KOTIHOIDON ASIAKKAIDEN SUUN TERVEYDENTILAN KARTOITTAMINEN SOSIAALIHAMMASHOIDOLLISELLA LÄHESTYMISTAVALLA

Kirsi Autonen-Honkonen
Terveyskasvatuksen
Pro gradu -tutkielma
Jyväskylän yliopisto
Terveystieteiden laitos
Kevät 2010

TIIVISTELMÄ

Kotihoidon asiakkaiden suun terveydentilan kartoittaminen sosiaalihammashoidollisella lähestymistavalla

Kirsi Autonen-Honkonen
JYVÄSKYLÄN YLIOPISTO
Terveystieteiden laitos
Terveyskasvatus
Pro gradu -tutkielma, 64 sivua, 6 liitesivua
Kevät 2010

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata Uuden Äänekosken kotihoidon asiakkaiden suun terveydentilaa, suun terveyden vaikutusta heidän päivittäiseen elämäänsä sekä heidän valmiuksia toteuttaa suun kotihoitoa käyttäen sosiaalihammashoidollisen lähestymistavan tasoja: normatiivinen, vaikutuksiin liittyvä ja alttiuteen liittyvä tarvearvio. Normatiivinen tarvearvio perustuu suun terveydentilan tutkimukseen hammashoidon kliinisillä mittareilla. Vaikutuksiin liittyvässä tarvearviossa normatiiviset tarpeet yhdistetään suun terveyteen liittyvien elämänlaadun tekijöiden kanssa. Alttiuteen liittyvä tarvearvio tapahtuu yhdistämällä normatiivinen tarvearvio, suun terveyteen liittyvän elämänlaadun tekijät ja yksilön käyttäytymistekijät.

Tutkimuksen kvantitatiivinen aineisto kerättiin tekemällä halukkaille kotihoidon asiakkaille (n=184) suun seulontatarkastukset heidän kotonaan vuoden 2008 aikana. Tulokset analysoitiin ristiintaulukoimalla, laskemalla prosentit ja frekvenssit sekä testaamalla merkitsevyydet χ^2-testillä. Tutkimuksen kvalitatiivinen aineisto kerättiin teemahaastattelemalla yhdeksää kotihoidon asiakasta keväällä 2009. Haastatteluaineisto analysoitiin sisällönanalyysillä.

Tutkimukseen osallistuneista kotihoidon asiakkaista suurimmalla osalla oli hammasproteesit. Omahampaisilla esiintyi paljon kariesta, ientulehdusta, hammaskiveä sekä noin puolella parodontiittia. Suun limakalvomuutoksia oli vähän. Hyvin harvat arvioivat itsellään olevan suun ongelmia. Haastatteluiden mukaan suun terveydentila vaikutti kotihoidon asiakkaiden päivittäiseen elämään fyysisesti, psyykkisesti ja sosiaalisesti. Myös kotihoidon asiakkaiden suun kotihoitotavoissa ilmeni tiedon puutetta, vaikka asiakkaat eivät kokeneet, että he tarvitsivat apua suun ja hampaiden puhdistamiseen.

Tämän tutkimuksen perusteella voidaan todeta, että suun terveydellä on vaikutusta kotihoidon asiakkaiden päivittäiseen elämään ja elämänlaatuun. Pelkkä normatiivinen hoidon tarpeen arviointi ei anna riittävän monipuolista näkökulmaa suun terveydentilan vaikutuksesta päivittäiseen elämään. Kotihoidon hoito- ja palvelusuunnitelmassa on tärkeää huomioida suun terveydentila, sen vaikutus päivittäiseen elämään sekä suun hoitoon liittyvät käyttäytymistekijät yhdessä asiakkaan kanssa keskustelemalla.

Avainsanat: kotihoidon asiakas, elämänlaatu, suun terveys, sosiaalihammashoidollisen lähestymistavan tasot

ABSTRACT

Examining the oral health of home care clients from a sociodental approach

Kirsi Autonen-Honkonen
UNIVERSITY OF JYVÄSKYLÄ
Department of Health Sciences
Health Education
Master's thesis, 64 pages, 6 appendices
Spring 2010

The purpose of this study is to describe the oral health of home care clients in Äänekoski, Finland. The research concentrates on the effects of oral health on the clients' everyday life and their capabilities to perform oral care at home. The three levels of the sociodental approach: the normative, the impact related and the propensity related need assessment, were used in this study. The normative need assessment is based on an oral health examination by clinical measures. In the impact related need assessment, normative needs are combined with life quality factors related to oral health. The propensity related need assessment is conducted by combining the normative need assessment, life quality factors related to oral health and the behavioural factors of an individual.

