

BULGARIAILAISTEN VANHEMPIEN SITOUTUMINEN KOLMEVUOTIAIDEN
LASTEN SUUN TERVEYDENHOITOO

Lindholm Niina

Pro gradu-tutkielma

Hoitotieteen ja terveyshallintotieteen tutkimusyksikkö

Hoitotiede

Oulun yliopisto

Toukokuu 2018

TIIVISTELMÄ

Lindholm Niina: Bulgarialaisten vanhempien sitoutuminen kolmevuotiaiden lasten suunhoitoon

Pro gradu tutkielma: 52 sivua, 1 liite
Toukokuu 2018

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvailla bulgarialaisten kolmevuotiaiden lasten vanhempien sitoutumista lastensa suun terveydenhoitoon sekä siihen yhteydessä olevia tekijöitä. Lisäksi tarkoituksena oli kuvailla vanhempien suunhoitotottumuksia ja suun hoitoa koskevia uskomuksia. Tuotettua tietoa voi käyttää suunniteltaessa suun terveydenhuollon palveluita Bulgariassa, toisaalta tietoa voi soveltaa myös Suomessa suunniteltaessa hammashoidon palveluita maahanmuuttajille tai pohdittaessa tekijöitä jotka vaikuttavat hoitoon sitoutumiseen.

Tutkimusaineisto kerättiin tätä tutkimusta varten muokatulla hoitoon sitoutumisen mittarilla pohjoisessa Bulgariassa sijaitsevasta kaupungista huhtikuussa 2015. Kyselylomake jaettiin kaikille kyseisen kaupungin päivähoidossa olleiden kolmevuotiaiden lasten vanhemmille (n=1055). Vastausprosentti oli 71. Tilastollisissa analyysissä käytettiin Khiin neliö-testiä, Mann-Whitneyn U-testiä sekä Kruskal-Wallis-testiä.

Bulgarialaiset pienten lasten vanhemmat ovat sitoutuneita lastensa suun omahoitoon. Puolison ja hammaslääkärin tuki edistävät suun omahoitoon sitoutumista. Sitoutumiseen ei vaikuta vastaajien ikä, koulutus tai elämäntilanne. Naiset hoitavat suunsa terveyttä paremmin kuin miehet, ja korkeammin koulutetut auttavat lapsiaan hampaiden harjauksessa useammin. Korkeammin koulutetut ovat myös motivoituneempia suun terveydenhuoltoa kohtaan.

Bulgarialaisten vanhempien suunhoitotottumukset eivät kuitenkaan täysin vastaa suosituksia. Heille tulisi jakaa tietoa suun sairauksista, ja kannustaa ehkäisemään niitä. Hammashoitolat olisivat luonteva paikka tällaiselle toiminnalle, ja sieltä bulgarialaiset yleensä tietoa tämän tutkimuksen mukaan saivatkin. Koska kaikki lapset eivät käy hammaslääkärissä, tulisi tietoa pitäisi viedä myös sinne, missä vanhemmat lastensa kanssa kulkevat ja oleskelevat. Myös fluorihammastahnojen käyttöä ja niihin liittyvää oikeaa tietoa tulisi korostaa vanhemmille.

Avainsanat: terveyden edistäminen, suun terveyden edistäminen, hoitoon sitoutuminen, suun omahoitoon sitoutuminen, Bulgaria.

University of Oulu

Faculty of Medicine, Unit of Nursing Science and Health Management

Nursing Science

ABSTRACT

Lindholm Niina: Bulgarian parents' adherence to their 3-year-old child's oral health care

Pro gradu Thesis: 52 pages, 1 appendix
May 2018

The aim of this study was to describe Bulgarian parents' adherence to their 3-year-old child's oral health care and factors that are related to adherence. Furthermore, the aim was to describe parents' habits and beliefs regarding oral health care. The information produced by this study can be used while planning oral health care services in Bulgaria. Additionally, the information can also be used in Finland while planning oral health care services for immigrants, or when considering the facts affecting adherence to treatment.

The study was conducted with a modified adherence instrument in a city located in Northern Bulgaria in April 2015. The questionnaire was distributed to all parents of a three-year-olds that took part in municipal day care services (n=1055). The response rate was 71. Statistical relevance was examined by Chi square-test, Mann-Whitney U-test and Kruskal-Wallis-test.

Bulgarian parents who have small children adhere well with the oral self-care of their children. The support from the spouse and from the dentist promote adherence. The respondents' age, education level or socioeconomic status do not affect adherence. Females are more likely to take better care of their own oral health, and those with higher education help their children brush their teeth more regularly. Also, those with higher education are more often motivated to oral self-care.

Bulgarian parents' oral self-care habits do not entirely match recommendations. Parents should have more information regarding oral diseases and their prevention. Dental settings would be the most suitable place to achieve this, and according to this study, that is where Bulgarians usually obtain their oral health information. However, not all children visit the dentist. Therefore, oral health care information should also be available in places frequented by parents together with their children. This would include highlighting to parents the appropriate guidelines regarding the use of fluoridated toothpastes.

Keywords: health promotion, oral health promotion, adherence to treatment, adherence to oral self-care, Bulgaria.

KIITOKSET

Tätä työtä ei olisi toteutettu, saati kirjoitettu ilman muiden ihmisten apua.

Kiinnostuin bulgariaalaisten suun terveydestä kollegani, suuhygienisti Kamelia Keturin ansiosta. Kuulin ensimmäisen kerran vuonna 2010 Kamelian reissuista entiseen kotikaupunkiinsa pitämään terveydenedistämistuokioita päiväkoteihin, eli työpajoja lapsille ja keskustelutilaisuuksia vanhemmille. Kinusin päästä mukaan, ja luulen, ettei Kamelia aluksi uskonut minun olevan tosissani. Kiitos Kamelia, että kuitenkin huolit minut mukaan useampaankin otteeseen! Kiitos myös kaikesta avusta, organisoinnista ja kannustuksesta koko pro gradu-prosessin aikana.

Baba Nikolinkalle kiitos siitä, että otit minut luoksesi asumaan Bulgariassa, pidit hyvässä ruoassa ja opetit uusia tekniikoita villasukkien neulomiseen. Galina Tsvetanovalle kiitos ystävydestä ja vapaa-ajan aktiviteeteista. Mariana Dimitrovalla kiitos sisukkuudesta, itsepäisyydestä ja avusta lomakkeiden jakamisessa. Veselina Evtimovalle kiitos ystävydestä, kiertoajeluista ja -kävelyistä historiallisilla paikoilla, yhteistyöstä yliopistolla sekä opiskelija-asunnon järjestämisestä. Dekaanin Desislava Atanasovalle kiitos mahdollisuudesta majoittua yliopiston asuntolassa ja osallistua yliopiston opetukseen, vaikka en ollutkaan maassa varsinaisena vaihto-opiskelijana. Kiitos myös siitä, että järjestit opettajakunnastasi lehtorin avukseni arvioimaan kyselylomakkeen sopivuutta bulgarialaisiin olosuhteisiin. Kiitos lehtorillekin avusta!

Tohtorit Sonja Elenkova ja Miro Elenkov, kiitos mahtavista aterioista! Sekä tietenkin kaikesta käytännön avustanne ja ajatusten vaihdosta kyselylomakkeen sopivuudesta tutkimuksen tekoon Bulgariassa. Hammaslääkäri Gylfize Mahmud, kiitos että kommentoit kyselylomaketta. Päiväkodin johtajatar Eleanora Popova ja opettaja Silvia Angelova, kiitos avustanne käytännön järjestelyissä.

Suomen Suuhygienistiliittoa SSSL ry:tä kiitän apurahasta. Oulun yliopiston hoitotieteen professori Helvi Kynkäälle kuuluu suuri kiitos siitä, että annoit kehittämäsi kyselylomakkeen käyttöni. Kiitos myös arvokkaista kommenteista käsikirjoituksen suhteen. Jäljelle jääneet virheet ovat tietenkin omiani.

Vanhempiani ja sisaruksiani perheineen sekä ystäviäni Suomessa kiitän siitä, että olette järjestäneet muutakin ohjelmaa ja ajateltavaa pro gradun kirjoittamisen ohelle.

Kirkkonummella toukokuussa 2018

Niina Lindholm

Sisältö

Tiivistelmä

Abstract

Kiitokset

1 JOHDANTO	1
2 SUUN TERVEYS JA HOITON SITOUTUMINEN	4
2.1 Suun sairaudet pitkäaikaisina sairauksina	4
2.1.1 Karies	4
2.1.2 Gingiviitti ja parodontiitti	6
2.1.3 Suun infektiosairauksien ennaltaehkäisy	6
2.2. Hoitoon sitoutuminen ja siihen yhteydessä olevat tekijät	12
2.2.1 Yksilöön liittyvät tekijät	13
2.2.2 Sosioekonomiset ja yhteisölliset tekijät	15
2.2.3. Terveysjärjestelmiin liittyvät tekijät	16
2.2.4 Terveystieteiden henkilökohtainen ja vuorovaikutus	17
2.2.5 Hoitoon ja sairauteen liittyvät tekijät	18
2.3 Yhteenveto suun infektiosairauksiin ja hoitoon sitoutumiseen vaikuttavista tekijöistä	19
3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	21
4 TUTKIMUSAINEISTO JA -MENETELMÄT	22
4.1 Mittarin modifiointi	22
4.2 Aineiston keruu	23
4.3 Aineiston analyysi	24
5 TUTKIMUSTULOKSET	27
5.1 Taustatiedot	27
5.2 Suun omahoito	28
5.3 Ruokailutottumukset	29
5.4 Hammashoito	31
5.5 Suun omahoitoon sitoutuminen ja suun hoitoa koskevat uskomukset	33
6 POHDINTA	37
6.1 Tutkimustulosten pohdintaa	37
6.2 Tutkimuksen luotettavuus	42
6.3 Tutkimuksen eettisyys	44
6.4 Johtopäätökset ja jatkotutkinta-aiheet	45
LÄHTEET	47
LIITE	

1 JOHDANTO

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvailla bulgarialaisten kolmevuotiaiden lasten vanhempien sitoutumista lastensa suun terveydenhoitoon sekä siihen yhteydessä olevia tekijöitä. Lisäksi tutkimuksessa kuvaillaan heidän suunhoitotottumuksiaan ja suun hoitoa koskevia uskomuksia. Tuotettua tietoa voi käyttää suunniteltaessa suun terveydenhuollon palveluita Bulgariassa, toisaalta tietoa voi soveltaa myös Suomessa suunniteltaessa hammashoidon palveluita maahanmuuttajille tai pohdittaessa tekijöitä jotka vaikuttavat hoitoon sitoutumiseen.

Karies on maailman yleisimpiä infektioitauteja. Vuonna 2010 maitohampaiden karies oli 10. yleisin tauti vaikuttaen 621 miljoonaan lapseen – eli 9 %:iin maailman väestöstä (Kassebaum ym. 2015). Alueesta riippuen kariesta on 6-90 %:lla lapsista (Petersen 2003). Aikuisväestössä karies on yleisin infektio tauti, ja se koskee 35 %:a maailman väestöstä, 2,4 miljardia ihmistä (Kassebaum ym. 2015). Iensairauksia, gingiviittiä ja parodontiittia, on noin 10-20 % maailman väestöstä (World Health Organisation WHO 2012a, Frencken ym. 2017). Korjaavan hoidon kustannukset ovat suuria, hammashoito on neljänneksi kalleinta hoitoa maailmassa (Petersen 2003). Teollistuneissa maissa 5-10 % julkisista kustannuksista kuluu suun terveydenhuoltoon (WHO 2012a). Karies ja iensairaudet ovat kuitenkin ennaltaehkäistävissä hyvällä omahoidolla: huolellisella hampaiden puhdistuksella, fluorihammastahnan käytöllä ja terveellisellä ruokavaliolla (Selwitz ym. 2007, Pitts & Zero 2017). Tämän vuoksi ennaltaehkäisevä suun terveydenhoito, terveyden edistäminen ja tiedon levittäminen terveellisistä suun omahoitotottumuksista sekä ihmisten sitoutuminen suun omahoitoon olisi tärkeää. Jotta omahoitoon sitoutumista voitaisiin edistää, tarvitaan kuitenkin tietoa siihen vaikuttavista seikoista.

Bulgariassa valtio tarjoaa alle 18-vuotiaille lapsille ja nuorille ilmaista hammashoitoa: vuosittain on mahdollista käydä tarkastuksessa ja saada maksutta neljä hoitotoimenpiteitä. Tätä useammista toimenpiteistä tulee maksaa itse. Aikuiset joutuvat maksamaan terveystoimenpiteistä. Tuloista maksetaan 8 % sosiaalivakuutuksen järjestävälle organisaatiolle (National Health Insurance Fund, NHIF). Lisäksi palveluista maksetaan käynti-

maksu (1 % minimituloista) ja tehdystä hoidosta toimenpiteittäin. Esimerkiksi vuonna 2010 suun terveystarkastus maksoi 8.24 Bulgarian levaa (BGN), eli 4.21€. NHIF maksaa osan tarkastuksesta (BGN 6.44 eli 3.29€), ja potilas loput. NHIF korvaa aikuisten hammashoidosta osan kolmesta toimenpiteestä vuosittain. (Dimova ym. 2012.)

Bulgariaan 1990-luvun lopulla luotu sosiaalivakuutus pohjainen järjestelmä on osoittautunut käytännössä tehottomaksi. Se on epäsuosittu sekä terveydenhuollon ammattihenkilöiden että potilaiden keskuudessa, eikä bulgarialaisten terveysindikaattoritkaan ole parantuneet riittävästi. Kaksi tärkeintä ongelmaa lienee varojen niukkuus ja olemassa olevien varojen tehoton käyttö. (Dimova ym. 2012, European Commission 2016.) Lisäksi Bulgariassa on iso joukko ihmisiä, joita ei ole vakuutettu. Yleensä nämä ovat työttömiä tai ihmisiä, joilla ei muista syistä ole varaa maksaa sosiaalivakuusmaksua. Jos kansalaiset eivät maksa sosiaalivakuusmaksuja, he eivät saa NHIF:n korvaamaa hoitoa. (Dimova ym. 2012.) Vuonna 2014 Bulgariassa oli ilman vakuutusta 0,5 miljoonaa ihmistä (7 % kansalaisista). (European Commission 2016.) Lisäksi järjestelmä on potilaille kalteimpia järjestelmiä Euroopassa. (Dimova ym. 2012, European Commission 2016.) Kaikilla bulgarialaisilla ei välttämättä ole varaa maksaa hoidosta, jolloin saatetaan lykätä lääkärin luo hakeutumista tai joudutaan tinkimään muista menoista (ruoasta, vaate- tuksesta, asumisesta), jotta kyetään maksamaan potilasmaksut. On ollut myös havaittavissa, että bulgarialaiset hakeutuvat hoitoon ensiapuun sellaistenkin sairauksien tai vaurioiden tiimoilta, jotka eivät sinne oikeasti kuulusi, sillä ensihoito on ilmaista. (Dimova ym. 2012.) Lisäksi terveydenhuollon piirissä esiintyy korruptiota. Lääkärit ja muu henkilökunta saattavat vaatia epämuodollisia maksuja hoidon suorittamiseksi. Korruptio on kuitenkin Bulgariassa vähäisempää kuin Balkanilla keskimäärin (Stepurko ym. 2015), mutta osa bulgarialaisista tuntee silti voimakasta epäluuloa terveydenhuoltojärjestelmää ja -henkilöstöä kohtaan (Dimova ym. 2012).

1990-luvun lopun terveysreformi keskittyi lääketieteelliseen hoitoon, ja ensisijainen merkitys oli hoidolla, ei sairauksien ehkäisyllä (Dimova ym. 2012, Damyanov ym. 2012, European Commission 2016). Niinpä terveyden edistämisen alueella puuttuu aloitteita, jo olemassa oleville aloitteille ei ole rahoitusta eikä kansanterveyttä kohottamaan pyrkivien ohjelmien välillä ole tarpeeksi yhteistyötä (Dimova ym. 2012). Yritystä terveyden edistämiseen kuitenkin on, sillä vuosien tauon jälkeen kouluihin ja päiväkoiteihin on palkattu hoitohenkilökuntaa, joiden vastuulla on ensiavun lisäksi terveystas-

vatusohjelmien suunnittelu ja toteutus. (Dimova ym. 2012.) Lisäksi vuosien 2014-2020 kansallisen terveysohjelman tavoitteena on parantaa bulgariaalaisten terveyttä Euroopan Unionin yleiselle tasolle, sekä muotoilla terveystalvet sellaisiksi että hoitoon pääsee ja hoito on laadukasta (European Commission 2016).

Vuonna 1983 kariuksen määrää kuvastava dmft-luku (decayed, missed, filled teeth) on ollut 5-vuotiailla bulgariaalaisilla 4.3. Vuoden 2008 tutkimuksessa Plovdivin seudulla 12-vuotiaiden dmft-luku oli 3.1, ja 15-vuotiaiden 5.0 (WHO 2012b). Yli 50-vuotiaista liki kaikilla on kariesta, DMFT-luvun ollessa 16.9-19.7 (Damyanov ym. 2012). Nämä ovat melko korkeita lukuja, ja tarvitaankin tietoa siitä, mitä bulgariaalaiset vanhemmat ajattelevat suun terveyden hoidosta, kuinka he ylläpitävät omaa ja lastensa suun terveyttä ja kuinka sitoutuneita he ovat suun omahoitotottumuksiin.

2 SUUN TERVEYS JA HOITON SITOUTUMINEN

2.1 Suun sairaudet pitkäaikaisina sairauksina

Suun infektiosairaudet ovat varsin yleisiä maailman väestössä. Vuonna 2010 karies oli 10. yleisin tauti lapsilla ja yleisin tauti aikuisilla (Kassebaum ym. 2015). Suun infektio- taudit ovat bakteerin aiheuttamia, ja niitä on helpohko torjua hyvän suuhygienian ja terveellisen ruokavalion ja ruokailutottumusten avulla (Selwitz ym. 2007, Pitts & Zero 2017). Karies ja iensairaudet etenevät suhteellisen hitaasti. Jos karies on puhjennut, on alkuvaiheessa omahoitoa tehostamalla - ja mahdollisesti ammattilaisten tukitoimilla kuten hampaiden pinnoitteilla (Ahovuo-Saloranta ym. 2017) ja fluorilakkauksilla (Marinho ym. 2013) - mahdollista estää tautia etenemästä pidemmälle. Terveen suun ylläpi- täminen vaatii kuitenkin sitoutumista suun terveyttä tukeviin, terveellisiin elintapoihin koko elämän ajaksi (WHO 2012, Kassebaum ym. 2015).

2.1.1 Karies

Karies on bakteerin aiheuttama krooninen infektio tauti, joka etenee hampaan pinnalla suhteellisen hitaasti (Selwitz ym. 2007, Pitts & Zero 2017). Karies muodostuu, kun hampaan pinnat jäävät puhdistamatta. Tällöin hampaan pinnalle muodostuu biofilmiä, jonka sisällä bakteerit (yleensä streptokokit ja laktobasillit) alkavat tuottaa happoja saadessaan sokeria ja muita fermentoituvia hiilihydraatteja – yleensä siis silloin, kun syödään tai juodaan jotain. Happojen vaikutuksesta hampaan pinta liukenee, demineralisoi- tuu. Syljen puskuriaineet remineralisoivat hammasta. Hampaan pinnalla tapahtuu tällai- nen demineralisaatio-remineralisaatio useita kertoja päivässä. Jos hampaan pinnalla tapahtuu enemmän demineralisaatiota kuin remineralisaatiota, syntyy hampaan pinnalle ajan saatossa reikä. Huono suuhygienia, jatkuva syöminen, muun kuin veden juominen ja napostelu siis altistavat kariekselle. (Selwitz ym. 2007, Pitts & Zero 2017.)

