V. 2008. Suunterveyden haasteita ja elämisen arvoista elämää. Suomen Hammaslääkärilehti. 15 (6), 32–33.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15., uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Hämäläinen, P. 2010. Vanheneminen ja suun infektiot. Teoksessa E. Heikkinen & T. Rantanen (toim.) Gerontologia. 2-3. painos. Helsinki: DUODECIM, 395–400.

Kansanterveyslaitos. 2004. Terveystilastutkimuksen suunterveyteen liittyvät kysymykset (Lomake T2001: E-osio.) Teoksessa L. Suominen-Taipale, A. Nordblad, M. Vehkalahti & A. Aromaa (toim.) Suomalaisten aikuisten suunterveys. Terveys 2000 – tutkimus. Kansanterveyslaitoksen julkaisu B16/2004, 197–201.

Keskinen H. 2009. Ikääntyneiden suun terveys. Teoksessa H. Heikka, A. Hiiri, S. Honkala, H. Keskinen & K. Sirviö. Terve suu. Tampere: Duodecim, 129–138.

Kidd, E.A.M. 2005. Essentials of Dental Caries. 3rd edition. OXFORD University Press.

Knuutila, M. 2004. Hampaiden kiinnityskudossairaudet. Teoksessa L. Suominen-Taipale, A. Nordblad, M. Vehkalahti & A. Aromaa (toim.) Suomalaisten aikuisten suunterveys. Terveys 2000 – tutkimus. Kansanterveyslaitoksen julkaisu B16/2004, 88–97.

Krause, K. & Kiikkala, I. 1996. Hoitotieteellisen tutkimuksen peruskysymyksiä. Helsinki: Kirjayhtymä.

Lehto, J. 2002. Ikääntyneille sosiaali- ja terveystalvveluja tarvetta vastaavasti. Teoksessa J. Lehto & K. Natunen (toim.) Vastaamme vanhusten hyvinvoinnista – Sosiaali- ja terveystalvvelujärjestelmän sopeuttaminen ikääntyneiden tarpeisiin. Helsinki: Suomen Kuntaliitto, 57–66.

Liimatainen, L. 2007. Terveysten edistäminen. Teoksessa T-M. Lyyra, A. Pikkarainen & P. Tiikkainen (toim.) Vanheneminen ja terveys. Tampere: Edita, 29–38.

Luoma, M-L. & Kattainen, E. 2007. Kotihoidon asiakkaat. Teoksessa R. Heinola (toim.) Asiakaslähtöinen kotihoito - opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun. STAKES 2007:70, 18–21.

Lahtinen, A. & Ainamo, A. 2006. Suun kuivuus – haittojen ehkäisy ja oireiden lievitys. Duodecim 122 (22), 2710–2716

Lyyra, T-M, Pikkarainen, A. & Tiikkainen, P. 2007. Johdanto. Teoksessa T-M. Lyyra, A. Pikkarainen & P. Tiikkainen (toim.) Vanheneminen ja terveys. Tampere: Edita, 5-8.

Lyyra, T-M. 2007. Terveys ja toimintakyky. Teoksessa T-M. Lyyra, A. Pikkarainen & P. Tiikkainen (toim.) Vanheneminen ja terveys. Tampere: Edita, 15–28.

Meurman, J.H.2001. Vanhuus ja suu. Teoksessa R. Tilvis, A. Hervonen, P Jäntti, A. Lehtonen & R. Sulkava (toim.) Geriatria. Helsinki: Duodecim, 273–279.

Meurman, J. H. 2010. Vanhuus ja suu. Teoksessa R. Tilvis, K. Pitkälä, T. Strandberg, R. Sulkava & M. Viitanen (toim.) Geriatria. 2., uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 308–314.

Nordblad, A. Könönen, M. Suominen-Taipale L. 2004. Irrotettavien hammasproteesien yleisyys ja kunnostustarve. Teoksessa L. Suominen-Taipale, A. Nordblad, M. Vehkalahti & A. Aromaa (toim.) Suomalaisten aikuisten suunterveys. Terveys 2000 – tutkimus. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B16/2004, 114–119, 191-192.