The quantitative data was collected by performing oral screening tests on home care clients in their homes during the year 2008. In total, 184 home care clients volunteered to take part in the oral and dental screening tests. The results were analysed by cross-tabulation, percentage and frequency calculations and by using the χ^2-test. The qualitative data of the research was collected by theme interviewing nine home care clients during the spring of 2009. The interview material was analysed by content analysis.

According to this study, most home care clients wore dentures. Those with their own teeth had excessive amounts of caries, gingivitis and tartar. Approximately half of them had periodontal diseases. Only some changes were detected in the oral mucosa. Only a few of the clients assessed themselves as having oral problems. According to the interviews, oral health affected the home care clients' daily life physically, mentally and socially. There was also a lack of knowledge concerning the home care procedures of home care clients although the clients themselves did not express a need for help with oral and dental cleaning.

In conclusion the daily life and the quality of life of home care clients are affected by their oral health. The normative need assessment on its own, using dental care measurements, does not give a broad enough view of the effects of oral health on everyday life. Oral health must be taken into consideration in the care and service plan of home care. The affect of oral health on everyday life and behavioural factors must also be taken into account by discussing with the client.

Keywords: home care client, quality of life, oral health, levels of the sociodental approach

SISÄLLYS

1 JOHDANTO 1

2 KOTIHOIDON ASIAKKAIDEN ELÄMÄNLAATUUN VAIKUTTAVAT TEKIJÄT SUUN TERVEYDEN NÄKÖKULMASTA 3
2.1 Kotihoidon asiakkaiden elämänlaatuun vaikuttavat tekijät 3
2.1.1 Kotihoito 3
2.1.2 Hoito- ja palvelusuunnitelma 4
2.1.3 Elämänlaatu ja toimintakyky 5
2.2 Suun terveyden tekijät 7
2.2.1 Kotihoidon asiakkaiden suussa esiintyvät sairaudet ja vaivat 8
2.2.2 Suun terveyden vaikutus elämänlaatuun 11
2.2.3 Kotihoidon asiakkaiden suun terveyttä edistävät tekijät 15

3 SUUN TERVEYDENTILAN KARTOITTAMINEN SOSIAALIHAMMASHOIDOLLISELLA LÄHESTYMISTAVALLA 18
3.1 Sosiaalihammashoidollisen lähestymistavan lähtökohdat 18
3.2 Sosiaalihammashoidollisen lähestymistavan tasot 20
3.3 Sosiaalihammashoidollinen lähestymistapa kotihoidon asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmassa 22

4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT 24

5 TUTKIMUSMENETELMÄT 25
5.1 Suun seulontatarkastukset 25
5.2 Tilastolliset menetelmät 28
5.3 Teemahaastattelut 28
5.4 Haastatteluaineistojen analysointi 29

6 TULOKSET 31
6.1 Normatiivinen tarvearvio 31
6.1.1 Omahampaisten hampaiden terveys 31
6.1.2 Suun limakalvomuutokset 32
6.1.3 Suun ongelmat kotihoidon asiakkaiden itsearvioimina 32
6.2 Vaikutuksiin liittyvä tarvearvio 33
6.3 Alttiuteen liittyvä tarvearvio 40

7 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS 44

8 POHDINTA 47
8.1 Yhteenveto tuloksista 47
8.1.1 Normatiivinen tarvearvio 48
8.1.2 Vaikutuksiin liittyvä tarvearvio 49
8.1.3 Alttiuteen liittyvä tarvearvio 52
8.2 Johtopäätökset ja suositukset 54
8.3 Jatkotutkimushaasteet 55

LÄHTEET 57

LIITTEET

Liite1: Keskeisimmät tutkimukset ja tutkimustulokset käyttäen suun terveyteen liittyviä elämänlaadun eri mittareita
Liite 2: Kotihoidon asiakkaiden suun puhdistamisen välineet ja suositukset
Liite 3: Kysely suun/hampaiden seulontatarkastuksesta kotihoidon asiakkaille
Liite 4: Kannettavien korien sisältö
Liite 5: Teemahaastattelun runko
Liite 6: Haastattelulupa