Alkuvaiheessa karies voi olla oireeton, toisaalta isotkaan kariekset eivät välttämättä oireile. Monesti hampaan reikiintymisestä seuraa kuitenkin kipu, joka voi olla hyvinkin kova, etenkin mikäli karies ylittää hampaan hermoon, pulpaan, asti. (Selwitz ym. 2007.) Hoitamattomana karieksesta voi myös seurata hankaluuksia syömisen suhteen (Sheiham

2005), mikä voi lasten kohdalla heijastua viivästyneenä kasvuna tai heikentyneenä ravitsemuksellisenä tilana (Willershäusen ym. 2004, Nicolau ym. 2005). Lisäksi yksilöiden voi myös olla hankala keskittyä esimerkiksi koulunkäyntiin tai työntekoon, jos suu on kovin kipeä (Petersen 2003, 2008). Huonoista hampaista voi koitua myös itsetunto-ongelmia (Patel ym. 2007).

Koska karies etenee yleensä melko hitaasti (Pitts & Zero 2017), on hoitolinjana nykyisin, että yritetään pysäyttää reikiintyminen. Potilas ohjataan tehostamaan hampaiden puhdistusta ja tarkistetaan, että ruokavalio ja -rytmi on hammasystävällinen (Selwitz ym. 2007, Pitts & Zero 2017). Tarvittaessa omahoidon toimenpiteitä voidaan tukea esimerkiksi fluorilakkauksilla (Marinho ym. 2013). Myös hampaiden syvien uurteiden pinnoittamisen on havaittu vähentävän kariesta (Ahovuo-Saloranta ym. 2017). Pysäytyshoito on nähty tärkeäksi, sillä hampaan paikkauksesta muodostuu helposti kierre: paikka tai oma hammas paikan vierestä on altis lohkeamille tai hampaat voivat reikiintyä paikan saumoista (Pitts & Zero 2017). Jos karies on kuitenkin jo edennyt hampaan kiilteen läpi hammasluun puolelle, ei pysäytyshoito enää onnistu, vaan hammas on paikattava. Paikkauksesta huolimatta olisi pyrittävä saamaan yksilö tehostamaan suun omahoitoa: puhdistusta ja ruokavaliota sekä käymään tarkastuksissa säännöllisesti. Kariksen ehkäisyssä pitää olla tarkkana koko elämän ajan. (Selwitz ym. 2007, Kassebaum ym. 2015, Pitts & Zero 2017.)

Pikkulapsilla voi kehittyä aggressiivinen ja nopeasti etenevä karies, joka käytännössä tuhoaa hampaat nopeallakin aikavälillä, jos siihen ei puututa (Selwitz ym. 2007). Sairaus etenee niin nopeasti, että hampaat voivat tuhoutua jo ennen kuin ne ovat kokonaan puhjenneet. Tautia voikin olla vaikea pysäyttää. Yleensä lasten aggressiivinen karies johtuu vääränlaisista ruokailutottumuksista (etenkin maidon tai muun juoman nauttimisesta tuttipullosta yöaikaan) ja puutteellisista suun puhdistustavoista. Se alkaa yleensä yläetuhampaista vaaleina läikkinä, leviää sitten yläposkihampaisiin ja lopulta alaleukaan. (Selwitz ym. 2007.) Pahimmillaan tauti johtaa siihen, että hampaita joudutaan poistamaan, pikkulasten kohdalla monesti anestesiahoidoissa (Amin & Harrison 2009, Aljafari ym. 2014, Mostajer Haqiqi ym. 2016). Hampaiden poistaminen vaikeuttaa syömistä, ja voi johtaa myöhempiin lisäongelmiin, esimerkiksi oikomishoidon tarpeeseen.

2.1.2 Gingiviitti ja parodontiitti

Gingiviitti, ientulehdus, muodostuu, kun ienrajaan jää likaa, bakteerimassaa, mikä saa ikenen tulehtumaan – punoittamaan ja turpeammaksi. Se muodostuu jo muutamassa päivässä, jos aluetta ei puhdisteta. Ientulehdus paranee yleensä tehostamalla kyseisen kohdan puhdistusta. (Lang ym. 2009.) Vakavampi iensairaus, parodontiitti, muodostuu pidemmän aikavälin myötä. Siinä bakteerit alkavat pikkuhiljaa (vuosien ja vuosikymmenten saatossa) tuhota hampaan kiinnityskudoksia, ja jos tautia ei ajoissa havaita ja hoideta, saattaa tuloksena olla hampaan/hampaiden menetys (Lang ym. 2009, Costa ym. 2014). Parodontiitin hoidossa korostuu huolellinen omahoito: hampaiden harjaus kahdesti päivässä sekä hammasvälien puhdistus juuri omaan hampaistoon parhaiten sopivalla välineellä (hammaslangalla, harjatikulla, hammasväliharjalla). (Chapple ym. 2015.)

Tupakointi on parodontiitin riskitekijä, ja parodontiittia sairastavien tulisikin lopettaa tupakointi (Palmer ym. 2005, Ryder 2007, Costa ym. 2014). Lisäksi parodontiittia sairastavien tulisi käydä säännöllisesti ylläpitoahoissa poistattamassa hampaisiin ja syviin ientaskuihin muodostunut hammaskivi sekä bakteeripeitteet (Costa ym. 2014). Parodontiittia sairastavat eivät kuitenkaan monesti saavu ylläpitökäynneille ja hampaiden puhdistukseen. Esimerkiksi Delatola ym. (2014) havaitsivat että vain noin 11 % parodontiittia sairastavista kävi säännöllisesti ylläpitoahoissa kuusi vuotta kestäneen tutkimusjakson loppuun saakka.

2.1.3 Suun infektiosairauksien ennaltaehkäisy

Hammashoito on neljänneksi kalleinta hoitoa maailmassa (Petersen 2003). Maailman terveysjärjestön suositusten mukaisesti terveyden edistämistä on vuosikymmenten ajan suunnattu lapsiin. Näyttäisi kuitenkin siltä, että kariksen taakka on siirtynyt tai siirtymässä aikuisväestöön. Suun terveyden edistäminen ja omahoitoon sitoutuminen onkin tärkeää koko elämän ajan. (Kassebaum ym. 2015.) Eriyisen tärkeää olisi käydä säännöllisesti suun terveystarkastuksissa, missä voidaan havaita karieslesiot ja parodon-

tiumin muutokset alkuvaiheessaan, ja niiden eteneminen voidaan yrittää pysäyttää. Jos tarkastuksissa ei käydä, voivat suun sairaudet edetä hyvinkin pitkälle, ja edessä on kalliita hoitoja. (Selwitz ym. 2007.) Toisaalta, jos tarkastuksissa ei käydä, ei saada suun terveyttä koskevaa informaatiotakaan (Kay ym. 2016).

Karieksen ja parodontiitin etiologia on melko selvä, ja niiden ennaltaehkäisyssä on perinteisesti painotettu bakteerikolonisaation ehkäisemistä, huolellista hampaiden puhdistusta sekä terveellisiä ravitsemustottumuksia. Suun infektiosairaudet ovat kuitenkin hyvin monisyisiä, yleissairauksien tavoin ne kietoutuvat tiiviisti yhteen monien yhteisöissä ja yhteiskunnassa vaikuttavien ilmiöiden kanssa. Yksilön uskomukset, asenteet, ikä, sukupuoli, koulutus ja sosioekonominen asema vaikuttavat kaikki siihen, kuinka hän osaa, kykenee tai haluaa pitää huolta hampaistaan. Näihin seikkoihin vaikuttaa puolestaan yksilöä ympäröivä yhteisö ja yhteiskunta. (Daly ym. 2013, Schwendicke ym. 2015.)

Suun infektioaudit ovat vahvasti sidoksissa koulutukseen ja sosioekonomiseen asemaan (Sabbah ym. 2007). Alempien sosiaaliryhmien edustajilla on yleensä enemmän kariesta ja iensairauksia kuin ylemmillä sosiaaliryhmillä (Damyanov ym. 2012, Schwendicke ym. 2015), ja alempien sosiaaliryhmien edustajat käyvät epäsäännöllisemmin hammashoidossa (Badri ym. 2014, Schulz ym. 2016). Hammashoito nähdään usein vähemmän tarpeellisena kuin muu lääketieteellinen hoito, ja vähävaraiset käyttävät suun terveydenhuollon palveluita vähemmän, vaikka niitä olisikin yhteisössä tarjolla (Schulz ym. 2016, Harris ym. 2017). Miehet käyvät hammashoidossa harvemmin (Delatola ym. 2014, Listl ym. 2014) ja hoitavat hampaitaan huonommin kuin naiset. Tupakoitsijat käyvät hammashoidossa harvemmin (Schulz ym. 2016) ja sitoutuvat parodontiitin ylläpitohoitoihin huonommin (Ramseier ym. 2014) kuin ei-tupakoivat.

Suunhoidon terveystottumukset periytyvät perheissä (Poutanen 2007, Basak Cinar 2008, Badri ym. 2014) ja etenkin äidin tottumukset vaikuttavat lapsen terveystottumusten muodostumiseen (Poutanen 2007). Lisäksi tavat ovat suhteellisen pysyviä: lapsuudessa opitut tavat näyttäisivät säilyvän nuoruuden läpi aikuisuuteen (Köhler & Andrèen 2012). Terveellisiin elämäntapoihin sitoutumiseen vaikuttaa myös se, kuinka merkityk-

selliseksi kokee (mahdollisen) sairauden ja siitä mahdollisesti seuraavat komplikaatiot (Martin ym. 2010, Delatola ym. 2014).

2.1.3.1 Bakteritartunnan ennaltaehkäisy

Kariogeeninen bakteeri peritään yleensä huoltajilta lapsuudessa, äidin ollessa yleensä tärkein bakteerilähde (Selwitz ym. 2007.) Siksi terveystieteissä pyritään puuttamaan siihen, että lapsi ei saisi bakteritartuntaa ollenkaan. Vanhempia neuvotaan pitämään lapsen ruokailuvälineet erillään sekä välttämään muutoinkin sylkikontaktia. Mikäli kariogeenisen bakterikannan siirtyminen onnistutaan ehkäisemään, on lapsilla paremmat mahdollisuudet omata terveet hampaat myöhemmin (Laitala 2010, Köhler & Andréen 2012). Toisaalta, vaikka bakteeri saisi, on omilla suun hoitotottumuksilla mahdollista pysäyttää reikiintymisprosessi (Köhler & Andréen 2012).

2.1.3.2 Hampaiden harjaus ja fluori

Karieksen esiintyvyys on pudonnut dramaattisesti fluorihammastahnojen tultua markkinoille (Jones ym. 2005, Santos ym. 2013). Fluori vahvistaa hampaan remineralisointiprosessia, tekee hampaan kiilteestä vahvemman happohyökkäyksiä vastaan, ja vaikuttaa bakteerien aineenvaihduntaan heikentäen niiden toimintakykyä (Jones ym. 2005). Mikäli väestötasolla on paljon kariesta, on havaittu että juomaveden, suolan tai koulussa tarjottavan maidon fluoraaminen on vähentänyt kariesta (O'Mullane ym. 2016.) Veden fluoraaminen vähentää kariesta väestötasolla noin 15 % (Jones ym. 2005), fluorihammastahnat noin 23 % (Jones ym. 2005, Santos ym. 2013). Tärkeää on myös varmistaa, että väestön on mahdollista hankkia edullisia fluorihammastahnoja (Jones ym. 2005, Petersen 2008), ja että ymmärretään fluoritahnan toimintamekanismi kariksen torjumisessa.

Hampaat olisi hyvä pestä kaksi kertaa päivässä fluoritahnalla heti niiden puhkeamisesta lähtien (Käypä hoito 2014, National Health Service NHS 2015). Liiallisen fluorinsaannin on todettu aiheuttavan hampaisiin fluoroosia, vaaleita läikkiä hampaiden pinnalle (Jones ym. 2005, Chakanka ym. 2010). Niinpä alle 3-vuotiaille pikkulapsilla tulisi käyttää pienempien pitoisuuksien fluoritahnaa (Käypä hoito 2014, NHS 2015). Yhdistyneissä kuningaskunnissa NHS suosittaa, että alle kolmevuotiaiden hampaat harjataan kah-

desti päivässä 1100 ppm sisältävällä tahnalla, sipaisu tahnaa harjaan riittää (NHS 2015). Suomessa fluoritahnan käyttösuositus on 1100 ppm kerran päivässä, sipaisu tahnaa on riittävä määrä (Käypä hoito 2014).

Sähköhammasharjan on todettu puhdistavan tehokkaammin kuin käsihammasharjan (Munirah ym. 2014). Lisäksi hammasvälejä pitää puhdistaa jollain niihin tarkoitettulla hoitovälineellä, sillä harja ei ulotu niihin. Vanhempien tulisi valvoa lasten hampaiden puhdistusta - jo pienikin lapsi voi haluta opetella harjausta (ja vaatia saada itse harjata) mutta lapsen hienomotoriset taidot ovat vasta noin seitsemän-kymmenvuotiaana niin hyvällä tasolla, että hän saa kaikkien hampaiden pinnat puhdistettua. Tähän asti harjaus on vanhempien vastuulla. (Käypä hoito 2014, NHS 2015.)

2.1.3.3 Ruokavalio ja ruokailutottumukset

Ravinto vaikuttaa merkittävästi suun terveyteen. Suussa elävät bakteerit käyttävät hyväkseen etenkin ravinnon fermentoituvia hiilihydraatteja (sukroosi, glukoosi, fruktoosi, laktoosi, maltoosi ja tärkkelys), ja alkavat niitä saadessaan tuottaa happoja. Nämä hapot alentavat suun pH:ta, ja kun suun pH laskee kriittisenä pidetyn 5.5-5.7 alle, alkaa hampaan kiilteestä liueta mineraaleja sylkeen. Yleensä sylki kovettaa hampaan takaisin kovaksi noin puolessa tunnissa. (Keskinen & Sirviö 2009a, Hujoel & Lingström 2017.)

Yksistään hiilihydraattien syöminen ei kuitenkaan vaikuta siihen, että hampaaseen muodostuu karies. Reikiintymiseen vaikuttaa myös syömistiheys ja ruoka-aineen viipymä suussa. (Hujoel & Lingsröm 2017.) Jos syödään kovin usein, on suussa jatkuva happohyökkäys, ja kiilteen mineraaleja liukenee jatkuvasti pois hampaan pinnalta. Samoin suussa on pitkäkestoinen happohyökkäys, mikäli syödään tehokkaasti hampaiden uurteisiin jäävää tahmaista ruokaa, esimerkiksi perunalastuja, toffeeta tai rusinoita. (Keskinen & Sirviö 2009a, 2009b, Hujoel & Lingström 2017.)

Keskinen ja Sirviö (2009a) kirjoittavat, että happohyökkäyksen vaikutuksesta sylkeen liuenneet mineraalit ehtivät kovettua uudelleen hampaan pintaan, kun suu on tyhjänä välillä 2-3 tuntia. Sen vuoksi on suositeltavaa syödä noin 4-6 kertaa päivässä ja olla napostelematta väliajoilla. (Keskinen & Sirviö 2009a.) Lisäksi olisi hyvä kiinnittää

huomiota sokerien saantiin. WHO suosittaa, että päivittäisestä energiansaannista alle 10 % tulisi sokereista (Moynihan & Kelly 2014). Sokereiden pitäminen alle 10 % tasolla päivittäisestä energiansaannista ei kuitenkaan välttämättä ole riittävä määrä kariuksen torjumiseksi, vaan sokereiden määrän tulisi ehkä olla jopa alle 5 % päivittäisestä energiasta. (Hujoel & Lingström 2017.)

Myös aivan pienten lasten ruokavaliassa tulisi huomioida ateriointitiheys ja happohyökkäysten vaikutus. Äidin maito ei yleensä altista kariekselle, vaikka maito sisältääkin laktoosia (sokeria). Maidon sisältämä laktoosi on sokereista vähiten kariogeenistä, eikä yleensä vaikuta *Streptococcus mutans*-bakteerien lisääntymiseen. Tiheä imetys lapsen täytettyä vuoden voi kuitenkin altistaa reikiintymiselle, etenkin jos lapsi haluaa imeä rintaa myös öisin. Äidin maito voi myös olla haitallista lapsen hampaille, mikäli bakteerien määrä lapsen suussa lisääntyy voimakkaasti esimerkiksi sokeripitoisen ravinnon vaikutuksesta. Tällöin äidin maidon sisältämä laktoosi voi ylläpitää plakissa happamia olosuhteita, jolloin hampaiden reikiintyminen käynnistyy. (Keskinen & Sirviö 2009b.) Lapsi altistuu kariekselle myös, jos hänet nukutetaan maito- tai vellipullolla, jolloin maidon happamuus jää vaikuttamaan suuhun pitkäksi aikaa. Yöllä ei erity sylkeä yhtä paljon kuin päivällä, ja syljen hampaita huuhtova vaikutus onkin yöaikaan vähäistä. Kun sylkeä ei erity paljoa, ei syljen hampaita suojelevat puskurimenetelmäkään toimi. (Keskinen & Sirviö 2009b.)

Suun terveydelle eduksi ovat pureskelua vaativa ruoka, kuten kasvikset ja leipätuotteet. Kuitupitoinen ruoka lisää syljen eritystä. Sylki huuhtelee ravintoaineita hampaiston pinnalta, minkä lisäksi syljen puskuritekijät neutralisoivat suun pH:ta. Lisäksi osassa ruoka-aineita on luonnostaan suun terveyttä tukevia ainesosia. Esimerkiksi kalsiumia, fosfaattia ja fluoria sisältävät tuotteet ovat hampaille ystävällisiä. Maidossa on proteiinia, kalsiumia ja fosfaattia, ja se onkin hyvä ruokajuoma lapsille. Juusto ehkäisee kiilteen demineralisaatiota, edistää syljen määrää suussa, nostaa plakin kalsiumpitoisuuksia ja siten suosii remineralisaatiota sekä katkaisee happohyökkäyksen ksyylitolin tapaan. (Moynihan 2007, Hujoel & Lingström 2017.)

Myös kokojyvätuotteissa, kaakaojauheessa, porkkanoissa ja eräissä hedelmissä ja marjoissa on ainesosia jotka estävät suun bakteerien toimintaa sekä niiden kiinnittymistä hampaiden pinnoille. (Moynihan 2007, Keskinen & Sirviö 2009a, Hujoel & Lingström

2017.) Esimerkiksi punaisten viinirypäleiden siemenillä sekä karpaloilla ja mustikoilla on antibakteerisia ominaisuuksia. Niiden sisältämät flavonoidit ehkäisevät bakteerien sitoutumista hampaan pinnalle. (Moynihan 2007.) Myös vihreän, mustan ja oolong-teen flavonoidit heikentävät kariesta aiheuttavan *Streptococcus mutans*-bakteerin toimintakykyä ja ehkäisevät bakteerien sitoutumista hampaiden pinnoille. Lisäksi teen lehdissä on fluoria. (Moynihan 2007, Hujoel & Lingström 2017.) Suotuisaa vaikutusta vähentää kuitenkin se, että monet lisäävät teehen sokeria.