Nyfors, H. 2002. Miten sosiaali- ja terveystalvvelujohto määrittää ikääntyneiden palvelun käyttäjien arviointia. Teoksessa J. Lehto & K. Natunen (toim.) Vastaamme vanhusten hyvinvoinnista – Sosiaali- ja terveystalvvelujärjestelmän sopeuttaminen ikääntyneiden tarpeisiin. Helsinki: Suomen Kuntaliitto, 31–45.

Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Hammaslääkäriseura Apollonia ry:n asettama työryhmä 2010. Käypä hoito – suositus:Parodontiitti. Hakupäivä 23.10.2013

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50086>

Suomen Hammaslääkäriliiton Vanhustyöryhmä 2003. Ikäihmisten suun hoito: opas sosiaali- ja terveysalan henkilöstölle. Helsinki: Hammaslääkäriliiton kustannus Oy.

Suomen Kuntaliitto 2012. Sosiaali ja terveys. Hakupäivä 30.3.2012

<http://www.kunnat.net/fi/asiantuntijapalvelut/soster/Sivut/default.aspx>.

Suominen, L., Vehkalahti, M. & Knuuttila, M. 2012. Suunterveys. Teoksessa S. Koskinen, A.

Lundqvist & N. Ristiluoma (toim.) 2012. Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. THL

Raportti 68/2012, 102–107. Hakupäivä 26.9.2013

http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90832/Rap068_2012_netti.pdf?sequence=1.

Suominen, L., Vehkalahti, M. & Nguyen, L. 2012. Suun terveydenhuolto. Teoksessa S. Koskinen,

A. Lundqvist & N. Ristiluoma (toim.) 2012. Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011.

THL Raportti 68/2012, 181–183. Hakupäivä 26.9.2013

http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90832/Rap068_2012_netti.pdf?sequence=1.

Suominen-Taipale L., Nordblad, A., Arinen, S. & Vehkalahti M. 2004. Hammashoitopalvelujen

käyttö. Teoksessa L. Suominen-Taipale, A. Nordblad, M. Vehkalahti & A. Aromaa (toim.)

Suomalaisten aikuisten suunterveys. Terveys 2000 – tutkimus. Kansanterveyslaitoksen julkaisu

B16/2004, 50–64.

Suominen-Taipale L., Nordblad & Vehkalahti M. Hampaattomuus ja hampaiden määrä. 2004a.

Teoksessa L. Suominen-Taipale, A. Nordblad, M. Vehkalahti & A. Aromaa (Toim.) Suomalaisten

aikuisten suunterveys. Terveys 2000 – tutkimus. Kansanterveyslaitoksen julkaisu B16/2004,

65–72.

Suominen-Taipale L., Vehkalahti, M., Nordblad, A. & Aromaa, A. 2004b. Pohdinta ja päätelmät.

Teoksessa L. Suominen-Taipale, A. Nordblad, M. Vehkalahti & A. Aromaa (Toim.) Suomalaisten

aikuisten suunterveys. Terveys 2000 – tutkimus. Kansanterveyslaitoksen julkaisu B16/2004,

155–161.

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326.

Tiikkainen, P. 2007. Kehittäminen ja arviointi. Teoksessa T-M. Lyyra, A. Pikkarainen & P. Tiikkainen (toim.) Vanheneminen ja terveys. Tampere: Edita, 255–262.

Tilvis, R. 2001. Vanhukset sosiaali- ja terveydenhuollossa. Teoksessa R. Tilvis, A. Hervonen, P. Jäntti, A. Lehtonen & R. Sulkava (toim.) Geriatria. Helsinki: Duodecim, 23–31.

Uusitalo, H. 1991. Tiede, tutkimus ja tutkielma - Johdatus tutkielman maailmaan. Juva: WSOY.

Vallejo Medina, A., Vehviläinen, S., Haukka, U-M., Pyykkö, V. & Kivelä, S-L. 2006. Vanhustenhoito. Helsinki: WSOY.

Valli, R. 2007. Kyselylomaketutkimus. Teoksessa J. Aaltola & R. Valli (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin I. Metodien valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. 2. painos. Juva: PS-kustannus, 102–125.