1 JOHDANTO

Suun terveyden hoito ja elämänlaadun parantaminen luovat Petersenin ja Yamamoton (2005) mukaan haasteen terveys- ja sosiaalipolitiikan suunnittelijoille maailmanlaajuisesti. Terve suu on Nordbladin ym. (2002) mukaan hyvän elämänlaadun keskeinen tekijä. Uhkana suun terveydelle ovat useat eri yleissairaudet, joita iän myötä ilmenee. Petersenin ja Yamamoton (2005) esittävät yleisimpien suun sairauksien, kuten hampaiden reikiintymisen, ientulehduksen ja parodontiitin, olevan kroonisia, hitaasti eteneviä tauteja, jotka eivät useinkaan aiheuta oireita suussa. Kuitenkin monet suusairaudet on tunnistettava ajoissa, sillä ne saattavat heikentää yleisterveyttä. Suun sairaudet voivat edesauttaa ikääntyneen keuhkokuumeen (Yoneyama ym. 2002) tai muun vakavan tulehdussairauden syntymistä. Lisäksi on voitu osoittaa erityisesti parodontiitilla olevan yhteys sydän- ja verisuonisairauksiin sekä diabetekseen (Könönen 2007). Jäljellä olevan eliniän on ennustettu olevan parempi henkilöillä, joiden suussa on paljon hampaita eikä heillä ole todettu akuutteja hammasperäisiä infektioita (Hämäläinen 2005).

Nykyään yhä useammalla kotihoidon asiakkaalla on omat hampaat, joiden hoitamiseen he voivat tarvita apua. Tärkeätä on selvittää kotihoidon asiakkaan kyky omatoimiseen suun ja hampaiden hoitoon sekä tarpeen mukaan avun tarve suun kotihoitoon, sillä päivittäisen fyysisen toimintakyvyn heikentyminen voi vaikeuttaa suun hoitoa. Myös iän myötä kipuherkkyys vähenee, mikä voi lisätä vaikeiden suusairauksien ja suun muutosten pahenemista (Suomen Hammaslääkäriliiton Vanhustyöryhmä 2003, 7, 21). Hammassairauksia ja niiden etenemistä voidaan ehkäistä suun hoidon hoito- ja palvelusuunnitelmalla, jossa huomioidaan kokonaisvaltaisesti kotihoidon asiakkaan tarpeet. Kun on tunne toimivasta ja kivuttomasta suusta, pystyy olemaan kanssakäymisessä muiden ihmisten kanssa ja kykenee syömään monipuolisesti. Suun terveydellä on vaikutusta ihmisen elämänlaatuun ja sen kokemiseen. Suun terveydenhuollon tavoitteena tulee olla terveyden edistäminen (Vehkalahti & Knuuttila 2008) ja elämänlaadun parantaminen.

Suun sairauksia hammashoidon kliinisillä mittareilla (karies, ientulehdus, hammaskivi ja parodontiitti) on tutkittu Suomessa ja ulkomailla. Näiden mittareiden perusteella tehdyt hoidot ja hoitosuunnitelmat eivät huomioi elämänlaatua. Mittarit eivät ilmaise

psykososiaalista hyvinvointia ja suun subjektiivisia ongelmia, kuten suun toimintakykyä ja kipua sekä suun terveyden vaikutusta elämänlaatuun. Kun suun terveyteen vaikuttavat riskitekijät saadaan minimoitua ja suun terveyttä edesauttavat tekijät maksimoitua, ihminen nauttii elämästään ja paremmasta elämänlaadustaan pitempään. Kotihoidon asiakas on otettava mukaan hammashoidon hoitosuunnitelman tekemiseen, ja hänen on annettava ilmaista havaitsemansa suun terveyden tarpeet sekä niiden vaikutus hänen päivittäiseen elämäänsä.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata Uuden Äänekosken kotihoidon asiakkaiden suun terveydentilaa, suun terveyden vaikutusta heidän päivittäiseen elämäänsä sekä heidän valmiuksia toteuttaa suun kotihoitoa käyttäen sosiaalihammashoidollisen lähestymistavan tasoja: normatiivinen tarvearvio, vaikutuksiin liittyvä tarvearvio ja alttiuteen liittyvä tarvearvio (Gherunpong ym. 2006). Kotihoidon asiakkaiden suun terveyttä ja sen vaikutusta heidän päivittäiseen elämäänsä on tutkittu vähän. Tutkimuksesta saatavan tiedon avulla voidaan edistää kotihoidon asiakkaiden suun terveyttä ja elämänlaatua.