Ksylimannitoli on luonnossa esiintyvä sokeri, jolla on antikariogeenisiä ominaisuuksia (Keskinen & Sirviö 2009a). Ksylimannitoli toimii kolmella tavalla kariksen ehkäisyssä. Ensinnäkin sokerien korvaaminen makeuttajalla vähentää kariesta. Lisäksi ksylimannitolipastillien imeskely tai ksylimannitolipurukumin pureskelu stimuloi syljen eritystä, millä on hampaistoa suojeleva vaikutus. Kolmanneksi ksylimannitoli näyttäisi olevan antikariogeeninen. Säännöllisesti käytettynä se vaikuttaa bakteerien aineenvaihduntaan, eivätkä kariesta aiheuttavat bakteerit pysty lisääntymään niin tehokkaasti. (Riley ym. 2015.) Lisäksi ksylimannitoli vähentää plakin tarttuvuutta hampaan pinnalle, joten plakki on helpompi poistaa hampaan pinnalta hammasharjalla (Keskinen & Sirviö 2009a). Ksylimannitoli myös katkaisee happohyökkäyksen ja sen vuoksi aterian olisi hyvä päättyä ksylimannitolituotteen nauttimiseen. Jotta ksylimannitoli tukisi suun terveyttä, sitä pitäisi saada 5 grammaa päivässä. Tämän saa nauttimalla 6 täysksylimannitolipurukumia tai 8 ksylimannitolipastillia päivässä. Koska liiallinen ksylimannitolin nauttiminen voi aiheuttaa laksatiivisia vaikutuksia, kannattaa sitä nauttia pieniä määriä useasti päivän mittaan. Lisäksi on muistettava, että ksylimannitoli ei korvaa hampaiden harjausta. (Keskinen & Sirviö 2009a.)

2.1.3.4 Suun terveystarkastukset

Amerikan hammaslääkäriliitto (American Dental Association, ADA 2017) suosittaa lasten ensimmäistä hammaslääkärikäyntiä heti hampaiden puhjettua, viimeistään lapsen ollessa noin vuoden ikäinen. Myös Suomessa ensimmäinen käynti suositellaan noin vuoden ikäiselle lapselle (Käypä hoito 2014), ja tätäkin aikaisemmin, jos esimerkiksi neuvolassa havaitaan tarvetta käynnille (Asetus 338/2011). Varhainen käynti on nähty tarpeelliseksi, sillä silloin on mahdollista tarvittaessa puuttua perheen elämäntapoihin, ohjata ja neuvoa hampaiden puhdistuksessa ja suun terveyttä tukevassa ruokavaliossa ennen kuin mahdolliset vauriot etenevät niin pitkälle, että hampaita tarvitsee paikata tai poistaa. Hyviä keinoja puuttua – ja tukea elämäntapamuutosta – ovat muutostilanteet

ylipäänsä: tämän vuoksi monissa maissa panostetaan raskaana olevien perheiden suun terveyden edistämiseen.

Suun terveystarkastukset ovat tärkeitä kaikissa elämänvaiheissa. Kerran paikatut hampaat vaativat silmälläpitoa koko hampaan elinkaaren ajan. Lisäksi kariesta joskus sairastaneet ja paikkoja hampaisiinsa saaneet ovat alttiimpia sille, että hampaat reikiintyvät uudelleen (Sewitz ym. 2007). Parodontiittia sairastaville suun terveystarkastukset ovat tärkeitä, sillä säännöllisissä tarkastuksissa pystytään arvioimaan taudin etenemistä tai paikoillaan pysymistä (Costa ym. 2014). Väestöllä on kuitenkin parannettavaa suun terveystarkastuksissa käymisessä. Edes maissa joissa suun terveystarkastukset ovat lapsille ilmaisia, ei kaikki lapset päädy tarkastuksiin. Osittain voi olla kyse unohtamisesta, mutta paikoitellen on nähtävissä kulttuuriset tekijät – esimerkiksi maahanmuuttajayhteisöissä ja alemmissä sosiaaliryhmissä ei välttämättä ole tapana käydä ennaltaehkäisevässä hoidossa, ja se saatetaan kokea ajan hukaksi (Amin & Harrison 2009, Muirhead ym. 2013, Listl ym. 2014, Harris ym. 2017).

2.2. Hoitoon sitoutuminen ja siihen yhteydessä olevat tekijät

Hoitoon sitoutumista, etenkin lääkehoitoon sitoutumista, on tutkittu paljon. Huono hoitoon sitoutuminen on iso ongelma. Tutkimusten mukaan pitkäaikaisia sairauksia (esimerkiksi astma, diabetes, verenpainetauti) sairastavista vain noin puolet sitoutuu hoitoonsa ottaen lääkityksensä sovitusti ja noudattaen annettuja elämäntapaohjeita. (Sabaté 2004.) Huono hoitoon sitoutuminen saattaa johtaa huonoon taudin hallintaan ja komplikaatioihin sekä huonontaa potilaiden elämänlaatua. Toisaalta hoidon laiminlyönti tuhlaa terveydenhuollon resursseja, koska tällöin tulee turhia käyntejä vastaanotoilla ja kalliita (mahdollisesti alun perin vältettävissä olleita) hoitotoimenpiteitä. (Sabaté 2004, Martin ym. 2010, Daly ym. 2013.)

Hoitoon sitoutumista on määritelty monella tapaa, monen eri tieteenalan parissa. (Kyn-gäs ym. 2000). Määritelmät ovat muuttuneet vastaten kunkin ajan käsitystä terveydestä ja terveydenhuollosta. Tässä työssä hoitoon sitoutuminen määritellään Kynkään ja Hentisen (2009) tavoin ”asiakkaan aktiiviseksi ja vastuulliseksi toiminnaksi terveyden edellyttämällä tavalla yhteistyössä ja vuorovaikutuksessa terveydenhuoltohenkilöstön kans-

sa.” Näkemyksessä on lähtökohtana, että hoidon ytimessä on ammattilaisen ja yksilön jaettu asiantuntijuus: terveydenhuollon ammattilainen toimii terveyden asiantuntijana, yksilö oman elämänsä. Molempien näkemyksiä pitää kuunnella ja kunnioittaa parhaan hoitotuloksen saavuttamiseksi. Potilaat odottavat tulevansa kuulluiksi ja nähdyiksi hoitotilanteissa ja hoitoa suunniteltaessa (Kyngäs 2002, Martin ym. 2010), eivät vain saavansa terveyttään tai sairauttaan koskevaa luentoa.

Hoitoon sitoutuminen on monitahoinen ja kompleksinen ilmiö, johon vaikuttavat monet tekijät yksilön ominaisuuksista ja ympäröivästä yhteisöstä terveydenhuollon järjestelmiin ja sosioekonomisiin tekijöihin. (Sabaté 2004, Martin ym. 2010, Daly ym. 2013). Potilaita on haasteellista jakaa sitoutuneisiin ja ei- sitoutuneisiin, koska yksilö voi sitoutua hoitoon jollain elämänalueella ja olla sitoutumatta toisella. (Martin ym. 2010.) Hän voi esimerkiksi tehostaa harjaustottumuksiaan, mutta olla onnistumatta suun kannalta terveellisten ruokailutottumusten omaksumisessa (jatkaen esim. napostelua).

2.2.1 Yksilöön liittyvät tekijät

Hoitoon sitoutumiseen vaikuttaa potilaan tieto sairaudesta. Hoitoon ja sairauteen liittyvää tietoa tulisikin tarjota aina sairauden diagnosoimisesta saakka. Suun terveyden huollon piirissä tietoa pitäisi tarjota potilaille jo ennen näiden sairastumistakin (Mattila ym. 2005). Tieto yksinään ei sitouta pitkäaikaisesti hoitoon, sillä vaikka terveyskäyttäytymisen aluksi muuttuisi, saatetaan aikaisempiin käytösmalleihin sittemmin palata (Amin & Harrison 2009, Martin ym. 2010). Suun terveyden osalta potilaiden tietotason parantumisen on havaittu aluksi vähentävän potilaiden hampaiston plakkikuormitusta, mutta tämä ei välttämättä kuitenkaan tuota pitkän aikavälin muutosta terveyskäyttäytymiseen. (Kay & Locker 1996, Kay ym. 2016). Tietoa ei myöskään välttämättä osata muuttaa käytännön toiminnaksi. Aggressiivista kariesta sairastavien lasten meksikolais-amerikkalaiset äidit pyrkivät valvomaan lasten sokerin käyttöä rajoittamalla makeisten saantia. He eivät kuitenkaan ymmärtäneet, että keksit, kaakaojuomat ja mehutkin ovat haitallisia lapsille naposteltutyylisiin nautittuna. (Hoeft ym. 2010.) Terveydenhuollon ammattilaisten tulisikin perustella tarjoamansa tieto ja varmistaa, että tieto on ymmärretty oikein.

Myös potilaan asenteet ja uskomukset vaikuttavat sitoutumiseen. Lisäksi siihen vaikuttaa potilaan motivaatio. Mitä enemmän yksilö uskoo kykyihinsä suoriutua aktiviteetista, sitä motivoituneempi hän on aktiviteettia kohtaan. (Kyngäs 2002, Sabaté 2004, Martin ym. 2010.) Pystyvyyden (self-efficacy) tunnetta (Bandura 1997) tulisikin tukea kaikissa tapaamisissa potilaiden kanssa. Huomionarvoista on, että motivaatio on tarpeen hoitoon hakeutumisessa ja siihen sitoutumisessa, mutta se ei aina kuitenkaan ole riittävä tekijä yksinään. (Harris ym. 2017.)

Sairauteen voidaan suhtautua myös tietynlaisella fatalistisella asenteella. Sairaus, esimerkiksi karies, saatetaan nähdä luonnollisena osana elämää eikä sille voida tehdä mitään. Esimerkiksi kanadankiinalaiset äidit totesivat lasten jouduttua anestesiahammashoitoon, että joidenkin kohdalla kariksen ennaltaehkäisy voi onnistua, mutta heidän elämässään se ei ole mahdollista (Amin & Harrison 2009). Vähävaraisilla alueilla fatalistiset asenteet ovat yleisimpiä: vaikka ne ovat yksilötason tuntemuksia, yhteisö vaikuttaa merkittävästi niiden syntyyn. Yleinen näköalattomuus, tunne siitä että elämä on irrallisia tapahtumia joiden kulkuun ei voi vaikuttaa näyttäisi olevan yleisempää matalan tuloluokan alueilla. Avuttomuuden tunne saattaa synnyttää pikemminkin hetkessä elämisen mallin, kuin suunnitelmallisesti elävän mallin, jollaista hampaiden terveenä säilyminen edellyttäisi. (Harris ym. 2017.) Terveystiedon edistämiseksi tulisikin pyrkiä vaikuttamaan yksilön uskomuksiin ja asenteisiin ja vahvistaa niiden muuttumista terveyttä tukevaan suuntaan (Martin ym. 2010).

Monesti sitoutumiseen vaikuttavat myös normatiiviset tekijät kuten se, mitä yksilö uskoo ympärillä olevien ihmisten ajattelevan ja toimivan sekä se, välittääkö yksilö siitä mitä muut ajattelevat ja toimivat (Martin ym. 2010, Badri ym. 2014, Harris ym. 2017). Esimerkiksi pienten lasten vanhempien harjaustottumuksiin on havaittu vaikuttavan olennaisesti sen, kuinka he ajattelevat muiden harjaavan omien lastensa hampaita (Trubey ym. 2017).

Monesti terveydenhoidon ammattilaiset olettavat, että potilas on motivoitunut hoitamaan sairauttaan. Näin ei kuitenkaan aina ole. Potilaat voidaan jaotella eri tasoille sen mukaan, kuinka motivoituneita he ovat (Sabaté 2004, Martin ym. 2010). Monet käyttäytymistieteelliset mallit ovat pohtineet potilaan käyttäytymiseen vaikuttavia tekijöitä.

Eräs käytetyimmistä on transteoreettinen malli, missä potilas siirtyy tasolta toiselle viidellä eri portaalla (esiharkinta, harkinta, valmistautuminen, toiminta, ylläpitäminen). Tasolta voi myös väliaikaisesti tai pysyvästi repsahda alemmalle tasolle. (Martin ym. 2010.) Lääkärien ja hoitohenkilöstön tulisi huomioida potilaan taso ja valmius ottaa sairauttaan koskevaa tietoa vastaan. Jos lääkäri puhuu yhdellä tasolla, mutta potilas onkin toisella, ei kaksi näkemystä kohtaa ja hoito-ohjeita annetaan vastahakoiselle, sitoutumiskyvyttömälle potilaalle. (Sabaté 2004, Martin ym. 2010.)

2.2.2 Sosioekonomiset ja yhteisölliset tekijät

Sosiaaliset ja taloudelliset tekijät eivät sinänsä ennusta yksiselitteisesti hoitoon sitoutumista, mutta jos yksilön resursseja kuluu valtavasti päivästä toiseen selviytymiseen, ei hänellä välttämättä riitä voimavaroja huolehtia sairaudestaan. (Sabaté 2004, Martin ym. 2010, Harris ym. 2017.) Sosioekonomisista tekijöistä huono sosiaalinen asema, köyhyys, lukutaidottomuus, vähäinen koulutus, työttömyys, tehokkaan sosiaalisen verkoston puuttuminen ja epävakaa elämäntilanne saattavat vaikeuttaa hoitoon sitoutumista (Sabaté 2004). Lisäksi pitkät matkat hoitopaikkoihin, kalliit matkakulut ja kalliit lääkkeet saattavat konkreettisesti rajoittaa hoidon sovittua toteuttamista. (Sabaté 2004, Martin ym. 2010, Harris ym. 2017.) On havaittu, että hammashoitoloiden läheinen sijainti lisää niiden käyttöä, mutta toisaalta vähävaraisilla alueilla on silti matalampi käyttöaste ja hammashoito painottuu korjaavaan, ei ennaltaehkäisevään hoitoon (Harris 2016, Harris ym. 2017).

Ympäröivä yhteisö vaikuttaa yksilöön, sillä olemme kukin oman kulttuurimme edustajia. Niinpä oman yhteisön kulttuuri ja maallikoiden käsitykset sairaudesta saattavat vaikuttaa merkittävästi hoitoon sitoutumiseen. (Sabaté 2004, Martin ym. 2010, Daly ym. 2013.) Maallikoiden ja hoitohenkilöstön käsityksissä sairaudesta saattaa olla isoja eroja (Harris ym. 2017). Vanhemmat saattavat esimerkiksi luottaa omiin diagnostisiin kykyihinsä, eivätkä vie lasta hammashoitolaan tarkastuksiin (Muirhead ym. 2014, Harris ym. 2017). Hoitoon sitoutumista on saatu parannettua huomattavasti sellaisissa interventioissa, joissa otetaan huomioon yhteisö kokonaisuutena, kartoitetaan siinä vallitsevat arvot ja uskomukset sekä pyritään yhdessä yhteisön jäsenten kanssa etsimään kulttuuriin soveltuvia hoitomalleja (Sabaté 2004, Martin ym. 2010, Daly ym. 2013, Kay

ym. 2016, Harris ym. 2017). Lisäksi on havaittu, että sosiaalisen tuen tarjoaminen parantaa hoitoon sitoutumista (esimerkiksi vertaisryhmät, perheen mukaan ottaminen hoitoon, tuki terveydenhuollon ammattilaisilta ja esimerkiksi kouluista). (Kynge 2002, Sabaté 2004, Badri ym. 2014.)

Hoitoon sitoutumista pohdittaessa olisi hyvä ottaa huomioon se, että kaikilla yhteisön jäsenillä ei ole samanlaiset resurssit ylläpitää terveyttään tai hankkia itselleen hoitoa. Huonosti suunnitellut terveydenedistämisen interventiot voivat jopa lisätä terveyden epätaasa-arvoa, sillä sosioekonomisessa hierarkiassa alempana olevat eivät välttämättä osallistu terveysinterventioihin tai sisäistä niiden sanomaa. (Amin & Harrison 2008, Daly ym. 2013, Harris 2016.) Niinpä erilaisille sosiaaliryhmille tulisi harkita erilaista lähestymistapaa, ja huomioida ryhmän valmius sisäistää tarjottu tieto (Martin ym. 2010).

2.2.3. Terveysjärjestelmiin liittyvät tekijät

Etenkin länsimaissa terveydenhuoltojärjestelmät luotin alun perin akuuttien sairauksien hoitoon, joten perinteisessä muodossaan ne soveltuvat huonosti pitkäaikaissairauksien hoitoon (Sabaté 2004). Huomion kiinnittäminen terveydenhuoltojärjestelmiin on tärkeää, sillä ne luovat puitteet potilaiden hoitamiseksi. Hoitoon sitoutumista vaikeuttavat olennaisesti monet järjestelmiin liittyvät piirteet. Esimerkiksi huonosti kehittyneet terveydenhuoltopalvelut, huono tai olematon sairausvakuutusjärjestelmä sekä huonot lääkkeiden jakelujärjestelmät vaikuttavat olennaisesti hoitoon pääsyyn ja siihen sitoutumiseen. (Sabaté 2004, Dimova ym. 2012, Badri ym. 2014.) Osassa terveydenhoitojärjestelmistä potilailla ei yksinkertaisesti ole varaa hankkiutua hoidon pariin.

Käytössä oleva järjestelmä määrittää myös hoitoon sitouttamisesta saatavat palkkiot ja palautteet. Jos tehdystä työstä ei saa korvausta, ei terveydenhuollon ammattilaisilla ole välttämättä motivaatiota tehdä pitkäjänteistä työtä ja sitouttaa potilaita hoitoon (Sabaté 2004). Järjestelmä myös määrittää tapaamisajan pituuden ja saattaa johtaa siihen, ettei tapaamisajan puitteissa välttämättä ole mahdollisuutta paneutua hoitoon sitoutumiseen vaikuttaviin kysymyksiin (Sabaté 2004, Martin ym. 2010). Terveydenhuoltohenkilöstöllä voi olla liikaa töitä, mikä lisää hoitajiin ja lääkäreihin kohdistuvia vaateita ja stressiä.

Tämän on puolestaan osoitettu vähentävän potilaiden sitoutumista hoitoon. Terveystieteiden ammattilaisilla ei välttämättä ole myöskään tarvittavia tietoja tai koulutusta hoitoon sitoutumisesta. Järjestelmä ei myöskään välttämättä tarjoa mahdollisuutta kouluttaa potilaita tai tarjota hoidon seurantaan, vaikka henkilökunta tämän osaisikin järjestää. (Sabaté 2004.)