Valokivi, H. 2002. Ikääntynyt kansalainen ja omainen sosiaali- ja terveyspalveluissa johdon kertomana. Teoksessa J. Lehto & K. Natunen (toim.) Vastaamme vanhusten hyvinvoinnista – Sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän sopeuttaminen ikääntyneiden tarpeisiin. Helsinki: Suomen Kuntaliitto, 15–30.

Vanhuspalvelulaki. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista. 28.12.2012/980.

Vehkalahti, M. 2004. Suunterveyden ja terveystapojen muutos 1980–2000. Teoksessa L. Suominen-Taipale, A. Nordblad, M. Vehkalahti & A. Aromaa (toim.) Suomalaisten aikuisten suunterveys. Terveys 2000 – tutkimus. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B16/2004, 135–154.

Vehkalahti, M & Knuutila M. 2004. Suun omahoito. Teoksessa L. Suominen-Taipale, A. Nordblad, M. Vehkalahti & A. Aromaa (toim.) Suomalaisten aikuisten suunterveys. Terveys 2000 – tutkimus. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B16/2004, 41–49, 180.

Vehkalahti, M. & Knuutila, M. 2008. Ikääntyneiden suunterveyden edistäminen Suomessa. Suomen Hammaslääkärilehti 15 (4), 48–56.

Vesterhus Strand, G. 2011. Hampaat koko elämän ajaksi. Suomen Hammaslääkärilehti 18 (3), 34–38.

Vilkka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Helsinki: Tammi.

Voutilainen, P. & Heinola, R. 2006. Eri ikäryhmien erityiset tarpeet terveyden edistämässä: Ikääntyneet. Teoksessa Terveyden edistämisen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006:19, 68–69. Hakupäivä 28.3.2012
<http://pre20090115.stm.fi/pr1158139777250/passthru.pdf>.

Voutilainen P., Vaarama, M. & Peiponen A. 2002. Asiakaslähtöisyys. Teoksessa P. Voutilainen, M. Vaarama, K. Backman, L. Paasivaara, U. Eloniemi-Sulkava & U. Harriet Finne-Soveri (toim.) Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu – Opas laatuun. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö & Stakes, 2002:49, 38–42.

LIITTEET

1 SAATEKIRJE

2 KYSELYLOMAKE

Hyvä vastaanottaja

Oulu 25.3.2013

Olemme suuhygienistiopiskelijoita Oulun seudun ammattikorkeakoulusta. Teemme opinnäytetyötä asiakaslähtöisyydestä ikäihmisten suun terveydenhoidossa, ja suoritamme tutkimuksen Oulun Caritaksen senioritalojen asunnoissa. Tutkimusluvan on myöntänyt Caritaksen vanhuspalvelupäällikkö *Etunimi Sukunimi*. Työmme tarkoituksena on kuvata ikäihmisten suun omahoitoa, hammashoitopalveluiden käyttöä ja saatavuutta sekä toiveita hammashoitopalveluihin. Tutkimustuloksia voidaan hyödyntää suun terveydenhoidon kehittämisessä.

Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja siihen vastaaminen tapahtuu nimettömänä. Yksittäinen vastaaja ei ole tunnistettavissa. Vastauslomakkeet ovat vain opinnäytetyön tekijöiden käytössä, ja lomakkeet hävitetään asianmukaisesti työn valmistumisen jälkeen. Teillä Caritaksen asukkaana on opinnäytetyömme aiheeseen liittyvää tärkeää tietoa. Toivomme, että teillä olisi aikaa täyttää kyselylomakkeemme. Opinnäytetyömme on valmis joulukuussa 2013, jolloin se on saatavissa osoitteessa <http://www.theseus.fi>.

Oheisessa lomakkeessa on kysymyksiä suunhoidosta ja käyttämistänne hammashoitopalvelusta. **Pyydämme teitä ystävällisesti täyttämään lomakkeen ja palauttamaan se kirjaston edustalla olevaan laatikkoon keskiviikkoon 3.4.2013 mennessä.**

Mikäli Teillä on tutkimukseemme liittyvää kysyttävää, voitte ottaa yhteyttä.