2 KOTIHOIDON ASIAKKAIDEN ELÄMÄNLAATUUN VAIKUTTAVAT TEKIJÄT SUUN TERVEYDEN NÄKÖKULMASTA

2.1 Kotihoidon asiakkaiden elämänlaatuun vaikuttavat tekijät

Sosiaali- ja terveysministeriön ikäihmisten hoitoa ja palveluita koskevassa laatusuosituksessa tavoitteeksi esitetään, että suurimmalla osalla kotihoidon asiakkaista olisi mahdollisuus pitkään ja itsenäiseen elämään kodissaan sekä tutussa sosiaalisessa ympäristössään. Terveys, toimintakyky, sosiaaliset suhteet sekä hoito- ja palvelusuunnitelman kokonaiskartoitus kotihoidon tarpeesta vaikuttavat kotona asumisen onnistumiseen ja elämänlaatuun (Ikonen & Julkunen 2008, 12, 14, 16).

2.1.1 Kotihoito

Kotihoidon tarkoituksena on turvata kotona asuminen mahdollisimman pitkään. Kotihoidossa suurin osa hoidosta ja palveluista suoritetaan asiakkaan omassa kodissa. Kotihoito sisältää kotipalvelun, sairaanhoidon kotona ja ehkäisevän terveydenhuollon sekä muita tukipalveluja, esimerkiksi ateriapalvelut. Kotona asuminen mahdollistaa kotihoidon asiakkaan itsemääräämisoikeuden, vapauden ja olemisen omana itsenään. Normaali ja itsenäinen elämä tukee myös asiakkaan elämänlaatua (Ronkainen ym. 2002). Ikääntyvien lisääntyvä määrä tulevaisuudessa kasvattaa yhä enemmän kotihoidon asiakkaiden määrää. Valtakunnallisten tavoitteiden mukaan ikääntyneiden toimintakykyä ja kotona asumista mahdollisimman pitkään pyritään tukemaan riittävillä ja oikealla hetkellä osoitetuilla sosiaali- ja terveyspalveluilla. Moniammatillisena yhteistyönä kotihoidosta suunnitellaan yksilöllinen palvelukokonaisuus, jossa huomioidaan asiakkaan elämäntilanne (Heinola 2007a).

Kotihoidon sisällössä ja kriteereissä määritellään kotihoidon asiakkaaksi tulo, asiakkaana olo sekä asiakkuuden päättyminen tai muuttuminen. Tavoitteena on asiakkaan kotona selviytymisen tukeminen hänen voimavarojensa mukaisesti. Kotihoidon asiakaskunta koostuu pääosin ikäihmisistä, mutta tarpeen vaatiessa palveluita järjestetään kaikenikäisille (Uusi Äänekoski 2007). Kotihoidon asiakkaat ovat nykyään toimintakyvyltään huonompia, koska suurin osa asiakkaista koostuu

75–84-vuotiaista. Nämä tekijät vaikuttavat siihen, että yhä useampi tarvitsee kotihoitoa ja kotipalvelua (Heinola 2007a). Keski-Suomessa vuonna 2007 tehty tutkimus osoittaa, että 75 vuotta täyttäneistä yksinasuvista 69 % tarvitsi kotihoitoa viimeisimmän vuoden aikana (Siltaniemi ym. 2007, 71). Osa kotihoidon asiakkaista kuuluu valvotun kotisairaanhoidon piiriin. Valvottuun kotisairaanhoitoon asiakkaat tulevat lääkärin lähetteellä, ja toiminta on lääkärin valvonnan alaista. Tarkoituksenmukaiset asiakkaan palvelut määritellään hoito- ja palvelusuunnitelman tekemisen yhteydessä. Hoito- ja palvelusuunnitelma laaditaan yhdessä eri toimijoiden kanssa moniammatillisena yhteistyönä (Uusi Äänekoski 2007).

2.1.2 Hoito- ja palvelusuunnitelma

Laadukkaan kotihoidon ratkaiseva tekijä on huolellisesti tehty moniammatillinen kokonaiskartoitus, joka on kirjallinen hoito- ja palvelusuunnitelma. Hoito- ja palvelusuunnitelmaa koskevat erilaiset sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännöt. Näitä lakeja ja asetuksia ovat laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000), sosiaalihuoltoasetuksen (607/83) 6 §, sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista (912/1992) annetun asetuksen 3 §, potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) säädetyn lain 4a § sekä sosiaali- ja terveysministeriön asetus (99/2991) potilasasiakirjojen laadinnasta (Heinola 2007b).