2.2.4 Terveystieteiden henkilökunta ja vuorovaikutus

Terveystieteiden järjestelmät määrittävät hoidon ja hoitosuhteen jatkuvuudesta. Näyttäisi siltä, että potilaiden hoitoon sitoutuminen onnistuu paremmin, kun heillä on pysyvä ja molemminpuoliseen luottamukseen perustuva hoitosuhde. (Sabaté 2004, Martin ym. 2010, Harris ym. 2017.) Matalan tuloluokan väestölle hoitosuhteen jatkuvuus on korkeaan tuloluokkaan kuuluvia merkittävämpi, mutta silti harvalla matalatuloisella on pysyvää hoitosuhdetta hammaslääkäriin (Harris ym. 2017). Hoitoon sitoutumista lisää se, että (hammas)lääkäri tai hoitaja on mukava henkilö, joka kykenee luomaan hoitokäynnin aikana empaattisen, mukavan, välittävän ja kiireettömän ilmapiirin. (Kyngäs 2002, Sabaté 2004, Harris ym. 2017.) Jos hoitokokemus on mukava, potilas tulee helpommin uudelleen hammaslääkäriin. Jos käynti on epämiellyttävä, saattaa se toimia hoitoon haakeutumista estävänä tekijänä. (Harris ym. 2017.) Potilaat arvostavat toimenpiteiden tekemisen lisäksi henkilökunnan ammattitaitona sitä, että henkilökunta osaa kohdata potilaan hyvin (Badri ym. 2014, Mostajer Haqiqi ym. 2016, Harris 2016, Harris ym. 2017).

Lääkärien ja hoitajien tarjoama tuki on merkittävää ja sitouttaa noudattamaan hoito-ohjeita (Kyngäs & Rissanen 2001, Kyngäs 2002, Lunnela 2011). Myös yhteisön tarjoama tuki (esimerkiksi koulujen kehotukset) voi sitouttaa käymään hammaslääkärisä (Badri ym. 2014). Olisi tärkeää nähdä potilaat yksilöinä, oman elämänsä asiantuntijoina (Kyngäs 2002, Sabaté 2004, Martin ym. 2010) ja ottaa heidän mielipiteensä huomioon hoitoa suunniteltaessa ja toteutettaessa. Esimerkiksi parodontiittia sairastavien sitoutuminen ylläpitohoitoihin kasvoi, kun he saivat yksilöityä tukea terveystottumusten muuttamiseksi (Jönsson ym. 2009). Huomionarvoista on myös se, että potilaita tulisi kohdella kunnioittavasti kaikissa tilanteissa. Uusliberalistisissa yhteiskunnissa painotetaan eniten sitä, että terveys on jokaisen omalla vastuulla, omilla elintavoilla kukin

voi vaikuttaa terveyteensä paljon. Suun sairaudet ovat pitkälti elämäntapasairauksia, ja potilaat voivatkin kokea suuriakin häpeän tunteita huonoista hampaistaan. Hoitokäyneillä tulisikin tarjota tietoa ja käytännön vinkkejä paremman suun terveyden saavuttamiseksi, ei stigmatisoida ja nolata potilaita (Harris ym. 2017), sillä häpeä voi olla yksi syy olla hakeutumatta hoitoon.

Vuorovaikutteinen, kuunteleva ja motivoiva kommunikaatio saattaakin lisätä hoitoon sitoutumista (Harris ym. 2017). Potilaat eivät halua luentoa, vaan vinkkejä siitä, miten oman tai lapsen sairauden kanssa tulisi toimia. Hoitohenkilökunnan tulisikin tehdä työtä sen eteen, että he tuntevat potilaansa ja osaavat sopeuttaa tarjoamaansa tietoa ja taitoja kunkin potilaan/perheen tilanteeseen sopivasti (Badri ym. 2014, Harris ym. 2017). Lisäksi kaikkien alojen hoitohenkilökunnan tulisi pyrkiä tarjoamaan ristiriidattomia viestejä. Esimerkiksi kanadankiinalaisille äideille oli tärkeää, että lapsi syö hyvin jotta hän kasvaa ja kehittyy oikealla tavalla. Yleislääkäri oli kehottanut antamaan paljon pieniä välipaloja, hammaslääkäri taas kielsi naposteltavat. Vanhemmat olivat hämmästyneitä siitä, ketä asiantuntijaa pitäisi uskoa ja kenen ohjeita tulisi noudattaa? (Amin ja Harrison 2009.) Lisäksi voitaisiin tehdä entistä enemmän yhteistyötä eri terveydenhuollon alojen välillä, esimerkiksi yleislääkärit/lastenlääkärit tai terveydenhoitajat voisivat lähettää lapsia useammin hammaslääkäriin (Badri ym. 2014, Asetus 338/2011).

2.2.5 Hoitoon ja sairauteen liittyvät tekijät

Sairauteen liittyvät tekijät voivat vaikuttaa hoitoon sitoutumiseen. Esimerkiksi oireiden voimakkuus, sairauden vaikutus omaan elämään (fyysiseen ja psyykkiseen toimintakykyyn, sosiaaliseen ja ammatilliseen rooliin), taudin (koettu) vakavuus ja etenemisnopeus sekä tehokkaiden hoitojen saatavuus vaikuttavat potilaan käsitykseen sairauden mukanaan tuomasta riskistä sekä hoito-ohjeiden noudattamisen ja hoitoon sitoutumisen tärkeydestä. (Sabaté 2004, Martin ym. 2010, Lunnela 2011, Delatola ym. 2014.)

Myös pelko sairauden aiheuttamista komplikaatioista voi sitouttaa noudattamaan hoito-ohjeita (Kyngäs ym. 2000, Sabaté 2004, Martin ym. 2010), joskin liiallinen sairauden komplikaatioilla pelotteleminen saattaa vähentää sitoutumista, koska potilas saattaa tul-

kita ettei voi enää vaikuttaa sairauteensa (Martin ym. 2010). Sairauden vakavuus vaikutti myönteisesti myös parodontiitin hoitoon sitoutumiseen (Delatola ym. 2014).

Hoidon osalta sitoutumiseen vaikuttaa hoidon monimutkaisuus, hoidon kesto, aikaisemmat hoidon epäonnistumiset, useat hoidon muutokset, hyödyllisten vaikutusten välittömyys, haittavaikutukset sekä se, kuinka niiden kanssa selviämistä tuetaan (Sabaté 2004). Potilaita arveluttaa monesti lääkehoito. Taustalla voi olla maailmankatsomuksellisia uskomuksia tai yhteisön kulttuurisia uskomuksia, ja nämä tulisi huomioida hoitoa suunniteltaessa. Potilaat, jotka eivät ymmärrä lääkehoitonsa vaikutusmekanismeja, sitoutuvat luultavasti heikosti hoitoonsa. Esimerkiksi astmaatitot saattavat olla vastahakoisia käyttämään steroideja jatkuvasti, mutta eräässä tutkimuksessa vain neljäsosa oli keskustellut henkilökunnan kanssa peloistaan. (Sabaté 2004.) Suun terveyden osalta fluorin käyttö saattaa arveluttaa (Armfield ym. 2011, Chi 2014). Hoitohenkilökunnan tulisikin tuntea potilaansa ja nähdä vaivaa luottamuksellisen ja avoimen, kuuntelevan ilmapiirin luomiseksi.

2.3 Yhteenveto suun infektiosairauksiin ja hoitoon sitoutumiseen vaikuttavista tekijöistä

Pienten lasten suun terveydenhoito on vanhempien vastuulla. Siksi on tärkeää, että vanhemmat sitoutuvat noudattamaan lasten suun terveyden kannalta terveellisiä elintapoja, kuten säännöllisiä ruokailuja, välttämään napostelua sekä jatkuvaa tuttipullosta juomista yöaikaan (Keskinen & Sirviö 2009a, Hujoel & Lingström 2017). Vanhempien tulisi harjata lasten hampaat kahdesti päivässä fluoritahnalla (Käypä hoito 2014, NHS 2015). Lisäksi on tärkeää käydä säännöllisesti suun terveystarkastuksissa (Selwitz ym. 2007, Pitts & Zero 2017).

Vanhempien hoitoon sitoutumiseen vaikuttavat aikaisempien tutkimusten mukaan monet tekijät. Yksilön ominaisuuksista sitoutumiseen vaikuttavat tietämys sairaudesta (Mattila ym. 2005) sekä asenteet ja uskomukset sairautta ja hoitoa kohtaan. Lisäksi yksilön motivaatiotaso vaikuttaa sitoutumiseen. (Kyngäs 2002, Sabaté 2004, Martin ym. 2010.) Sosioekonomisista ja yhteisöllisistä tekijöistä hoitoon sitoutumiseen vaikuttavat yksilön koulutus sekä hänen käytettävissään olevat tulot. (Sabbah ym. 2007, Badri ym.

2014, Schwendicke ym. 2015, Schulz ym. 2016.) Lisäksi yksilöä ympäröivän yhteisön kulttuuri vaikuttaa siihen, kuinka hoitoon sitoudutaan. (Sabaté 2004, Martin ym. 2010, Harris ym. 2017.) Terveysjärjestelmät määrittävät sitä, kuinka henkilökuntaa kannustetaan sitouttamaan potilaita hoitoon ja kuinka paljon aikaa tapaamiskerroilla on mahdollista käyttää hoitoon sitoutumiseen liittyviin tekijöihin (Sabaté 2004, Martin ym. 2010). Lisäksi hoitoon sitoutumiseen vaikuttavat terveydenhuollon ammattilaisten vuorovaikutustaidot (Kynge 2002, Sabaté 2004, Badri ym. 2014, Mostajer Haqiqi ym. 2016, Harris 2016, Harris ym. 2017). Myös hoitoon liittyvät seikat, kuten taudin koettu vakavuus ja siihen liittyvät mahdolliset komplikaatiot (Sabaté 2004, Martin ym. 2010, Lunnela 2011, Delatola ym. 2014) sekä hoidon monimutkaisuus (Sabaté 2004) vaikuttavat siihen sitoutumiseen.

3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvailla bulgarialaisten kolmevuotiaiden lasten vanhempien sitoutumista lastensa suun terveydenhoitoon sekä siihen yhteydessä olevia tekijöitä. Lisäksi tutkimuksessa kuvaillaan heidän suunhoitotottumuksiaan ja suun hoitoa koskevia uskomuksia. Tuotettua tietoa voi käyttää suunniteltaessa suun terveydenhuollon palveluita Bulgariassa, toisaalta tietoa voi soveltaa myös Suomessa suunniteltaessa hammashoidon palveluita maahanmuuttajille tai pohdittaessa tekijöitä jotka vaikuttavat hoitoon sitoutumiseen.

Tutkimuskysymykset ovat seuraavat:

Millaista on bulgarialaisten kolmevuotiaiden lasten vanhempien sitoutuminen suun terveydenhoitoon?

Millaisia ovat bulgarialaisten kolmevuotiaiden lasten vanhempien suun terveydenhoitotottumukset?

Mitkä ovat bulgarialaisten kolmevuotiaiden lasten vanhempien suun terveydenhoitoon sitoutumista edistävät tai rajaavat tekijät?

4 TUTKIMUSAINEISTO JA -MENETELMÄT

4.1 Mittarin modifiointi

Aineisto on kerätty käyttämällä strukturoitua mittaria. Käytetty mittari, Adherence Instrument (ACDI), on kehitetty alun perin tarkastelemaan diabeetikkonuorten sitoutumista hoitoonsa (Kyngäs 1995, Kyngäs 1999). Sittemmin sen avulla on tutkittu muidenkin pitkäaikaissairauksia sairastavien sitoutumista, kuten reumaattikkonuorten (Kyngäs 2002), astmaattikkonuorten (Kyngäs ym. 2000), ylipainoisten ja lihaviin nuorten (Luukkanen ym. 2013) sekä aikuispotilaiden, kuten glaukoomapotilaiden (Lunnela 2011), ylipainoisten (Ylimäki ym. 2014), COPD-potilaiden (Kyngäs ym. 2017) ja astmaattikkosten (Yamada ym. 2009) hoitoon sitoutumista. Lisäksi ACDI-kyselylomakkeella on tutkittu aikuispotilaiden sitoutumista varfariini-lääkitykseen (Kääriäinen ym. 2012). Mittaria on käytetty myös tutkittaessa sitoutumista suun terveyteen (Torvinen 2014).

Nyt toteutettua tutkimusta varten mittaria hieman muokattiin. Mittariin lisättiin enemmän suun terveystottumuksia koskevia taustakysymyksiä, minkä lisäksi hoitoon sitoutumiseen vaikuttaviin väittämiin lisättiin suun terveyttä koskevia väittämiä. Taustakysymyksissä (kysymykset 1-28) tiedusteltiin muun muassa vastaajien ikää, koulutusta, ammattia, tupakointitottumuksia sekä heidän omaa ja heidän 3-vuotiaan lapsensa suun terveyttä koskevia käyttäytymistottumuksia kuten päivittäisten aterioiden ja nautittujen juomien määrää, hampaiden puhdistustottumuksia ja fluoritahnan käyttöä.

Mittarin loppuosa (kysymykset 29-51) koostui väittämistä (esimerkiksi ”Voin itse vaikuttaa lapseni suun terveyden tilaan”), joihin vastattiin neliportaisella Likert-asteikolla ”täysin eri mieltä”, ”osittain eri mieltä”, ”osittain samaa mieltä” ja ”täysin samaa mieltä”. Osa väittämistä mittasi hoitoon sitoutumiseen yhteydessä olevia tekijöitä, joita olivat vastaajien motivaatio suun omahoitoa kohtaan, vastaajien vastuullisuuden kokemukset, vastaajien kokemukset suun omahoidosta osana normaalia arkea sekä puolison ja hammaslääkärin tuki suun omahoidon toteuttamisessa.

Mittari käännettiin ensin suomesta bulgariaksi, sitten eri kääntäjän toimesta bulgariasta suomeksi. Molempien käännösten tekijät olivat henkilöitä, jotka osaavat sekä suomea että bulgariaa, mutta he eivät olleet ammattikäntäjiä. Mittareiden suomenkielisiä versioita verrattiin toisiinsa. Ne havaittiin toistensa kaltaisiksi, joten muutoksia bulgariankieliseen mittariin ei tarvinnut tehdä.

Bulgariaksi käännettyä mittaria testattiin Espoossa toimivassa Bulgarian Sunday Schoolissa. Kyseinen koulu toimii Suomessa asuvien bulgarialaistaustaisten lasten ja nuorten oman kielen ja kulttuurin vahvistamiseksi. Koulu kokoontuu joka sunnuntai tarjoten aktiviteetteja eri-ikäisille lapsille ja heidän vanhemmilleen. Kyselylomakkeet jaettiin koulun rehtorille, joka jakoi lomakkeet edelleen vanhemmille. Lomakkeen mukana oli saatekirje, joka kertoi kyselyn tavoitteista ja testiluonteesta. Vanhemmat palauttivat lomakkeet rehtorille, joka toimitti lomakkeet edelleen tutkimuksen tekijälle. Vanhemmilla oli myös mahdollisuus halutessaan kommentoida lomaketta: oliko siinä jotain turhaa tai puuttuiko siitä jotain olennaista. Lomakkeita palautui kahdeksan. Vastausten perusteella lomake oli selkeästi ymmärrettävä, eikä siihen tarvinnut tehdä muutoksia.

Seuraavaksi lomaketta arvioivat bulgarialaiset asiantuntijat, joita olivat lasten nukutus-hammashoitoja tekevä anestesialääkäri, kaksi hammaslääkärinä sekä paikallisen yliopiston kasvatustieteellisen tiedekunnan lehtori. Joitakin kysymyksiä muutettiin sanamuodoiltaan paremmin lähestyttäväksi, mutta varsinaisesti lomaketta ei tarvinnut muuttaa.

4.2 Aineiston keruu

Tutkimussuunnitelma ja kyselylomake toimitettiin kaupungin pormestarin toimistolle tutkimusluvan haun yhteydessä. Kaupungin pormestarin toimisto antoi tutkimuksen teolle luvan. Tutkimusta suunniteltaessa mietittiin, miten lasten vanhemmat parhaiten tavoitettaisiin, ja päädyttiin jakamaan lomakkeet päiväkotien kautta, sillä iso osa tutkimuskaupungin lapsista on päivähoidossa (Rusen kaupunki 2014). Lomakkeet jaettiin päiväkotien rehtoreille tai opettajille, jotka jakoivat lomakkeet edelleen 3-vuotiaiden lasten ryhmien vanhemmille. Lomakkeen mukana oli saatekirje (Liite 1), joka kertoi tutkimuksen tavoitteista, tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuudesta ja vastaami-

sen tapahtuvan anonymisti. Saatekirjeessä kerrottiin, että tutkimukseen osallistuminen ei mitenkään vaikuta lapsen päivähoitoon tai hammashoitoon. Saatekirjeessä mainittiin myös, että kaikkien tutkimukseen osallistuvien kesken arvotaan kuusi (6) kappaletta sähköhammasharjoja: kolme lasten Oral-B sähköhammasharjaa sekä kolme aikuisten Oral-B Vitality-sähköhammasharjaa. Oral B ei osallistunut tutkimukseen, vaan tutkimuksen tekijä hankki sähköhammasharjat omakustanteisesti.

Kyselylomakkeen täyttämiseksi annettiin aikaa viikko, ja halutessaan osallistua tutkimukseen vanhemmat palauttivat lomakkeen sen mukana tullessa kirjekuoressa lapsensa päiväkotiryhmän opettajalle, jolta tutkija määräajan umpeuduttua haki palautuneet lomakkeet.

Tutkimusjoukoksi valittiin kaupungin kaikki kolmevuotiaat ja heidän vanhempansa, sillä ei ollut varmuutta siitä, kuinka iso osa vanhemmista haluaisi osallistua tutkimukseen. Kokonaisotannalla (Metsämuuronen 2011, Polit & Beck 2012, Valli 2015) haluttiin varmistua siitä, että saadaan tarpeeksi vastauksia tilastollisia analyysejä varten. Lomakkeita jaettiin 1055 kappaletta, ja niitä palautui 806 kappaletta. Vastausprosentti oli 76 %. Osa lomakkeista hylättiin, sillä ne olivat tyhjiä tai puutteellisesti täytettyjä. Puutteellisesti täytetyksi lomake katsottiin, jos jommankumman osion (taustakysymykset 1-28, tai hoitoon sitoutumista mittaavat väittämät 29-51) vastauksista puuttui enemmän kuin puolet. Hylättyjä lomakkeita oli 62 kappaletta. Näin ollen hyväksytyjä lomakkeita oli 744, ja lopullinen vastausprosentti oli 71 %.

4.3 Aineiston analyysi

Kyselylomakkeet syötettiin IBM Statistics SPSS for Windows (ver 24) ohjelmaan. Aineistoa tarkasteltiin laskemalla frekvenssejä ja piirtämällä kuvioita (histogrammeja, lehtikuvioita). Havaitut lyöntivirheet korjattiin oikeiksi. Puuttuvia arvoja korvattiin muuttujan keskiarvoilla, tai etsimällä aineistosta verrokkeja (Metsämuuronen 2011, Valli 2015).

Analyysiä varten taustamuuttujasta ”ikä” muodostettiin kolmiluokkainen muuttuja. Kielteisesti latautuneet väittämät (nro 37 ”en jaks”, nro 38 ”hoito ei sovi elämäntilanteeseen”, nro 39 ”ei motivaatiota”, nro 41 ”ei luonnollinen osa päiväohjelmaa” ja nro 42 ”rajoittaa päiväohjelmaa”) käännettiin myönteiseksi (Metsämuuronen 2003, Valli 2015). Analyysissä osa muuttujista käsiteltiin yksittäisinä muuttujina, osasta muodostettiin summamuuttujia (taulukko 1).

Taulukko 1. Tutkimuksessa käytetyt summamuuttujat ja niiden Cronbachin alpha-arvot.