Kevätterveisin

Suuhygienistiopiskelija
Elisa Kannainen
Puhelinnumero
Sähköpostiosoite

Suuhygienistiopiskelija
Sinikka Keränen
Puhelinnumero
Sähköpostiosoite

KYSELYLOMAKE SUUN TERVEYDENHOIDOSTA JA HAMMASHOITOPALVELUISTA OULUN CARITAKSEN SENIORITALOJEN ASUKKAILLE

LIITE 2

Olkaa hyvä ja vastatkaa seuraaviin kysymyksiin ympyröimällä kuvaavin vaihtoehto tai kirjoittamalla vastaus sille varattuun tilaan. Ympyröikää vain yksi (1) vastausvaihtoehto, ellei kysymyksen yhteydessä toisin ohjeisteta.

TAUSTATIEDOT

1. Syntymävuotenne _____

2. Sukupuolenne 1 Nainen
2 Mies

3. Käykö kodissanne jokin hoiva- ja huolenpitopalvelu, kuten kotipalvelu?

1 Kyllä
2 Ei

4. Onko hoito- ja palvelusuunnitelmaanne laadittaessa keskusteltu hammashoitopalvelujen tarpeesta?

1 Kyllä
2 Ei
3 Minulla ei ole hoito- ja palvelusuunnitelmaa

SUUN TERVEYDENTILA JA OMAHOITO

5. Kuinka usein yleensä harjaatte hampaanne?

1 Useammin kuin kaksi kertaa päivässä
2 Kaksi kertaa päivässä
3 Kerran päivässä
4 Harvemmin kuin joka päivä

6. Mitä seuraavista välineistä käytätte suunne puhdistamisessa? Voitte ympäröidä useamman vaihtoehdon.

- 1 Tavallinen hammasharja
- 2 Sähköhammasharja
- 3 Hammastikut/hammasväliharja/hammaslanka
- 4 Fluorihammastahna
- 5 Suuvesi
- 6 Kielenpuhdistaja

7. Onko Teillä hammasproteeseja?

- 1 Ei, vain omia hampaita
- 2 Irtoproteesit ja hampaita
- 3 Kokoproteesit, ei hampaita
- 4 Ei hampaita eikä proteeseja
- 5 Puuttuvia hampaita on korvattu kiinteillä proteettisilla ratkaisuilla (esim. hammassilta, implantteja)

8. Mikäli Teillä on hammasproteesit, kuinka usein puhdistatte ne?

- 1 Useammin kuin kaksi kertaa päivässä
- 2 Kaksi kertaa päivässä
- 3 Kerran päivässä
- 4 Harvemmin kuin joka päivä

9. Pystytekö itse puhdistamaan suunne ja hampaanne ja/tai proteesinne?

- 1 Vaikeuksitta
- 2 Vaikeuksia on jonkin verran
- 3 Hampaiden puhdistaminen on erittäin vaikeaa
- 4 En pysty lainkaan puhdistamaan hampaitani

Jos vastasitte edelliseen kysymykseen myöntävästi, millaisia vaikeuksia Teillä on suunne puhdistamisessa?

10. Mikäli tarvitsette apua suun ja hampaiden ja/tai proteesin puhdistamisessa, keneltä saatte apua?

- 1 Kotipalvelun työntekijältä
- 2 Läheisiltäni
- 3 En ole saanut tarvitsemaani apua

11. Millainen hampaidenne ja suunne terveydentila on mielestänne tällä hetkellä?

- 1 Erinomainen
- 2 Hyvä
- 3 Tyydyttävä
- 4 Huono

12. Mitä seuraavista vaivoista Teillä on ilmennyt viimeisen 12kk aikana? Voitte ympyröidä useamman vaihtoehdon.

- 1 Iänverenvuoto
- 2 Proteesien huono istuvuus
- 3 Kuivan suun tunne
- 4 Hammassärky
- 5 Leukanivelvaivat
- 6 Pahanhajuinen hengitys
- 7 Hampaiden liikkuvuus
- 8 Muuta, mitä? _____
- 9 Minulla ei ole vaivoja suun alueella

13. Millaista hammashoitopalvelua arvelette tarvitsevanne tällä hetkellä? Voitte ympyröidä useamman vaihtoehdon.

- 1 Suun ja hampaiden terveystarkastus
- 2 Hammaskivenpoisto
- 3 Paikkaushoito
- 4 Kotihoito-ohjaus (esim. suunhoitotuotteiden esittely, hammasvälien puhdistus)
- 5 Proteettinen hoito
- 6 Muuta, mitä? _____
- 7 En arvele tarvitsevani mitään hammashoitopalvelua tällä hetkellä