Hoito- ja palvelusuunnitelman avulla pystytään tarjoamaan yksilöllinen ja jatkuva hoitokokonaisuus. Kotihoidon asiakkaan tarpeet luovat perustan sille, millaisia palveluita tarvitaan. Suunnitelman tekemiseen osallistuvat moniammatillinen työryhmä, toimintaa koordinoiva työntekijä, asiakas ja tarpeen mukaan asiakkaan omaiset (Voutilainen ym. 2002). Hoito- ja palvelusuunnitelman palvelutarpeissa määritellään asiakkaan/omaisen ilmaisemat palvelutarpeet, ammattilaisten tekemä toimintakyky- ja voimavara-arvio, keskustelujen ja havaintojen perusteella tehty arvio sekä kodin ja kotiympäristön esteettömyysarvio. Suunnitelma on kattava tiedonlähde työntekijöille asiakkaan tilanteesta. Hoito- ja palvelusuunnitelma sisältää konkreettiset yksilölliset ja saavutettavissa olevat tavoitteet sairauksien hoitamiselle sekä toimintakyvylle ja elämänlaadulle. Keskeistä on myös kirjata keinot näiden tavoitteiden saavuttamiseksi sekä se, kuinka ja ketkä näitä tavoitteita ja niiden saavuttamista arvioivat sekä valvovat. Kotihoito toteutetaan hoito- ja

palvelusuunnitelman mukaisesti. Asiakkaan tarpeiden muuttuessa suunnitelmaa päivitetään (Heinola 2007b).

Kuntouttavan työotteen arviointi tapahtuu samalla, kun hoito- ja palvelusuunnitelman asetettuja tavoitteita arvioidaan (Holma ym. 2002). Kuntouttavan työotteen avulla pyritään edistämään omatoimisuutta ja ehkäisemään toimintakyvyn nopeaa heikkenemistä (Uusi Äänekoski 2007). Kuntouttava työote on asiakaslähtöistä, ja tavoitteet määritellään yhdessä asiakkaan/omaisten sekä moniammatillisen työryhmän kanssa (Holma ym. 2002). Tavoitteena on toimintakyvyn ylläpitäminen ja parantaminen. Tällä toiminnalla voidaan estää myös laitoshoitoon siirtymistä. Moniammatillisella yhteistyöllä ja ennaltaehkäisevällä toiminnalla kyetään tukemaan ja auttamaan kotona selviytymisessä sekä järjestämään tarkoituksenmukaisia palveluja kotihoidon asiakkaille (Uusi Äänekoski 2007). Omien voimavarojen mukaan toimiminen ja mielekkäiden asioiden tekeminen tukevat kotihoidon asiakkaan normaalia elämää ja minäkuvaa sekä parantavat heidän elämänlaatuansa (Holma ym. 2002).

2.1.3 Elämänlaatu ja toimintakyky

Kotihoitoa toteutettaessa tavoitteena ei saa olla vain määrällisten eli fyysisten tarpeiden täyttäminen. Kotihoidon asiakkaan tarpeita määriteltäessä on keskeistä miettiä kotihoidon laadullisia tavoitteita. Laadullisella kotihoidolla pyritään asiakkaiden kokonaisvaltaiseen elämänlaadun, toimintakyvyn ja voimavarojen vahvistamiseen (Heinola & Luoma 2007).

Elämänlaadun käsite on moniulotteinen. Elämänlaadun määrittämiseen vaikuttaa, kuka käsitteen määrittää ja mistä näkökulmasta. Elämänlaatu ei merkitse vain sairauksia ja niiden puuttumista, vaan se liittyy elämän kaikkiin ulottuvuuksiin (Bond & Corner 2004, 19-20). Musschengan (1997) mukaan elämänlaadun käsite koostuu normaaleista toiminnoista, tyytyväisyydestä elämään ja kehittymisestä ihmisenä. Elämänlaatu koostuu kaikista niistä tekijöistä, jotka ovat tarpeen, että ihminen voi hyvin (Vaarama 2002). Näitä tekijöitä ovat terveys, hyvinvointi, aineellinen hyvinvointi, sosiaaliset suhteet, elämän mielekkyys, tyytyväisyys ja ympäristön viihtyisyys. Ihmisen sairastuessa elämänlaatuun vaikuttavat myös suhtautuminen

omaan sairauteen, toimintakyvyn heikkenemiseen, hoitoon ja palveluihin sekä hengellisiin asioihin. Myös jokaisen oma käsitys elämänlaadusta vaihtelee ajan ja senhetkisen elämäntilanteen mukaan. Kotihoidon asiakasta koskevien palveluiden ja hoidon tavoitteena on elämänlaadun tukeminen niissä toimintaympäristöissä, joissa he asuvat sekä tarvitsevat hoitoa ja palveluita. (Vaarama 2002).