Summamuuttuja	Muuttujien määrä	Cronbach alpha
Hoitoon sitoutuminen	14	0.816
Vastuullisuus	4	0.797
Motivaatio	4	0.771
Normaaliuden tunne	4	0.668
Tuki puolisolta	2	0.059
Tuki hammaslääkäriltä	3	0.840

Hoitoon sitoutumisen summamuuttuja muodostettiin summamuuttujista ”vastuullisuus”, ”motivaatio” ja ”normaaliuden tunne” sekä kahdesta yksittäisestä väittämästä. Summamuuttujat ja yksittäiset väittämät luokiteltiin kaksiluokkaisiksi: vastaaja katsottiin olevan hyvin hoitoon sitoutunut, jos hän vastasi ”täysin samaa mieltä” tai ”osittain samaa mieltä”. Mikäli vastaaja vastasi ”täysin eri mieltä” tai ”osittain eri mieltä”, oli hän huonosti hoitoon sitoutunut.

Muuttujien välisiä yhteyksiä tarkasteltiin ristiintaulukoinnin ja Khiin neliö-testillä. Ristiintaulukointi on hyvä menetelmä, kun halutaan tutkia kahden tai useamman muuttujan välisiä yhteyksiä, ja kyseessä on luokitteluasteikolliset muuttujat. (Metsämuuronen 2011, Valli 2015.) Alustavien analyysien perusteella kävi ilmeiseksi, että tämän tutkimuksen aineisto on melko vino. Niinpä tilastollisia merkitsevyyksiä testattiin Khiin neliö-testin lisäksi myös Mann-Whiteneyn U-testillä sekä Kruskal-Wallis testillä. Kaksi viimeksi mainittua eivät aseta vaatimuksia aineiston muodolle, vaan soveltuvat myös vinojen aineistojen testaamiseen. (Metsämuuronen 2011, Valli 2015.) Tässä tutkimuk-

nessa tilastollisesti merkitsevänä pidettiin arvoa $p=0.05$ (Metsämuuronen 2011, Valli 2015).

5 TUTKIMUSTULOKSET

5.1 Taustatiedot

Kyselytutkimukseen osallistui 744 vastaajaa. Äitejä vastaajista oli 84,5 % ja isä 12 %. Vastaajien keski-ikä oli 34 vuotta (vaihteluväli 20-62). Vajaalla kahdella kolmasosaa vastaajista oli korkeakoulututkinto. Työelämässä vastaajista oli 76,5 %, työttömänä oli 8 % ja kotiäitinä 14 % vastaajista (Taulukko 2).

Taulukko 2. Tutkimukseen osallistuneiden taustatiedot (n=744).

Taustamuuttuja	Muuttujan arvo	n	%
Sukulaisuus	Äiti	628	84,5
	Isä	90	12
	Isoäiti	20	3
	Muu	6	0,5
Ikä	20-29 vuotta	170	23
	30-39 vuotta	459	62
	yli 40 vuotta	115	15
Koulutus	Peruskoulu	15	2
	Lukio	122	16
	Ammatillinen perustutkinto	174	24
	Korkeakoulututkinto	433	58
Elämäntilanne	Työssä	568	76,5
	Työtön	61	8
	Opiskelija	9	1
	Eläkeläinen	3	0,5
	Kotiäiti	103	14
Toimiala	Kaupallinen ala	116	16
	Teollisuus	100	13
	Palveluala	86	12
	Terveys- ja sosiaaliala	74	10
	Koulutusala	44	6
	Insinööri (tekniikan ala)	23	3
	Rakentaminen	19	3
	Juridiikka	16	2
	Valtion- tai kunnanhallinto	15	2
	Pankki-, rahoitus- tai vakuutusala	16	2
	Maa- tai metsätalous	13	2
	Kulttuuri	12	2

5.2 Suun omahoito

Hampaansa ilmoitti harjaavansa vähintään kahdesti päivässä 76 %, äideistä 77 %, isistä 67 % ja isoäideistä 80 %. Sukulaisuudella oli tilastollisesti merkitsevä ero ($p=0.016$), äidit harjasivat hampaat isiä useammin. Koulutuksella ($p=0.343$) ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa hampaiden harjauksessa.

Vastaajista 58 % ($n=433$) arvioi harjaavansa lapsen hampaat vähintään kahdesti päivässä, ja 37 % ($n=274$) kerran päivässä. Vastaajista 62 % ($n=462$) auttoi lasta hampaiden harjauksessa aina ja 28 % ($n=206$) toisinaan. 10 % ($n=76$) vastaajista ei auta lasta lainkaan hampaiden harjauksessa. Taulukossa 3 kuvataan niitä tekijöitä, miksi lasta ei auteta hampaiden harjauksessa. Koulutuksella oli tilastollisesti merkitsevä yhteys ($p=0.013$) vanhempien apuun lasten hampaiden harjauksessa. Korkeasti koulutetut vanhemmat auttoivat lastaan useammin hampaiden harjauksessa kuin ei-koulutetut.

Taulukko 3. Tekijöitä, miksi lasta ei auteta hampaiden harjauksessa ($n=744$).

Taustamuuttuja	n	%
Autamme aina hampaiden harjauksessa.	462	62
Lapsi on tarpeeksi taitava.	69	9
Lapsen on opittava huolehtimaan itsestään.	109	15
Lapsi haluaa itse pestä.	13	2
Ei ole aikaa auttaa.	2	0.2
Seuraamme vierestä hampaiden hyvää puhdistusta.	1	0.2
Lapsi on itsenäinen.	1	0.2
Harjaus on meille vielä leikkiä.	1	0.2
Jos on kiire, autan.	1	0.2
Muu syy (syytä ei eritelty vastauksissa).	85	11

Hammasvälejä vastaajista puhdisti vähintään kerran päivässä 48 % ($n=254$), ei joka päivä 29 % ($n=219$) ja hyvin harvoin 23 % ($n=168$). Äideistä hammasvälejä puhdisti vähintään kerran päivässä 46 % ja isistä 55 %. Tämä ero ei ollut tilastollisesti merkitsevä ($p=0.171$). Myöskään koulutus ($p=0.154$) ei ollut tilastollisesti merkitsevä tekijä hammasvälien puhdistuksessa.

60 % vastaajista (n=441) on hammastahnaa ostettaessa kiinnostunut siitä, sisältääkö tahna fluoria. 18 % (n=137) ilmoitti, ettei heitä kiinnosta sisältääkö tahna fluoria ja toiset 18 % (n=138) oli toisinaan kiinnostunut tahnan fluorisisällöstä. 4 % vastaajista (n=28) ei tiennyt mitä fluoritahna on. Avoimeen kysymykseen, jossa oli mahdollista kertoa, miksi ei käytä fluoritahnaa, vastasi 32 % huoltajista (n=236). Taulukossa 4 on yleisimpiä syitä fluorin käyttöön liittyen.

Vastaajista 28 % (n=208) oli kiinnostunut siitä, sisältävätkö purkat tai pastillit ksylitolia. 42 % (n=312) ei ollut kiinnostuneita ksylitolista, tai he eivät käyttäneet purukumia tai pastilleja. Pastillien ja purukumien ksylitolipitoisuudet kiinnostivat toisinaan 15 %:a (n=112) vastaajista. 15 % vastaajista (n=108) ilmoitti, ettei tiedä mitä ksylitoli on.

5.3 Ruokailutottumukset

Vastaajista ja heidän lapsistaan suurin osa söi suositusten mukaisesti 4-6 kertaa päivässä. Enemmistö aikuisista (89%) että lapsista (85 %) joi sokeroituja juomia päivittäin. (Taulukko 5).

Vastaajista 7 % (n=48) ilmoitti, että heidän lapsensa tai huollettavansa juo tuttipullosta. Koulutusasteella oli tilastollisesti merkitsevä ero tuttipullosta juomisen suhteen ($p=0.023$). Heistä, joiden lapsi joi tuttipullosta, 20 % oli peruskoulututkinto, 10 % oli valmistunut lukiosta ja 6 % ammattikoulusta. Yliopistotutkinto oli 5 % niistä vanhemmista joiden lapsi joi tuttipullosta. Tuttipullosta juovista lapsista 4 % joi tuttipullosta joka päivä, 2 % muutaman kerran viikossa ja 1 % harvakseltaan.

Taulukko 4. Syitä fluorihammastahnan käytölle tai käyttämättömyydelle (n=236).

Taustamuuttuja	n	%
Käytämme, vahvistaa kiillettä.	15	5
Haitallinen.	38	16
Myrkkyy.	8	3
Ei ole hyödyllinen.	10	4
Fluori ei ole suositeltavaa.	2	1
Kun menee aikaa, tulee keltaisia laikkuja hampaisiin, jos nielaisee fluoria.	3	1
Syy hampaiden kiilteen tuhoutumiseen.	4	2
Olen varmempi haitoista kuin hyödyistä.	2	1
Jos käytät fluoria, tulee oireita niveliin.	1	0,5
Fluori on vaarallista luustolle.	1	0,5
Käytössä luonnontahna/vegaanitahna.	8	3
Maku oksettaa/tahna polttelee suussa.	3	1
Lapsella allergia ja en luota tuoteselosteisiin, joten käytän yhtä ja samaa tahnaa, missä ei ole fluoria.	1	0,5
Lapsi nielaisee tai syö tahnaa.	21	9
Hammaslääkäri/pediatri suositteli.	7	3
Lapsille pitää olla tahna ilman fluoria.	21	9
Minulle suositeltiin käytettäväksi 0-4- vuotiaiden tahnaa.	12	5
Käytän vain lastentahnoja, tähän asti ilman fluoria.	3	1
Lapsi on vielä pieni.	5	2
Vuorottelen fluoritahnaa ja ilman, 3-vuoden jälkeen täysin fluoritahnaa.	3	1
Lasten oma valinta.	6	3
En tiennyt, että fluoritahnoja on olemassa.	31	13
En ole kiinnittänyt huomiota tahnan laatuun.	6	3
Minulta puuttuu tietoa tahnoista.	1	0,5
Lapsi ei vielä käytä hammastahnaa.	1	0,5
Annan fluoritabletteja tai muulla tavalla fluoria.	3	1
Riippuu juomavedestä.	3	1
Muu syy.	23	11,5

Taulukko 5. Tutkimukseen osallistuneiden ateriointikerrat (n=744).

Ateriointikerrat	n	%
Aikuisten ruokailut		
1-2 kertaa päivässä	137	19
3 kertaa päivässä	307	41
4 kertaa päivässä	202	27
5 kertaa päivässä	83	11
6 kertaa tai useammin päivässä	15	2
Sokerijuomien juonti aikuiset		
Ei lainkaan	86	11
1-2 kertaa päivässä	458	62
3 kertaa tai useammin päivässä	200	27
Lasten ruokailukerrat		
1-2 kertaa päivässä	6	1
3 kertaa päivässä	50	6
4 kertaa päivässä	305	41
5 kertaa päivässä	326	44
6 kertaa tai useammin päivässä	57	8
Sokerijuomien juonti lapset		
Ei lainkaan	95	13
1-2 kertaa päivässä	484	65
3 kertaa tai useammin	153	20
Ei joka päivä	12	2

5.4 Hammashoito

Vastaajista 36 % (n=232) käy hammashoidossa tai tarkastuksissa säännöllisesti. 37 % (n=274) käy hoidossa, kun on havaittavissa särkyä tai muuta vaivaa ja 17 % (n=124) kun epäilevät hampaassa olevan reikä. 2 % (n=13) ei käy lainkaan hammashoidossa. Syiksi miksi ei käydä hammashoidossa säännöllisesti, vastaajat ilmoittivat etteivät koe tarvetta (11 %, n=80), ei ole varaa hammashoittoon (18 %, n=135), hammashoitopelon (14 %, n=106), epäluottamuksen hammaslääkäreihin (2 %, n=15) sekä sen, ettei ole aikaa käydä hammaslääkärissä (3%, n=20).

Lasten hammashoidon osalta 32 % vastaajista (n=237) ilmoitti, että lapsi käy säännöllisesti hammashoidossa tai tarkastuksissa. 11 % lapsista (n=79) käy hammashoidossa, jos lapsella on hampaistossa särkyä tai muuta vaivaa. 33 % vastaajista (n=246) vie lapsen

hammaslääkäriin, jos he epäilevät hampaassa olevan reiän. 17 % ilmoitti, ettei vie lasta hammashoittoon. Taulukossa 6 on vastaajien ilmoittamia syitä sille, miksi lapsi ei käy säännöllisesti hammashoidossa.

Taulukko 6. Syyt ei- säännölliselle lapsen hammashoidolle (n=744).

Syyt	n	%
En koe tarvetta.	144	19
Lapsi pelkää.	79	11
Ei ole varaa.	33	4
Lapsi on vielä pieni.	15	2
Suunnitteleminen käyntiä lähitulevaisuudessa.	15	2
Kun lapsi on neljävuotias tai vanhempi.	4	0,5
En luota hammaslääkäreihin.	4	0,5
Ei ole aikaa käydä hammaslääkärissä.	7	1
Tarvittaessa vien/lapsi ei ole valittanut/ei ole ollut ongelmia.	15	2
Lapsella ei ole vielä ollut pilaantuneita hampaita.	1	0,2
Ajattelen, ettei ole tarvetta, jos on vielä maitohampaita suussa.	1	0,2
Lapsi on käynyt kerran tarkastuksessa ja ajattelen että kaikki on hyvin.	1	0,2
Haluan hyvän specialistin.	3	0,5
En usko, että hammaslääkärit osaavat rauhoittaa lasta tai selittää mitä tehdään.	2	0,5
Vaikea suostutella lasta hammaslääkäriin sisälle.	1	0,2
Yritän antaa terveellistä ruokaa, ettei hampaat mene pilalle.	1	0,2
Muu syy (vastauksissa ei eritelty syytä).	181	24
Käymme säännöllisesti hammaslääkärissä.	237	32

Vastaajista 10 % oli sitä mieltä, että lapsen ensimmäinen hammaslääkärikäynti olisi hyvä olla vuoden ikäisenä. 23 % vastaajista kannatti kahden vuoden ikää, 33 % kolmen vuoden ikää ja 18 % vastaajista veisi lapsen hammashoittoon ensimmäisen kerran, kun lapsi on täyttänyt neljä. Viisi-kuusivuotiaana lapsen veisi hammashoittoon 9 % vastaajista.

Vastaajista 53 % (n=393) ilmoitti, ettei heillä ole suun sairauksia. 33 % (n= 242) ilmoitti, että heillä on tai on joskus ollut kariesta. 3 %:lla (n= 20) on tai on joskus ollut ientulehdusta ja 8 %:lla (n=59) parodontiittia. 4 %:lla on todettu muita suun alueen sairauksia. Vastaajista 90 % ilmoitti, ettei heidän huollettavillaan ole todettu suun alueen sairauksia ja 9 % lapsista on todettu kariesta.

Vastaajista 57 % ei tupakoi lainkaan (n=420). 12 % vastaajista tupakoi harvoin (n=89). Säännöllisesti tupakoivia oli 31 % vastaajista (n=226). Äideistä 31 % tupakoi säännöllisesti, isistä 32 %. Sukupuolten välillä ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa (p=0.973) tupakoinnin suhteen. Tietoa suun sairauksista ja suun hoidosta saatiin eniten hammaslääkäreiltä. 50 %:lle hammaslääkäri on tärkein tietolähde. Muita tärkeitä tietolähteitä olivat hammaslääkäri ja internet (16 %), internet (7 %), televisio (2 %) sekä yhdistelmä hammaslääkäri, televisio ja internet (2 %).

5.5 Suun omahoitoon sitoutuminen ja suun hoitoa koskevat uskomukset

Tutkimukseen osallistuneet olivat hyvin sitoutuneita suun omahoitoon, sillä vastaajista 86 % oli hoitoon sitoutuneita. Sitoutumiseen ei vaikuttanut tilastollisesti merkitsevästi vastaajien ikä (p=0.396) tai koulutus (p=0.331). Sitoutumista lisäsi tuki hammaslääkäriltä (p=0.001) ja puolisolta (p=0.000).

Vastaajista 93 % oli motivoituneita suun terveyden hoitoon. Sukulaisuudella (p=0.412), iällä (p=0.922) tai elämäntilanteella (oliko vastaaja töissä, työtön tai eläkkeellä) (p=0.133) ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa vastaajien motivaatioon suun terveydenhoitoa kohtaan. Koulutus (p=0.021) vaikutti vastaajien motivaatioon huolehtia suun terveydestä. Korkeammin koulutetut vastaajat olivat motivoituneempia kuin vähemmän koulutetut. Myös hammaslääkärin (p=0.000) ja puolison (p=0.006) tuki lisäsi vastaajien motivaatiota suun omahoitoa kohtaan

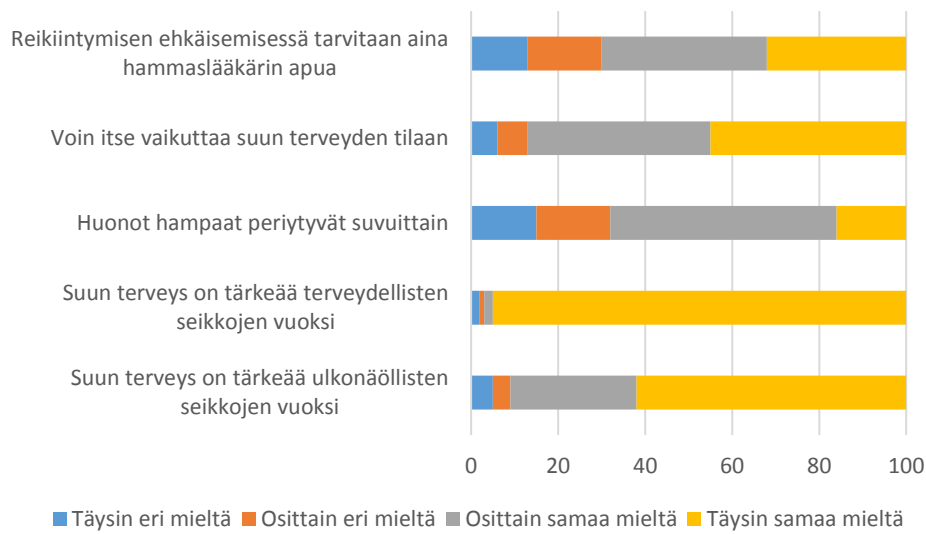
Aktiivisuus ja vastuullisuus ilmenivät ohjeiden noudattamisella sovitusti: 91 % vastaajista ilmoitti toimivansa annettujen ohjeiden mukaisesti. He jaksoivat myös hoitaa itseään ja lastaan hyvin (89% täysin samaa mieltä, 6 % osittain samaa mieltä), ja kokivat

olevansa vastuussa omasta ja lastensa suun terveydestä (90 % täysin samaa mieltä, 7 % osittain samaa mieltä). Vastuullisuuden kokemukseen ei vaikuttanut tilastollisesti merkitsevästi vastaajien sukulaisuus ($p=0.938$), koulutus ($p=0.700$), elämäntilanne ($p=0.504$) tai ikä ($p=0.278$). Puolison tuki vaikutti vastuullisuuden kokemukseen ($p=0.000$). Puolisoltaan tukea saaneet noudattivat useammin saamiaan ohjeita ja jaksoivat hoitaa itseään ja lastaan. Myös hammaslääkäriltä tukea saaneet olivat vastuullisempia suun omahoidon suhteen ($p=0.003$).