HAMMASHOITOPALVELUJEN KÄYTTÖ JA NIIDEN SAAVUTETTAVUUS

14. Kuinka usein käytte hammashoidossa?

- 1 Useammin kuin kerran vuodessa
- 2 Kerran vuodessa
- 3 Joka toinen vuosi
- 4 Vain silloin, kun on särkyä tai jotakin vaivaa

15. Missä käytte yleensä hammashoidossa?

- 1 Terveyskeskuksen hammashoitolassa
- 2 Yksityisellä hammaslääkäriasemalla
- 3 Jossain muualla, missä? _____

16. Kun viimeksi menitte hammashoittoon, kuinka ajanvaraus tehtiin?

- 1 Varasin ajan itse
- 2 Hammaslääkäri kutsui
- 3 Ajasta oli sovittu jo edellisen käynnin yhteydessä
- 4 Menin vastaanotolle ilman ajanvarausta
- 5 Joku muu varasi ajan, kuka? _____

17. Miten kulkeminen hammashoittoon järjestyi?

- 1 Omalla autolla
- 2 Palveluliikenteen autolla – tilasin itse
- 3 Palveluliikenteen autolla – joku muu tilasi, kuka? _____
- 4 Julkisilla kulkuvälineillä (bussi)
- 5 Taksilla
- 6 Kävelen tai pyörällä
- 7 Muuten, miten? _____

18. Haluaisitteko jonkun muun järjestävän hammashoitolakäynnit puolestanne?

- 1 Kyllä
- 2 En

19. Kuinka tyytyväinen olette saamiinne hammashoitopalveluihin?

- 1 Erittäin tyytyväinen
- 2 Tyytyväinen
- 3 Vaikea sanoa
- 4 Tyytymätön
- 5 Erittäin tyytymätön

Jos ette ollut tyytyväinen saamaanne hoitoon, miksi?

20. Jos Teillä olisi mahdollisuus tilata hammaslääkäri tai suuhygienisti kotinne tekemään esim. tarkastus tai hammaskivenpoisto, käyttäisittekö palvelua?

- 1 Kyllä
- 2 En

21. Millaisia suun terveydenhoidon palveluja haluaisitte saada kotinne? Voitte ympyröidä useamman vaihtoehdon.

- 1 Suun ja hampaiden terveystarkastus
- 2 Hammaskivenpoisto
- 3 Suun ja hampaiden kotihoito-ohjaus
- 4 Paikkaushoito
- 5 Hammasteknikon käynti, proteesien kunnon/korjaustarpeen arviointi
- 6 Muuta, mitä? _____
- 7 En halua mitään suun terveydenhoidon palvelua kotiini

SUUN TERVEYDENHOIDON OHJAUS

22. Millaista ohjausta olette saaneet hammashoitokäyntienne yhteydessä? Voitte ympäröidä useamman vaihtoehdon.

- 1 Harjausneuvonta
- 2 Hammasvälien puhdistaminen (hammasväliharjojen, lankainten, hammaslangan ja hammastikkujen käyttö)
- 3 Proteesien puhdistus
- 4 Kielen puhdistus
- 5 Suuvesien käyttö
- 6 Kuivan suun hoito
- 7 Muuta, mitä? _____
- 8 En ole saanut ollenkaan ohjausta

Mistä aiheista olisitte halunneet erityisesti ohjausta ja enemmän tietoa?

23. Mistä saatte uusinta tietoa suun terveyteen liittyvistä asioista? Voitte valita useamman vaihtoehdon.

- 1 Hammashoitolasta
- 2 Terveysalan aikakauslehdistä
- 3 TV:stä
- 4 Internetistä
- 5 Jostain muualta, mistä? _____

24. Miten suun terveydenhoitoon liittyvä tieto on mielestänne saatavilla?

- 1 Helposti
- 2 Melko helposti
- 3 Tietoa on vaikea saada



KIITOS VASTAUKSISTANNE JA AURINKOISTA KEVÄTTÄ!