Kun elämänlaatua mitataan subjektiivisilla ja objektiivisilla mittareilla, saadaan muodostettua parempi kokonaiskuva. Subjektiivinen elämänlaatu on ihmisen oma kokemus omasta elämästä – tyytyväisyys omaan elämään. Objektiivinen elämänlaatu kuvaa, missä suhteessa yksilö täyttää havaittavissa olevat ns. hyvän elämän ehdot (Vaarama 2002, Heinola & Luoma 2007). Elämänlaadun mittareissa käytetyt muuttujat kuvaavat terveydentilaa, fyysistä toimintakykyä, ympäristön olosuhteita, sosiaalisia suhteita, psyykkistä hyvinvointia ja yksilön omakohtaista käsitystä hyvinvoinnistaan. Kotihoidon asiakkaan elämänlaatu koostuu subjektiivisesta tyytyväisyydestä elämään, toimintakyvyn ja ympäristön rajoitteista (Heinola & Luoma 2007).

Kotihoidon asiakkaiden päivittäisten toimintojen itsenäinen hoitaminen ja sosiaalisten suhteiden ylläpitäminen ovat yhteydessä toimintakykyyn ja voimavaroihin. Toimintakyky koostuu neljästä osa-alueesta: fyysinen, kognitiivinen, psyykkinen ja sosiaalinen. Päivittäisistä perustoiminnoista (syöminen, juominen, nukkuminen, pukeminen, peseytyminen, wc-käynnit, liikkuminen), välinetoiminnoista (kotiaskareet, kodin ulkopuolella asiointi) selviytyminen sekä terveydentila ja toiminnan vajaukset muodostavat fyysisen toimintakyvyn (Heinola & Luoma 2007). Toimintakyvyn heikkeneminen ja avun tarve huonontavat elämänlaatua. Heikentynyt toimintakyky vaikuttaa terveyden tuntemiseen, elämän tarkoituksellisuuden kokemiseen ja elämään tyytyväisyyteen (Heikkinen 2008). Muisti, tiedon oppiminen ja käsittely, toiminnan ohjaaminen ja kielellinen toiminta ovat kognitiivista toimintakykyä. Ihmisen elämänhallinta, mielenterveys ja psyykkinen hyvinvointi, joihin liittyvät itsearvostus, mieliala, voimavarat ja selviytyminen haasteista tarkoittavat psyykkistä toimintakykyä. Sosiaalinen verkosto ja vuorovaikutus ilmentävät sosiaalista toimintakykyä (Heinola & Luoma 2007). Vaikeudet liikkumisessa saattavat estää mahdollisuuden sosiaalisen vuorovaikutukseen ja aiheuttaa yksinäisyyttä (Heikkinen 2008). Näiden lisäksi toimintakykyyn kuuluvat asunnon ja asuinympäristön esteettömyys, jotka on otettava

huomioon erityisesti toimintakyvyn kannalta. Esteellinen asunto- ja asuinympäristö heikentää ja saattaa estää toimintakyvyn toteutumista (Heinola & Luoma 2007).

Kotihoidon asiakkaiden toimintakykyä arvioidaan samalla, kun mietitään palveluiden tarvetta. Arviointi tapahtuu asiakkaan kotona. Näin pystytään saamaan selkeä kuva hänen selviytymisestään omassa tutussa ympäristössä. Kotihoidon asiakkaan omaiset pyydetään tarvittaessa kartoitukseen mukaan. Tilanteen kokonaisarvioijina toimivat kotihoidon asiakas, mahdollinen omainen, kotihoidon työntekijät, hoitava lääkäri sekä tarpeen mukaan muita terveydenhuollon ammattilaisia. Erilaisia mittareita on olemassa kunkin toimintakyvyn osa-alueen selvittämiseen. Pelkät mittarit eivät anna selkeää vastausta, vaan aina tulee keskustella yhdessä kotihoidon asiakkaan kanssa ja tehdä havaintoja hänen toiminnoistaan. Voimavarakeskeistä ajattelutapaa on alettu viime vuosina myös esittää toimintakyvyn rinnalla (Heinola & Luoma 2007).