Normaaliuden tunteella tarkoitettiin tässä tutkimuksessa sitä, että lapsen suun omahoidon toteuttaminen kuului osana normaalia arkirutiinia vastaajien elämään. Sen koettiin mahdollistavan terveenä pysymisen (88 % vastaajista oli samaa mieltä, 8 % osittain samaa mieltä), olevan luonnollinen osa päiväohjelmaa (83 % täysin samaa mieltä, 5 % osittain samaa mieltä) sekä tuottavan hyvää oloa vastaajalle (85 % täysin samaa mieltä, 7 % osittain samaa mieltä) ja lapselle (85 % täysin samaa mieltä, 10 % osittain samaa mieltä). Normaaliuden tunteeseen ei vaikuttanut tilastollisesti merkitsevästi ikä ($p=0.517$), sukulaisuus ($p=0.366$), elämäntilanne ($p=0.825$) tai koulutus ($p=0.125$). Puolison tuki ($p=0.000$) ja tuki hammaslääkäriltä ($p=0.001$) lisäsivät normaaliuden tunnetta.

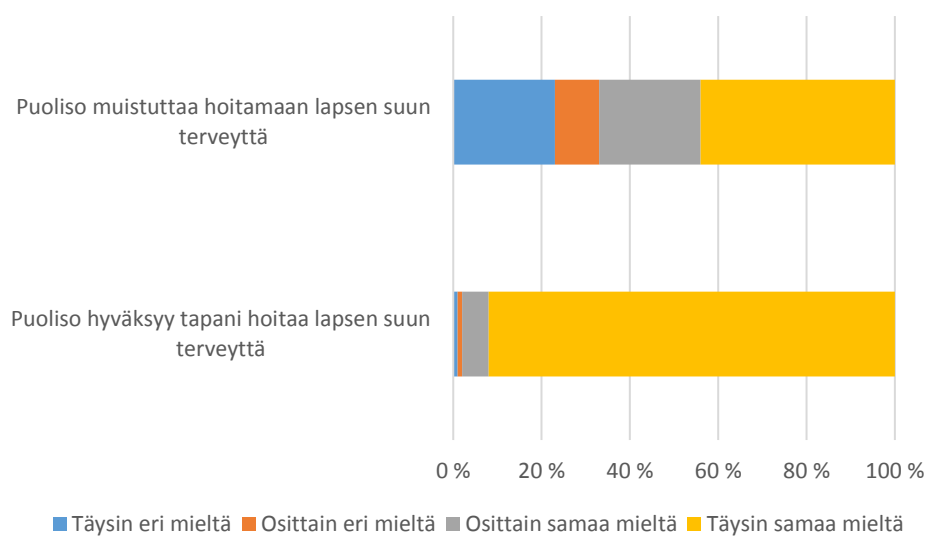
Tutkimukseen osallistuneet pitivät suun terveyttä tärkeänä ulkonäön ja terveydellisten syiden vuoksi. 62 % vastaajista oli täysin samaa mieltä ja 29 % osittain samaa mieltä väitteen ”Suun terveys on tärkeää ulkonäöllisten seikkojen vuoksi” kanssa. Vielä enemmän arvostettiin terveyttä: 95 % vastaajista oli täysin samaa mieltä väitteen ” Suun terveys on tärkeää terveydellisten seikkojen vuoksi”. Enemmistö bulgarialaisista vanhemmista uskoo, että suun sairaudet ovat sukuvika: täysin samaa mieltä oli 16 % vastaajista, osittain samaa mieltä 52 % vastaajista. Enemmistö kokee kuitenkin voivansa vaikuttaa omalla toiminnallaan sairauden muodostumiseen ja etenemiseen: 45 % oli täysin samaa mieltä ja 42 % osittain samaa mieltä. Toisaalta, hieman ristiriitaisesti, sairauden kanssa selviämiseksi tarvitaan hammaslääkärin apua aina: 32 % oli tästä samaa mieltä, 39 % osittain samaa mieltä, 17 % osittain eri mieltä ja 13 % täysin eri mieltä. (Kuvio 1.)

Kuvio 1. Suun hoitoa koskevat uskomukset (n=744).

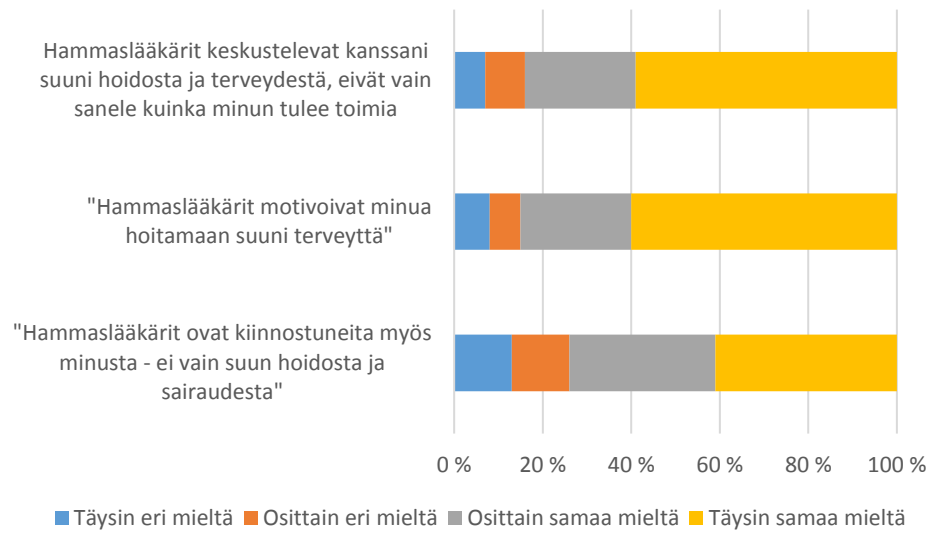


Vastaajat kokivat, että puolison tuella oli merkitystä lapsen suun terveydenhoidossa (Kuvio 2). Hammaslääkärin koettiin tukevan suun terveydenhoidossa motivoimalla vastaajia huolehtimaan terveydestään paremmin. Lisäksi enemmistö vastaajista koki, että hammaslääkäri pyrki keskustelemaan heidän kanssaan hoitotilanteessa, ei vain sanelemaan kuinka vastaajien tulisi jatkossa käyttäytyä (Kuvio 3).

Kuvio 2. Puolison tuki suun terveydenhoidossa.



Kuvio 3. Hammaslääkärin tuki suun terveydenhoidossa.



6 POHDINTA

6.1 Tutkimustulosten pohdintaa

Hyvä suun terveys on jokaisen oikeus ja olennainen osa kokonaisvaltaista hyvinvointia. Tämän tutkimuksen mukaan bulgarialaisten vanhempien enemmistö (86 %) on sitoutunut hyvin suun omahoitoon. Vanhemmat pitävät tervettä suuta tärkeänä niin terveydellisten kuin ulkonäöllisten seikkojen vuoksi. Mielenkiintoista ja ristiriitaistakin on se, että vaikka vanhemmat arvioivat hoitoon sitoutumisensa hyväksi, on heidän suun hoitoa koskevissa uskomuksissaan ja totumuksissaan parantamisen varaa.

Vaikka Bulgariassa suun terveystarkastukset ja neljä vuosittaista toimenpidettä on alle 18-vuotiaille lapsille ja nuorille ilmaista (Dimova ym. 2012), tämän tutkimuksen mukaan enemmistö vastaajista ja heidän lapsistaan ei käy säännöllisesti hammaslääkärissä suun terveystarkastuksissa. Viidesosa vanhemmista koki, ettei lapsen suun terveystarkastuksille ole lainkaan tarvetta, ja he hakeutuivat hammaslääkəriin lähinnä, mikäli omassa tai lapsen suussa ilmenee särkyä tai muuta vaivaa. Muirhead ym. (2013) havaitsivat vähävaraisia kanadalaisvanhempia koskevassa tutkimuksessaan samanlaisia käyttäytymismalleja. Kanadalaisvanhemmat luottivat omiin kykyihinsä tunnistaa ja hoitaa suun alueen ongelmia, ja veivät lapsia hammashoittoon vasta, kun lapsi selkeästi valitti hammasvaivoja (Muirhead ym. 2013). Myös Euroopassa yleisin syy olla käymättä hammaslääkärissä on se, ettei suun terveystarkastuksia koeta tarpeellisiksi (Listl ym. 2014). Tarkastusten kokemista tarpeettomiksi voi selittää se, että isotkaan kariekset eivät välttämättä oireile (Selwitz ym. 2007, Pitts & Zero 2017). Aikaisempien tutkimusten mukaan (Kynge ym. 2000, Harris ym. 2017) taudin koettu vakavuus ja mahdolliset tulevat komplikaatiot vaikuttavat hoitoon sitoutumiseen. Niinpä, jos suun alueella ei ole vaivoja, ei välttämättä koeta tarpeelliseksi käydä hammaslääkärissä.

Toisaalta tämän tutkimuksen kolmevuotiaiden lasten osalta säännöllisessä hammashoidossa käymättömyyttä voi selittää se, että hieman yli puolet tutkimukseen osallistuneista vanhemmista ajatteli lapsen parhaaksi iäksi ensimmäisellä hammashoitokäynnillä olevan kolme-neljä vuotta. Vanhemmat kokivat, että aivan pieni lapsi ei ymmärrä mitä

hammashoitolassa tehdään, saattaa pelätä hoitoa eikä hammashoitoloiden henkilökunta välttämättä osaa kohdata pientä lasta hoidon aikana. Bulgarialaisten vanhempien kanssa tulisi keskustella ennaltaehkäisevän hammashoidon ja säännöllisten suun terveystarkastusten merkityksestä. Myös aivan pienten lasten tulisi käydä suun terveystarkastuksissa noin vuoden ikäisestä lähtien (ADA 2017, Käypä hoito 2014). Näin pieni lapsi oppii mitä hammashoitolassa tapahtuu, ja vanhemmat saavat ajantasaista tietoa lapsen suun terveydestä. Toisaalta hoitokäynti on myös hyvä tilaisuus keskustella vanhempien kanssa suun infektiosairauksien etiologiasta, sekä suun terveyttä tukevista puhdistus- ja ruokailutottumuksista. Lisäksi henkilöillä, jotka käyvät säännöllisesti hammaslääkärissä, on parempi suun terveyden tilanne kuin heillä, jotka eivät käy säännöllisesti hammas-hoidossa (Thomson ym. 2010).

Verrattuna aikaisempiin tutkimuksiin (Damyanov ym. 2012, WHO 2012a), tähän tutkimukseen osallistuneet bulgarialaiset vanhemmat raportoivat vähän diagnosoituja suun alueen sairauksia itsellään tai lapsellaan. Saattaa olla, että vanhempia nolotti kertoa omista tai lapsensa suun sairauksista, vaikka tutkimukseen sai vastata nimettömästi. Suun infektiosairaudet ovat hyvin pitkälti elämäntapasairauksia, ja potilaat saattavat kokea suuriakin häpeän tunteita huonosta suun terveydestään. (Harris ym. 2017.) Toisaalta vähemmistö tähän tutkimukseen osallistuneiden lapsista oli käynyt hammaslääkärissä tarkastuksessa. Jos tarkastuksissa ei käydä, ei saada suun terveyttä koskevaa informaatiotakaan (Kay ym. 2016), eikä olla tietoisia mahdollisista suun alueen sairauksista.

Tämän tutkimuksen mukaan bulgarialaiset naiset huolehtivat suunsa hoidosta paremmin kuin miehet. Myös Damyanov ym. (2012) raportoivat, että bulgarialaiset naiset (71 %) harjaavat miehiä (45 %) useammin hampaansa vähintään kahdesti päivässä. Sukupuolten väliset erot näkyvät jo varhain, sillä WHO:n kouluterveyskyselyn mukaan bulgarialaisista 11-15 vuotiaista tytöistä 75-79 % harjaa hampaansa vähintään kahdesti päivässä, saman ikäisistä pojista vain 56-61 % ilmoitti harjaavansa hampaansa vähintään kahdesti päivässä (Inchley ym. 2016).

Vähän yli puolet vanhemmista ilmoitti, että heidän lastensa hampaat harjattiin vähintään kahdesti päivässä. Lasten hampaita harjattiin kuitenkin harvemmin kuin vanhempien omia hampaita. Tämä tulos saattaa kuvastaa sitä, että vanhemmilla ei ole arjen kiireiden keskellä aikaa ja voimia taistella lasten kanssa hampaiden harjauksesta. Silti olisi tärkeää harjata hampaat kahdesti päivässä jo pienestä lähtien, jolloin siitä tulisi luonteva tapa ja osa päiväohjelmaa (Jones ym. 2005, Käypä hoito 2014). Pienten lasten hampaiden harjausta tulisi valvoa, ja tarvittaessa auttaa lasta puhdistamaan hankalasti saavutettavat kohdat. Britanniassa kansalliset ohjeet suosittavat, että lasta autetaan noin seitsemän vuoden ikäiseksi (NHS 2015), Suomessa Käypä hoito-suositukset kehottavat valvomaan puhdistusta yläkouluikäiseksi asti (Käypä hoito 2014.) Tässä tutkimuksessa kaksi kolmasosaa bulgarialaisista vanhemmista ilmoitti auttavansa lasta harjauksessa, mutta vajaan puolet vanhemmista ei auta lasta ollenkaan tai auttaa harjauksessa vain toisinaan. Syiksi olla auttamatta vanhemmat ilmoittivat, että lapsi on jo tarpeeksi taitava, hänen on opittava itsenäiseksi, tai lapsi itse haluaa olla itsenäinen. Samanlaisia tuloksia on havaittu aikaisemmassa tutkimuksessa: Gill ym. (2011) havaitsivat, että brittiläiset vanhemmat saattoivat vain kehottaa pieniä lapsiaan harjaamaan hampaat mutta eivät valvoneet, että hampaat tulivat oikeasti puhdistetuiksi.

Ksylimitolin säännöllisen käytön on osoitettu tukevan suun terveyttä, sillä se vähentää suussa olevien *Streptococcus mutans*-bakteerien määrää ja heikentää niiden aineenvaihduntaa. (Söderling ym. 2000, Keskinen & Sirviö 2009a.) Enemmistö tähän tutkimukseen osallistuneista bulgarialaisista vanhemmista ei kuitenkaan ollut kiinnostunut ksylimitolituotteista. Vajaa viidesosa vanhemmista ei tiennyt, mitä ksylimitoli on. Tämä kuvastanee sitä, että ksylimitolituotteet ja niiden käyttö ei ole tuttua bulgarialaisvanhemmille.

Bulgariaalaisten vanhempien suhtautuminen fluorihammastahnaan on ristiriitaista. Tässä tutkimuksessa neljä prosenttia vanhemmista ei tiennyt, mitä fluorihammastahna on. Toisaalta noin vajaan puolet vanhemmista ei ollut kiinnostanut tai heitä kiinnosti vain toisinaan se, sisältääkö lasten käyttämä hammastahna fluoria. Noin kaksi kolmasosaa vanhemmista oli kiinnostunut lasten hammastahnan fluoripitoisuudesta, mutta osa vanhemmista halusi nimenomaan tahnan ilman fluoria. Syiksi vältellä fluoritahnaa mainittiin se, että fluori on myrkky, joka kerääntyy elimistöön. Sen kerrottiin olevan osallinen

osteoporoosin syntyyn sekä lihas- ja nivelvaivoihin. Lisäksi fluorin katsottiin tuhoavan lasten hampaat.

Bulgarialaisten vanhempien hämmennys fluoritahnojen suhteen on ehkä ymmärrettävää, sillä Bulgarian terveysministeriön suun terveyttä koskevilla sivuilla on ristiriitaista tietoa fluorin vaikutuksesta. Toisaalta sivustolla kehoitetaan käyttämään fluoritahnaa, mutta samalla varoitellaan sen vaaroista (Bulgarian terveysministeriö 2018). Epäluuloista fluorista kohtaan on raportoitu muissakin tutkimuksissa: Australiassa vesijohtoveden fluorausta vastustaneet ajattelivat fluorin aiheuttavan osteoporoosia sekä nivel- ja lihasvaivoja (Armfield ym. 2011). Chi (2014) huomauttaa, että epäluuloisesti rokotteisiin suhtautuvat vanhemmat eivät halua käyttää fluorista paikallisestikaan (hammastahnoissa, suuvesissä). On totta, että liiallinen fluorin käyttö saattaa aiheuttaa hampaiden pinnoille esteettisesti häiritseviä vaaleita laikkuja, fluoroosia (Chakanka ym. 2010). Tämän välttämiseksi pienten lasten hampaita tulisi harjata matalamman pitoisuuden fluoritahnalla, ja fluoritahnaa pitäisi käyttää enintään herneen kokoinen määrä (NHS 2015, Käypä hoito 2014). Vanhempien kanssa tulisikin keskustella näiden huolista, jotta fluoritahnan käyttö lisääntyisi.

Enemmistö tutkimukseen osallistuneista bulgarialaisista pienten lasten vanhemmista sekä pienistä lapsista syö suositusten mukaisesti maksimissaan viisi ateriaa päivässä (Keskinen & Sirviö 2009a). Bulgarialaiset näyttäisivät kuitenkin nauttivan suosituksia enemmän makeita juomia. Yli puolet sekä vanhemmista että lapsista joi makeita juomia 1-2 kertaa päivässä. Määrä on enemmän kuin kouluterveyskyselyssä 11-vuotiaiden (tytöt 30%, pojat 37%) ja 13-vuotiaiden (tytöt 34 % ja pojat 41 %) ilmoittama määrä (Inchley ym. 2016). Toisaalta kouluterveyskyselyssä kysyttiin virvoitusjuomien käyttöä ja tässä tutkimuksessa kaikkien sokeroitujen juomien nauttimista.

Tämän tutkimuksen mukaan 7 % bulgarialaisista kolmevuotiaista juo tuttipullosta, koulutusasteen vaikuttaessa tuttipullon käyttöön. Korkeakoulun käyneiden lapset käyttivät harvemmin tuttipulloa kuin perus- tai ammatillisen koulutuksen saaneiden. Tuttipullosta juovien määrä on suuri, sillä 3-vuotiaat lapset ovat jo melko iäkkäitä juomaan tuttipullosta. Tuttipulloa tai nokkamukia tulisi käyttää vain, kun harjoitellaan juomista. Kun

taito on opittu, tulisi siirtyä tavalliseen mukiin. (Keskinen & Sirviö 2009b.) Erityisen huolestuttavaa on, että osa vanhemmista ilmoitti lapsen juovan tuttipullostsa iltaisin nukkumaan mennessä. Jatkuva happohyökkäys altistaa pikkulasten karieskelle (Selwitz ym. 2007). Freeman ja Stevens (2008) havaitsivat, että brittiläiset vanhemmat antoivat 3-4-vuotiaiden lastensa käyttää tuttipulloa kahdesta syystä. Se rauhoitti lapsen nukkumaan ja toi rauhan taloon ilta-aikaan. Toisaalta tuttipullon käyttö salli vanhempien helliä lasta vielä taaperona, pienenä. Tässä tutkimuksessa ei kysytty tarkemmin syytä lasten tuttipullon käytölle, mutta vanhempia tulisi neuvoa ja tukea lopettamaan sen käyttö.