Fyysisen toimintakyvyn heikkeneminen ja useat erilaiset sairaudet aiheuttavat kotihoidon tarpeen. Tulevaisuudessa kotihoidon haasteena on ikääntyvien määrän lisääntyessä kotona asuvien dementiaoireisten määrän kasvaminen. Myös useat ikäihmiset sairastavat psyykkisiä sairauksia sekä he käyttävät alkoholia yhä enemmän. Näiden kaikkien ongelmien lisääntyminen tulevaisuudessa luovat paineita erilaisten tukimuotojen järjestämiselle (Heinola 2007a).

2.2 Suun terveyden tekijät

Suun terveys vaikuttaa merkittävästi kotihoidon asiakkaiden päivittäiseen elämänlaatuun ja sen kokemiseen. Suun ja hampaiden sairaudet ja vaivat tulee hoitaa sekä ennaltaehkäistä mahdollisimman varhaisessa vaiheessa elämänlaadun ja yleisterveyden parantamiseksi (Komulainen & Hämäläinen 2008). Terveys 2000 -tutkimuksesta ilmenee, että ikääntyneillä esiintyy paljon suu- ja hammassairauksia, joita ei ole hoidettu (Vehkalahti & Knuuttila 2004).

2.2.1 Kotihoidon asiakkaiden suussa esiintyvät sairaudet ja vaivat

Omien hampaiden reikiintyminen eli karies ilmenee monitekijäisenä mikrobisairautena, jonka syntymiseen vaikuttavat ravinto, suun bakteerit, hampaiden vastustuskyky, syljen koostumus ja määrä (Meurman ym. 2003, 372). Hampaiden reikiintymistä aiheuttaa myös suun bakteereiden tuottama hapon määrä hampaan pinnalle. Näiden happojen muodostumiseen vaikuttavat nautitun sokerin ja tärkkelyksen määrä sekä tiheys. Joka syönnin ja juomisen jälkeen (paitsi vesi) hampaisiin tulee puolen tunnin happohyökkäys, jolloin hampaissa tapahtuu liukenemista. Puolessa tunnissa sylki ehtii palauttaa hampaiden happotason normaaliksi. Hampaat kestävät 5–6 happohyökkäystä päivässä. Liian tiheä syöminen ja sokeripitoisten juomien nauttiminen sekä syljen erityksen vähäisyys edistävät reikiintymistä. Syljen eritys saattaa heiketä sairauden, lääkityksen tai puremisen vähentymisen myötä. Hampaiden reikiintyminen voi tapahtua lyhyessä ajassa, sillä ikääntyminen heikentää kivuntuntemusta. Tämän vuoksi hampaiden reiät voivat edetä pitkälle ja olla syviä (Suomen Hammaslääkäriliiton Vanhustyöryhmä 2003, 11). Terveys 2000 -tutkimuksen mukaan karioituneet hampaat olivat ongelma vain osalle väestöä. Naisten hampaiden kunto oli parempi verrattuna miehiin. Yli 75-vuotiaista miehistä jopa 54 %:lla esiintyi kariesta (Vehkalahti ym. 2004).

Yleisin omien hampaiden kiinnityskudossairaus on hampaan pintaan ienrajaan kiinnittyvän biofilmin, bakteeripeitteen, aiheuttama ientulehdus, gingiviitti. Terve ien on väriltään vaaleanpunainen ja kiinteä. Jos hampaiden puhdistaminen ei onnistu, bakteerit alkavat kasvaa ikenen alla aiheuttaen ientulehdusta. Tulehtunut ien on tummapunainen, turvonnut ja vuotaa verta herkästi. Ientulehdus paranee, kun hoito aloitetaan ajoissa puhdistamalla ja harjaamalla ienrajat oikein (Suomen Hammaslääkäriliitto Vanhustyöryhmä 2003, 10–11). Terveys 2000 -tutkimuksessa todetaan, että eläkeikäisistä miehistä 22 %:lla ja naista 40 %:lla hampaat olivat puhtaat. Kuitenkin miehistä 30 %:lla ja naisista 14 %:lla oli erittäin likaiset hampaat (Vehkalahti & Knuuttila 2004). Myös Terveys 2000-tutkimuksessa esiintyi ientulehdusta yli 65-vuotiaista miehistä 75 %:lla ja naisista 72 %:lla (Knuuttila 2004).