Kolmasosa tähän tutkimukseen osallistuneista bulgarialaisista vanhemmista tupakoi säännöllisesti. Tupakointi on haitallisoin yksittäinen bulgariaalaisten terveystieteiden vaikuttava tekijä, ja tupakointiin liittyvät sairaudet ovat Bulgariassa noin kaksi kertaa yleisempiä kuin Euroopan Unionin vanhoissa jäsenmaissa (EU-15) (Dimova ym. 2012). Haittoja lisää se, että bulgarialaiset aloittavat tupakoinnin varhain. Kouluterveyskyselyn mukaan 15-vuotiaista tytöistä tupakoi viikoittain 30 %, pojista 21 %. (Inchley ym. 2016.) Tupakointi altistaa parodontiitille (Palmer ym. 2005, Ryder 2007, Costa ym. 2014) ja erilaisille suun alueen syöville (Ghantous ym. 2018). Bulgarialaisia tulisi kannustaa lopettamaan tupakointi. Jo lyhyt keskustelu terveydenhuollon ammattilaisten kanssa saattaa saada potilaan pohtimaan omaa tupakointiaan (Amemori 2012), joten tupakoinnin puheeksi ottaminen jokaisella terveydenhuollon hoitokäynnillä kannattaa. Hoitavaa henkilökuntaa tulisi myös kouluttaa ottamaan tupakointi puheeksi (Amemori 2012).

Tämän tutkimuksen mukaan bulgarialaiset vanhemmat saivat yleisimmin tietoa suun hoidosta hammaslääkäriltä. Hammaslääkärien tarjoama tuki vaikutti myös vastaajien sitoutumiseen suun omahoitoon, heidän motivaatiotasoonsa sekä kokemuksiinsa vastuullisuudesta suun omahoidon suhteen ja suun omahoidon kokemiseen normaaliksi arkiseksi toiminnaksi. Myös aikaisemmissa tutkimuksissa on havaittu hoitavan henkilökunnan tuen olevan merkittävä tekijä hoitoon sitoutumisessa (Kyngäs 2002, Lunnela 2011, Luokkanen ym. 2013, Torvinen 2014, Harris ym. 2017). Hoitoon sitoutuminen kasvaa, mikäli henkilökunta osaa luoda hoitokäynnin aikana empaattisen ja kiireettömän ilmapiirin (Kyngäs 2000, Kyngäs 2002, Harris ym. 2017). Potilaat arvostavat kliinisten toimenpiteiden tekemisen lisäksi henkilökunnan ammattitaitona sitä, että potilas

osataan kohdata hyvin (Badri ym. 2014, Mostajer Haqiqi ym. 2016, Harris ym. 2017). Myös tässä tutkimuksessa enemmistö vastaajista koki, että hammaslääkärit pyrkivät tukemaan heitä suun omahoidossa ja keskustelemaan heidän kanssaan suun hoidosta, ei vain sanelemaan miten tulee toimia. Läheisten tuen on osoitettu lisäävän sitoutumista hoitoon (Kyngäs 2002, Lunnela 2011, Luokkanen ym. 2013, Torvinen 2014). Myös tässä tutkimuksessa puolison tuki lisäsi vastaajien sitoutumista suun omahoitoon.

Suun infektiosairaudet ovat suuressa määrin elämäntapasairauksia, ja niiden syyt kietoutuvat yksilön ominaisuuksien ja häntä ympäröivän yhteisön piirteiden ympärille. Yksilön sosioekonominen asema sekä koulutustaso vaikuttavat suun terveyteen (Badri ym. 2014, Schwendicke ym. 2015, Schulz ym. 2016, Harris ym. 2017). Myös tässä tutkimuksessa koulutustaso vaikutti suun omahoitotottumuksiin. Korkeammin koulutetut autoivat lastaan useammin hampaiden harjauksessa ja antoivat harvemmin kolmevuotiaalle lapselleen juotavaa tuttipullosta. Korkeammin koulutetut olivat myös motivoituneempia suun omahoitoa kohtaan. Tämä tulisi huomioida bulgarialaisten suun terveyttä edistettäessä. Lisäksi tulisi nähdä erityistä vaivaa, jotta matalamman koulutuksen omaavat bulgarialaiset saisivat suun terveyttä edistävää informaatiota (Martin ym. 2010).

6.2 Tutkimuksen luotettavuus

Tässä tutkimuksessa käytetty komplianssimittari (Adherence Instrument) on todettu luotettavaksi useissa tutkimuksissa (Kyngäs 1995, Kyngäs 1999, Kyngäs 2000, Kyngäs 2002, Yamada ym. 2009, Lunnela 2011, Kääriäinen ym. 2012, Luokkanen ym. 2013, Kyngäs 2017), ja sen avulla on tutkittu myös suun hoitoon sitoutumista (Torvinen 2014). Tätä tutkimusta varten mittariin lisättiin suun omahoitoa koskevia taustakysymyksiä. Koska mittaria ei ole käytetty bulgarialaisessa kontekstissa, testattiin sen sopivuutta kyseiseen kontekstiin esitestaamalla mittari Suomessa toimivassa Bulgarian Sunday Schoolissa. Lisäksi sitä arvioivat Bulgariassa asuvat bulgarialaiset asiantuntijat (kaksi hammaslääkärinä, anestesia- ja yleislääkäri, yliopisto-opettaja). Kaiken kaikkiaan mittaria voitiin pitää luotettavana ja bulgarialaisessa kontekstissa toimivana.

Mittarin reliabiliteettia tarkasteltiin Cronbachin alpha-kertoimen avulla. Hyväksyttävänä rajana pidetään usein arvoa 0.60 (Metsämuuronen 2011, Valli 2015). Tässä tutkimuksessa summamuuttujat saivat hyvät alpha-kertoimet, joita olivat ”vastuullisuus” 0.797, ”motivaatio” 0.771, ”normaalius” 0.668, ”tuki puolisolta” 0.059 ja ”tuki hammaslääkäriltä” 0.840. Summamuuttuja ”tuki puolisolta” sai muita alemman alpha-arvon. (Taulukko 7.) Kyseinen muuttuja koostui kahdesta väittämästä: ”puoliso hyväksyy tapani hoitaa lapsen suun terveyttä” ja ”puoliso muistuttaa hoitamaan lapsen suun terveyttä”. Bulgarialaisten vastaajien mielestä puoliso hyväksyy tavan hoitaa lapsen suuta (91 % täysin samaa mieltä, 6 % osittain samaa mieltä), mutta hänellä ei välttämättä ole tapana muistutella lapsen suun hoidosta (täysin samaa mieltä 44 %, osittain samaa mieltä 23 %, osittain eri mieltä 10 %, täysin eri mieltä 23 %) (kuvio 2). Myös Torvinen (2014) raportoi suun terveyden hoitoon sitoutumisen tutkimuksessaan, että summamuuttuja ”puolison tuki” ei saanut yhtä korkeita alpha-kertoimia kuin aikaisemmissa tutkimuksissa (Kyngäs ym. 2000, Kyngäs & Rissanen 2001, Kyngäs 2002, Kyngäs 2004, Kääriäinen ym. 2012, Luokkanen ym. 2013).

Tutkimuksen luotettavuuteen voi vaikuttaa se, että vastaajat täyttivät itse kyselylomakkeen, jolloin he voivat pyrkiä vastaamaan siten kuin he ajattelevat olevan hyvä tai oikea vastaus. Tutkimuksen luotettavuutta parantaa se, että kyselylomake muotoiltiin siten, että se olisi helppo täyttää itsenäisesti. Lisäksi pyrittiin varmistamaan, että vastausvaihtoehtoista löytyisi sellainen vaihtoehto ettei kysymykseen jätettäisi vastaamatta. Tutkimuksen luotettavuutta lisää se, että tutkimuksen kulku on pyritty kuvaamaan raportissa selkeästi (Polit & Beck 2012). Lisäksi raportissa on pyritty perustelemaan selkeästi aineiston hankkimisen ja tutkimusraportin kirjoittamisen aikana tehdyt valinnat, esimerkiksi analyysiin valitut tilastolliset testit (Polit & Beck 2012, Valli 2015).

Tähän tutkimukseen haluttiin mukaan 3-vuotiaan lapsen vanhempia. Koska ei ollut varmuutta siitä, kuinka moni bulgarialainen vanhempi haluaisi osallistua tutkimukseen, valittiin otantamuodoksi kokonaisotanta. Lomakkeita jaettiin 1055 ja tutkimukseen hyväksytyjä lomakkeita oli 744, joten lopullinen vastausprosentti oli 71 %, mitä voi pitää hyvänä vastausprosenttina kyselytutkimuksessa (Polit & Beck 2012). Tämä vahvistaa tutkimuksen luotettavuutta. Tutkimustulokset kertovat yhden maantieteellisen alueen todellisuudesta, bulgarialaisten vanhempien sitoutumisesta suun omahoitoon. Tuloksia

ei sinänsä voi yleistää tutkimusjoukon ulkopuolelle, mutta koska vastaajajoukko oli varsin iso, tuloksia voi käyttää pohdittaessa hoitoon sitoutumiseen liittyviä tekijöitä.

6.3 Tutkimuksen eettisyys

Tämä tutkimus on suunniteltu ja toteutettu eettisiä periaatteita noudattaen. Kuten Polit & Beck (2012) kirjoittavat, jo tutkimuksen aiheen valinta on eettinen teko. Aihetta valittaessa tulisi pohtia, onko aihe niin tärkeä tieteelle ja yhteiskunnalle, että tutkijat voivat pyytää tutkimukseen osallistuvia käyttämään heidän omaa aikaansa tutkimuksen aineiston tuottamiseen. Tämän tutkimuksen aihe on relevantti bulgarialaiselle yhteiskunnalle sekä yksittäisille perheille ja lapsille. Tuloksia voidaan käyttää perheiden ja pienten lasten suun terveystalvveluiden suunnitteluun ja toteuttamiseen. Bulgarialaisten sitoutumisesta suun terveydenhuoltoon ei ole aikaisempia tutkimuksia, joten nyt tuotettu tieto hyödyttää bulgarialaisia perheitä ja bulgarialaista yhteiskuntaa myös tulevaisuudessa.

Lisäksi tutkimuksen kunnollinen suunnittelu on eettinen teko. Määrällisessä tutkimuksessa tutkijoiden tulisi varmistaa että heidän käyttämänsä kyselylomake on aiheeseen sopiva, ja että se mittaa juuri niitä muuttujia, joista tutkijat ovat kiinnostuneita. (Polit & Beck 2012). Tässä tutkimuksessa aineisto kerättiin Helvi Kynkään komplianssimittarilla (Adherence Instrument), jonka käyttöön ja muokkaamiseen oli saatu lupa professori Kynkäältä. Komplianssimittari on todettu useissa tutkimuksissa luotettavaksi (Kyngäs 1995, Kyngäs 1999, Kyngäs 2000, Kyngäs 2002, Yamada ym. 2009, Lunnela 2011, Kääriäinen ym. 2013, Luokkanen ym. 2013, Torvinen 2014, Ylimäki ym. 2014, Kyngäs ym. 2017). Tämä tutkimus toteutettiin erilaisessa kulttuurisessa ympäristössä ja siksi oli tärkeää esiteltä ja arvioida kyselylomake kunnolla ennen varsinaisen tutkimuksen toteuttamista.

Tässä tutkimuksessa huolella suunnitellun tutkimusasetelman ja luotettavan kyselylomakkeen lisäksi erityistä vaivaa nähtiin tutkimukseen osallistuvien aseman ja oikeuksien suojelemiseksi. Lupa tutkimuksen tekemiselle haettiin tutkimuskaupungin pormestarin toimistolta. (Kuula 2006, Polit & Beck 2012.) Lisäksi tutkimukseen osallistuville kerrottiin saatekirjeessä tutkimuksen tarkoituksesta ja tavoitteista (Liite 1,

saatekirje). Saatekirjeessä painotettiin tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuutta sekä sitä, että tutkimukseen osallistuminen tai osallistumatta jättäminen ei millään lailla vaikuttanut lapsen päivähoito- tai terveydenhoitopalveluihin. (Kuula 2006, Polit & Beck 2012.) Lisäksi saatekirjeessä kerrottiin, että yksittäisen vastaajan tietoja tai vastauksia ei voi tunnistaa tutkimusaineistosta.

Kyselylomakkeiden keräämisen jälkeen ja raportin kirjoittamisen ajan kyselylomakkeet säilytettiin lukitussa laatikossa, johon vain tutkijalla oli pääsy. Tietokoneelle koodattu aineisto säilytettiin salasanan takana olevassa tiedostossa. (Kuula 2006.) Elektronisesta aineistosta tehtiin säännöllisesti varmuuskopioita. (Polit & Beck 2012.) Kaiken kaikkiaan tämän tutkimuksen ensisijaisena tavoitteena on ollut kunnioittaa tutkimukseen osallistujia, myös huolehtimalla heidän yksityisyydestään tutkimuksen teon aikana.

6.4 Johtopäätökset ja jatkotutkinta-aiheet

Bulgarialaiset pienten lasten vanhemmat ovat sitoutuneita lastensa suun omahoitoon, vaikka heidän suunhoitotottumuksensa eivät täysin vastakaan suosituksia. Vanhempien sitoutumiseen vaikuttaa heidän motivaationsa suun hoitoa kohtaan. Puolison ja hammaslääkärin tuki edistävät suun omahoitoon sitoutumista. Tuki hoitavalta henkilökunnalta ja puolisolta vaikuttaa vastaajien motivaatiotasoon ja kokemukseen vastuullisuudesta ja suun terveydenhoidon normaaliudesta. Sitoutumiseen ei vaikuta vastaajien ikä, koulutus tai elämäntilanne (onko vastaaja töissä, työtön vai eläkkeellä). Naiset hoitavat suunsa terveyttä paremmin kuin miehet, ja korkeammin koulutetut auttavat lapsiaan hampaiden harjauksessa useammin. Korkeammin koulutetut ovat myös motivoituneempia suun terveydenhuoltoon kohtaan.

Koska bulgarialaisten vanhempien suun hoitotottumukset eivät täysin vastaa suosituksia, tulisi heidän kanssaan keskustella suun infektiosairauksien muodostumisesta ja etenemisestä. Heille tulisi jakaa tietoa suun sairauksista, ja kannustaa ehkäisemään niitä. Hammashoitolat olisivat luonteva paikka tällaiselle toiminnalle, ja sieltä bulgarialaiset yleensä tietoa tämän tutkimuksen mukaan saivatkin. Tämä ei yksinään riitä, vaan tietoa pitäisi viedä sinne, missä vanhemmat lastensa kanssa kulkevat ja oleskelevat. Näin sik-

si, että kaikki lapset eivät tämän tutkimuksen tulosten perusteella käy hammashoidossa, vaikka tarkastukset ovat lapsille Bulgariassa ilmaisia. Tämän tutkimuksen mukaan hammashoitoa ei Bulgariassa mielletä aivan pikkulapsia koskevaksi, vaan ajatellaan että suun terveystarkastuksille on tarvetta vasta esikouluikäisenä. Myös fluorihammastahnojen käyttöä ja niihin liittyvää oikeaa tietoa tulisi korostaa vanhemmille.

Yhteisöllinen lähestymistapa voisi tukea suun terveyttä edistävää toimintaa. Bulgarialaislapset saattaisivat hyötyä siitä, että maassa tehtäisiin enemmän moniammatillista yhteistyötä hammaslääkärien, lastenlääkärien ja hoitohenkilökunnan/kätilöiden välillä (lapset käyvät lääkärissä, kun kasvua ja kehitystä tarkkaillaan syntymästä lähtien), ja toisaalta tehdä enemmän yhteistyötä päiväkotien ja koulujen kanssa. Lisäksi tulisi kouluttaa myös hammashoitoloiden henkilökuntaa. Vanhemmat kokevat, että hammaslääkärit eivät aina onnistu rauhoittamaan ja kohtaamaan aivan pientä lasta hoitotilanteessa.

Jatkossa olisi hyvä tutkia bulgarialaisten hammaslääkärien näkemyksiä hoitoon sitoutumisesta, suun terveyden edistämisestä sekä bulgarialaisen terveydenhuoltojärjestelmän toimivuudesta. Lisäksi tulisi tutkia bulgarialaisten hammaslääkärien tapoja edistää suun terveyttä. Myös vanhempien asenteita ja käsityksiä suun terveydenhoidosta tulisi tutkia syvällisemmin.

LÄHTEET

- Amemori M (2012) Developing assessment and promotion of tobacco counselling: a cluster-randomized community trial among oral health professionals. Väitöskirja. Helsinki, Helsingin yliopisto.
- American Dental Association ADA (2017) Your Baby's First Dental Visit. www-dokumentti. <http://www.mouthhealthy.org/en/babies-and-kids/first-dental-visit>. Luettu 2018/3/17.
- Ahovuo-Saloranta A, Forss H, Walsh T, Nordblad A, Mäkelä M & Worthington HV (2017) Pit and Fissure Sealants in Preventing dental decay in permanent teeth. Cochrane Database of Systematic Reviews.
- Aljafari AK, Scrambler S, Gallagher JE & Hosey MT (2014) Parental views on delivering preventive advice to children referred for treatment of dental caries under general anaesthesia: A qualitative investigation. Community Dental Health 31(2): 75-79.
- Amin MS & Harrison RL (2009) Understanding Parents' Oral Health Behaviors for Their Young Children. Qualitative Health Research 19 (1): 116-127.
- Armfield JM & Akers HF (2011) Community water fluoridation support and opposition in Australia. Community Dental Health 28(1): 40-46.
- Asetus 338/2011 (2011) Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta. www-dokumentti. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2011/20110338>. Luettu 2018/3/17.
- Badri P, Saltaji H, Flores-Mir C & Amin MS (2014) Factors affecting childrens adherence to regular dental attendance. A systematic review. Journal of American Dental Association (JADA) 145(8): 817-828.
- Bandura A (1997) Self-efficacy: the exercise of control. New York, Freeman cop.
- Basak Cinar A (2008): Preadolescents and their mothers as oral health-promoting actors: non-biological determinants of oral health among Turkish and Finnish preadolescents. Väitöskirja. Helsinki, Helsingin yliopisto.
- Bulgarian terveystoimintakeskus (2018) Kansallinen suun sairauksia ehkäisevä ohjelma 0-18-vuotiaille bulgarialaisille. *Национална програма за профилактика заболявания при деца от 0 до 18 години в България*. www-dokumentti. <http://oralnaprofilaktika.bg/>. Luettu 2018/4/7.
- Chakanka O, Levy SM, Warren JJ & Chalmers JM (2010): A literature review of aesthetic perceptions of dental fluorosis and relationships with psychosocial aspects /oral health-related quality of life. Community Dentistry & Oral Epidemiology 38 (2): 97-109.
- Chapple ILC, van der Weijden F, Doerfer C, Herrera D, Shapira L, Polak D, Madianos P, Louropoulou Aη, Machtei E, Donos N, Greenwell H, van Winkelhoff AJ, Kuru BE, Arweiler N, Teughels W, Aimetti M, Molina A, Montero E & Graziani F (2015) Primary prevention of periodontitis: Managing gingivitis. Journal of Clinical Periodontology 42 (suppl 16): S71-S76.
- Chi D (2014) Caregivers Who Refuse Preventive Care for Their Children: The Relationship Between Immunization and Topical Fluoride Refusal. American Journal of Public Health 104 (7): 1327-1333.
- Costa FO, Lages EJP, Cota LOM, Lorentz TCM, Soares RV & Cortelli JR (2014) Tooth loss in individuals under periodontal maintenance therapy: a 5-year prospective study. Journal of Periodontal Research 49 (1): 121-128.

- Daly B, Batchelor P, Treasure E & Watt RG (2013) Essential dental public health. Oxford, Oxford University Press.
- Damyantov N, Witter DJ, Bronkhorst EM & Creugers NHJ (2012) Dental status and associated factors in dentate adult population in Bulgaria: a cross-sectional survey. *International Journal of Dentistry* 2012.
- Delatola C, Adonogianaki E & Ionnidou E (2014) Non-surgical and supportive periodontal therapy: predictors of compliance. *Journal of Periodontology* 85(6): 791-796.
- Dimova A, Rohova M, Moutafova E, Atanasova E, Koeva S, Panteli D & van Ginneken E (2012) Bulgaria: Health system review. *Health Systems in Transition* 2012 14(3): 1-186. [www-dokumentti. http://www.euro.who.int/ data/assets/pdf file/0006/169314/E96624.pdf](http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0006/169314/E96624.pdf) Luettu2018/2/8.
- European Commission (2016) Bulgaria. Health Care & Long-Term Care Systems. An excerpt from The Joint Report on Health Care Systems & Fiscal Sustainability. Institutional papers 37, vol 2 – country documents. [www-dokumentti. https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/file_import/joint-report_bg_en_2.pdf](https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/file_import/joint-report_bg_en_2.pdf). Luettu 2018/3/3.
- Freeman S & Stevens A (2008) Nursing caries and buying time: an emerging theory of prolonged bottle feeding. *Community Dentistry & Oral Epidemiology* 36(5): 425-433.
- Frencken JE, Sharma P, Stenhouse L, Green D, Lavery D & Dietrich T (2017) Global epidemiology of dental caries and severe periodontitis – a comprehensive review. *Journal of Clinical Periodontology* 44 (suppl 18): S94-S105.
- Ghantous J, Schussel JL & Brait M (2018) Tobacco and alcohol-induced epigenetic changes in oral carcinoma. *Current Opinion in Oncology* 30 (3): 152-158.
- Gill P, Steward K, Chetcuti D & Chestnutt IG (2011) Children's understanding of and motivations for toothbrushing: a qualitative study. *International Journal of Dental Hygiene* 9 (1): 79-86.
- Harris, RV (2016) Do 'poor areas' get the services they deserve? The role of dental services in structural inequalities in oral health. *Community Dental Health* 33 (1): 164-167.
- Harris RV, Pennington A & Whitehead M (2017) Preventive dental visiting: a critical interpretive synthesis of theory explaining how inequalities arise. *Community Dentistry and Oral Epidemiology* 45 (2):120-134.
- Hoelt KS, Barker JC & Masterson EE (2010): Urban Mexican-American mothers' beliefs about caries etiology in children. *Community Dentistry and Oral Epidemiology* 38 (3):244-250.
- Hujoel PP & Lingström P (2017) Nutrition, dental caries and periodontal disease: a narrative review. *Journal of Clinical Periodontology* 2017 (suppl 18): S79-S84.
- Inchley J, Currie D, Young T, Samdal O, Torsheim T, Augustson L, Mathison F, Aleman-Diaz A, Molcho M, Weber M & Barnekow V (2016) Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being. Health behaviour in school-aged children (HBSC) study: international report from 2013/2014 survey. The Regional Office for Europe of the World Health Organization. World Health Organization, Geneva. [www-dokumentti. http://www.euro.who.int/ data/assets/pdf file/0003/303438/HSBC-No.7-Growing-up-unequal-Full-Report.pdf](http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0003/303438/HSBC-No.7-Growing-up-unequal-Full-Report.pdf). Luettu 2018/3/3.
- Jones S, Burt BA, Petersen PE & Lennon MA (2005) The effective use of fluorides in public health. *Bulletin of the World Health Organization* 83 (9): 670-679.

- Jönsson B, Öhrn K, Oscarson N & Lindberg P (2009) The effectiveness of an individually tailored oral health educational programme on oral hygiene behavior in patients with periodontal disease: a blinded randomized-controlled clinical trial (one-year follow-up). *Journal of Clinical Periodontology* 36 (12): 1025-1034.
- Kay E & Locker D (1996) Is dental health education effective? A systematic review of current evidence. *Community Dentistry & Oral Epidemiology* 24: 231-235.
- Kay E, Vascott D, Hocking A, Nield H, Dorr C & Barrett H (2016) A review of approaches for dental practice teams for promoting oral health. *Community Dentistry and Oral Epidemiology* 44 (4): 313-330.
- Kassebaum NJ, Bernabé E, Dahiya M, Bhandari B, Murray CJL & Marcenes W (2015) Global Burden of Untreated Caries: A systematic Review and Meta-regression. *Journal of Dental Research* 94 (5): 650-658.
- Keskinen H & Sirviö K (2009a) Ravinto ja suun terveys. Teoksessa: Terve suu. Helsinki, Kustannus Duodecim OY.
- Keskinen H & Sirviö K (2009b) Lasten ja nuorten suun terveys. Teoksessa: Terve suu. Helsinki, Kustannus Duodecim OY.
- Kuula A (2006) Tutkimusetiikka: aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Tampere, Vastapaino.
- Kyngäs H (1995) Diabeetikkonuorten hoitoon sitoutuminen: teoreettisen mallin rakentaminen ja testaaminen. Väitöskirja. Oulu, Oulun yliopisto.
- Kyngäs H (1999) A theoretical model of compliance in young diabetics. *Journal of Clinical Nursing* 8 (1): 73-80.
- Kyngäs H (2000) Nurses' support: Essential factor for the good compliance of adolescents with rheumatoid arthritis. *Nursing and Health Sciences* 6: 287-293.
- Kyngäs H (2002) Motivation as a crucial predictor of good compliance in adolescents with rheumatoid arthritis. *International Journal of Nursing Practice* 8 (6): 336-341.
- Kyngäs H (2004) Support network of adolescents with chronic disease: Adolescents' perspective. *Nursing and Health Sciences* 6 (4): 287-293.
- Kyngäs H, Duffy ME & Kroll T (2000) Conceptual analysis of compliance. *Journal of Clinical Nursing* 9 (1): 5-12.
- Kyngäs H & Rissanen M (2001) Support as a crucial predictor of good compliance of adolescents with a chronic disease. *Journal of Clinical Nursing* 10 (6): 767-774.
- Kyngäs H & Hentinen M (2009) Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. Porvoo, WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Kyngäs H, Kanste O, Patala-Pudas L & Kaakinen Pirjo (2017) COPD-Patients adherence to care and quality of counseling. *Journal of nursing education and practice* 7 (3): 32-39.
- Käypä hoito (2014) Kariuksen hallinta. [www-dokumentti. http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50078](http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50078). Luettu 2018/3/3.
- Kääriäinen M, Paukama M & Kyngäs, H (2013) Adherence with health regimens of patients with warfarin therapy. *Journal of Clinical Nursing* 22 (1-2): 89-96.
- Köhler B & Andréen I (2012) Mutans Streptococci and Caries Prevalence in Children after Early Maternal Caries Prevention: A Follow-Up at 19 Years of Age. *Caries Research* 46 (5): 474-480.
- Laitala ML (2010) Dental health in primary teeth after prevention of mother-child transmission of mutans streptococci: a histo-cohort study on restorative visits and maternal prevention costs. Väitöskirja. Turku, Turun yliopisto.

- Lang NP, Schätzle MA & Loe H (2009) Gingivitis as a risk factor in periodontal disease. *Journal of Clinical Periodontology* 36 (Suppl 10): 3-8.
- Listl S, Moeller J & Manski R (2014) A multi-country comparison of reasons for dental non-attendance. *European Journal of Oral Sciences* 122 (1): 62-69.
- Lunnela J (2011) Internet-perusteisen potilasohjauksen ja sosiaalisen tuen merkitys glaukoomapotilaan hoitoon sitoutumisessa. Väitöskirja. Oulu, Oulun yliopisto.
- Luokkanen S, Ruotsalainen H, Kyngäs H & Kääriäinen M (2013) Ylipainoisten ja lihavien 13-16-vuotiaiden nuorten elintavat ja sitoutuminen elintapamuutokseen. *Hoitotiede* 25: 130-140.
- Mattila ML, Rautava P, Aromaa M, Ojanlatva A, Paunio P, Hyssälä L, Helenius H & Sillanpää M (2005) Behavioural and demographic factors during early childhood and poor dental health at 10 years of age. *Caries Research* 39 (2): 85-91.
- Marinho VCC, Worthington HV, Walsh T & Clarkson JE (2013) Fluoride varnishes for preventing dental caries in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013.
- Martin LR, Haskard-Zolnierok KB & DiMatteo MR 2010: Health Behavior Change and Treatment Adherence. Oxford, Oxford University Press.
- Metsämuuronen J (2011) Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä: tutkijalaitos. *International methelp cop* 2011, 4. korjattu laitos. E-kirja.
- Mostajer Haqiqi A, Bedos C, & Macdonald ME (2016) The emergency department as a 'last resort': why parents seek care for their child's nontraumatic problems in the emergency room. *Community Dentistry & Oral Epidemiology* 44 (5): 493-503.
- Moynihan P (2007) Foods and dietary factors that prevent dental caries. *Quintessence International* 38 (4): 320-324.
- Moynihan P & Kelly SAM (2014) Effect on Caries of Restricting Sugars Intake: Systematic Review to Inform WHO Guidelines. *Journal of Dental Research* 93 (1): 8-18.
- Muirhead V, Levine A, Nicolau B, Landry A & Bedos C (2013) Life-course experiences and lay-diagnosis explain low-income parents' child dental decisions: a qualitative study. *Community Dentistry & Oral Epidemiology* 41 (1): 13-21.
- Munirah Y, Worthington HV, Deacon SA, Deery C, Walmsley AD, Robinson PG & Glenny A (2014) Powered versus manual toothbrushing for oral health. *Cochrane Database of systematic reviews*.
- National Health Service NHS (2015) Fluoride. [www-dokumentti.
http://www.nhs.uk/conditions/Fluoride/Pages/Introduction.aspx](http://www.nhs.uk/conditions/Fluoride/Pages/Introduction.aspx). Luettu 2018/2/26.
- Nicolau B, Marcenes W, Allison P & Sheiham A (2005) The life course approach: explaining the association between high and dental caries in Brazilian adolescents. *Community Dentistry & Oral Epidemiology* 33 (2): 93-98.
- O'Mullane DM, Baez RJ, Jones S, Lennon M, Petersen PE, Rugg-Gunn AJ, Whelton H & Whitford GM (2016) Fluoride and Oral Health. *Community Dental Health* 33(1): 66-99.
- Palmer RM, Wilson RF, Hasan AS & Scott DA (2005) Mechanisms of action of environmental factors – tobacco smoking. *Journal of Clinical Periodontology* 32 (2): 180-195.
- Patel PR, Tootla R & Inglehart MR (2007) Does oral health affect self perceptions, parental ratings and video-based assessments of children's smiles? *Community Dentistry & Oral Epidemiology* 35 (1): 44-52.

- Petersen PE (2003) The World Oral Health Report 2003: Continuous improvement of oral health in the 21st century. *Community Dentistry & Oral Epidemiology* 31 (Suppl 1) 3-24.
- Petersen, PE (2008) World Health Organisation global policy for improvement of oral health. World Health Assembly 2007. *International Dental Journal* 58 (3):115-121.
- Pitts N & Zero D (2017) White Paper on Dental Caries Prevention and Management. A summary of current evidence and the key issues in controlling this preventable disease. FDI World Dental Federation. [www-dokumentti.
https://www.fdiworlddental.org/sites/default/files/media/documents/2016-fdi_cpp-white_paper.pdf](http://www.fdiworlddental.org/sites/default/files/media/documents/2016-fdi_cpp-white_paper.pdf). Luettu 2018/3/25.
- Polit DF & Beck CT (2012) *Nursing research. Generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins.
- Poutanen R (2007) Boys and girls as health-promoting actors: determinants of oral-health related lifestyle among 11-12-year-old schoolchildren. Väitöskirja. Oulu, Oulun yliopisto.
- Ramseier C, Kobrehel S, Staub P, Sculean A, Lang N & Salvi G (2014) Compliance of cigarette smokers with scheduled visits for supportive periodontal therapy. *Journal of Clinical Periodontology* 41 (5):473-480.
- Riley P, Moore D, Ahmed F, Sharif MO & Worthington H (2015) Xylitol-containing products for preventing dental caries in children and adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
- Rusen kaupunki (2014) Rusen läänin päivähoitopaikat ja päivähoidossa olevien lasten määrä lukuvuodella 2013-2014. *5227 деца обхванати в детските градини на Община Русе през учебната 2013/2014 година* [www-dokumentti.
http://www.ruseinfo.net/news_127352.html](http://www.ruseinfo.net/news_127352.html). Luettu 2014/12/12.
- Ryder MI (2007) The influence of smoking on host responses in periodontal infections. *Periodontology* 2000 43 (1): 267-277.
- Sabaté E (2004) Pitkäaikaisiin hoitoihin sitoutuminen. Näyttöä toiminnan tueksi. Helsinki, Lääketietokeskus.
- Sabbah W, Tsakos G, Chandola T, Sheiham A & Watt, RG 2007: Social gradients in oral and general health. *Journal of Dental Research* 86 (10): 992-996.
- Schulz M, Kunst AE & Brockmann H (2016) High educational attainment moderates the association between dental health-care supply and utilization in Europe. *European Journal of Oral Sciences* 124: 52-61.
- Schwendicke F, Dörfer CE, Schlattmann P, Foster Page L, Thomson WM & Paris S (2015) Socioeconomic Inequality and Caries: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Dental Research* 94 (1): 10-18.
- Selwitz RH, Ismail AI & Pitts NB (2007) Dental Caries. *Lancet* 369: 51-59.
- Sheiham A (2005): Oral health, general health and quality of life. *Bulletin of the World Health Organisation* 83 (9): 644.
- Stepurko T, Pavlova M, Gryga I & Groot (2015) Making Patients Pay: Informal Patient Payments in Central and Eastern European Countries. *Frontiers in Public Health* 3:192.
- Söderling E, Isokangas P, Pienihäkkinen K & Tenovuo J (2000) Influence of maternal xylitol consumption on acquisition of mutans streptococci by infants. *Journal of Dental Research* 79 (3): 882-887.
- Thomson W, Williams SM, Broadbent JM, Poulton R & Locker D (2010) Long term dental visiting patterns and adult oral health. *Journal of Dental Research* 89: 307-311.

- Torvinen M (2014) Odottavan perheen suun omahoitoon sitoutuminen. Pro gradu-tutkielma. Oulu, Oulun yliopisto.
- Trubey RJ, Moore SC & Chestnutt IG (2017) Parental decisions about childrens's oral health behavior: relative or absolute? *Community Dentistry and Oral Epidemiology* 45 (1): 35-42.
- Valli R (2015) Johdatus tilastolliseen tutkimukseen. 2. uudistettu painos. Jyväskylä, PS-kustannus.
- WHO (2012a) Oral health. [www-dokumentti. http://www.who.int/oral_health/publications/factsheet/en/](http://www.who.int/oral_health/publications/factsheet/en/). Luettu 2018/3/17.
- WHO (2012b) Oral health database. Bulgaria. Caries. [www-dokumentti. https://www.mah.se/CAPP/Country-Oral-Health-Profiles/EURO/Bulgaria/Oral-Diseases/Dental-Caries/](https://www.mah.se/CAPP/Country-Oral-Health-Profiles/EURO/Bulgaria/Oral-Diseases/Dental-Caries/). Luettu 2018/3/3.
- Willershausen B, Haas G, Krummenauer F & Hohenfellner K (2004) Relationship between high weight and caries frequency in German elementary school children. *European Journal of Medical Research* 9: 400-404.
- Yamada T, Ishiguro A & Kyngäs H (2009) Assesment of Reliability and Validity of a Japanese version of the Asthma Compliance Instrument (a Questionnaire). *Journal of Medicine and Biology* 5: 143-151.
- Ylimäki E-L, Kanste O, Heikkinen H, Bloigu R & Kyngäs H (2014) Työikäisten lappilaisten verisuoniterveys ja sitoutuminen elintapamuutokseen. *Hoitotiede* 26 (1): 25-37.

Saatekirje

Hyvät vanhemmat tai huoltajat,

Olen kiinnostunut lastenne suun terveydestä ja siitä, miten te vanhempina tuette sitä. Teen aiheeseen liittyvää tutkimusta. Tutkimuksen tulokset julkaisen opinnäytetyönä terveystieteen maisterin tutkintoa varten (Oulun yliopisto, Suomi) Tutkimukseen on valittu kaikki XXXXX kaupungin päiväkotien 3-vuotiaat ja heidän vanhempansa tai huoltajansa. Täyttämällä oheisen lomakkeen annatte arvokasta tietoa bulgarialaisten lasten suun terveydestä ja siihen liittyvistä tekijöistä. Toivonkin, että vastauksissanne annatte rehellisen mielipiteenne kysytyistä seikoista. Jos haluatte kommentoida kyselyä, voitte kirjoittaa kommentit vastauslomakkeen marginaaleihin tai lomakkeen kääntöpuolelle. Mikäli Teillä on kysyttävää tutkimukseen liittyen, voitte ottaa yhteyttä tutkimuksen tekijään (niina.lindholm@student.oulu.fi, +35850 xxxxxx).

Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista, eikä vastaaminen tai vastaamattomuus vaikuta päiväkotipalveluiden tai terveystieteiden palveluiden saamiseen. Tietoja käytetään vain tutkimuksellisiin tarkoituksiin ja ne ovat vain tutkijan (Niina Lindholm) käytettävissä. Palautetuista lomakkeista muodostetaan tutkimusaineisto, josta ei ole mahdollista selvittää yksittäisten vastaajien henkilöllisyyttä. Puhelinnumeroa kysytään sen vuoksi, että **vastanneiden kesken arvotaan sekä aikuisten (3kpl) että lasten (3kpl) Oral-B sähköhammasharjoja**. Mikäli haluatte osallistua sähköhammasharjojen arvontaan, kirjoittakaa puhelinnumeronne tämän kirjeen alaosassa olevalle viivalle, puhelinnumero toimii arpalippuna.

Pyydän palauttamaan lomakkeen oheisessa kirjekuoressa päiväkotiryhmänne opettajalle. Minä haen lomakkeet opettajalta _____. Hammasharjojen arvonta suoritetaan _____, ja voittajille ilmoitetaan henkilökohtaisesti.

Palautettu lomake katsotaan suostumukseksi osallistua tutkimukseen. On mahdollista, että tutkimus jatkuu tulevaisuudessa väitöskirjatutkimuksena. Nyt vastaaminen ei kuitenkaan edellytä osallistumista tulevaan tutkimukseen: siihen osallistuminen on päätettävissä kyseenomaisen (tulevan) tutkimuksen yhteydessä.

Kiitos jo etukäteen avustanne!

Niina Lindholm
TtK, terveystieteiden maisteriopiskelija
Oulun yliopisto /University of Oulu, Finland

Haluan osallistua sähköhammasharjojen arvontaan.

Puhelinnumeroni on _____