Jos biofilmiä ei poisteta puhdistamalla hampaan pinnalta, siihen alkaa kertyä syljestä ja ientaskunesteestä kalkkisuoloja, jotka muuttuvat vähitellen hammaskiveksi.

Hammaskivi ja sen pinnalla oleva bakteeripeite alkavat kasvaa hampaan pintaa pitkin ikenen alle. Tällöin tulehdus aiheuttaa hampaiden kiinnityskudosten tuhoa eli parodontiittia. Kiinnityksen heikentyessä hampaat alkavat liikkumaan, ientaskusta vuotaa märkää ja hengitys muuttuu pahanhajuiseksi. Parodontiitti on yksilöllistä, koska jokaisen oma vastustuskyky, yleissairaudet ja suun bakteerit vaikuttavat taudin etenemiseen. Tuhoutunut kiinnityskudos ei palaudu ennalleen (Suomen Hammaslääkäriliitto Vanhustyöryhmä 2003, 10–11). Terveys 2000 -tutkimuksessa todettiin syventyneitä ientaskuja olevan yli 65-vuotiailla miehillä neljällä viidestä ja naisilla kahdella kolmesta. Parodontiitti on iäkkäillä yleisempi syy hampaiden menetykseen kuin reikiintyminen (Knuuttila 2004). Parodontiitti ei anna välttämättä oireita ja etenee salakavalasti, joten monikaan ei tiedosta sairastavansa kiinnityskudossairautta. Riittävän ajoissa tehty diagnoosi ja hoito ovat edellytyksenä tulehduksen pysäyttämiselle ja onnistuneelle taudin etenemisennusteelle. Oireet eivät aina aiheuta vain suuhun oireita vaan on pystytty eri tutkimuksin osoittamaan parodontiitin yhteys kroonisiin kansansairauksiin, kuten sydän- ja verisuonisairaudet sekä diabetes (Könönen 2007).

Suurimmalla osalla iäkkäistä suun limakalvovaivat liittyvät proteesien käyttöön. Ikääntymisen myötä suun limakalvot tulevat herkemmiksi ja haavoittuvimmiksi mekaanisille vaurioille. Terveys 2000 -tutkimuksen mukaan irrotettavien hammasproteesien käyttäjillä esiintyi lähes puolella limakalvomuutoksia, joista suurin osa oli hoidettavissa (Söderholm & Suominen-Taipale 2004). Proteesistomatiitti on yleisin hiivatulehduksen aikaansaama suun sairaus, jonka syntymiseen vaikuttaa proteesien aiheuttama trauma. Suupielen tulehdus on myös melko tavallisesti esiintyvä hiivatulehdus. Nämä molemmat ovat yleisempiä naisilla kuin miehillä, ja ne ovat yhteydessä kehon puolustusmekanismiin. Kotona asuville 76-, 81- ja 86-vuotiaille suomalaisille tehty tutkimus osoitti, että iäkkäillä oli vähän suun haavaumia, joten tutkijoiden mielestä ne eivät ole suun limakalvosairauksien pääongelma. Kuitenkin suun haavaumien ja levyepiteelisolukarsinooman yhteys on aina muistettava hoidettaessa potilaita, joilla on suun limakalvovaiva. Suurin osa suun limakalvomuutoksista on hyvänlaatuisia, mutta ne voivat muuttua pahanlaatuisiksi limakalvoa altistavien ja ärsyttävien tekijöiden vallitessa (Nevalainen ym. 1997). Terveys 2000 -tutkimuksessa tarkempaa diagnoosia vaativia limakalvomuutoksia esiintyi viidesosalla (Söderholm & Suominen-Taipale 2004). Suusyövän ilmentymisen

riski kasvaa ikääntymisen myötä. Varhainen diagnoosi ja hoito ovat tehokkain tapa hoitaa suusyövän eri muotoja (Silverman 2007).

Erilaisia kielen muutoksia aiheutuu usein monien yleissairauksien ja lääkitysten käytön seurauksena. Burning mouth, suun polte, aiheuttaa kirvelyä ja poltetta suun limakalvoilla, kielessä ja/tai huulissa. Syynä voi olla allergia, kipuaistimuksen häiriö tai ikääntymiseen liittyvät raudan tai vitamiinien puutostilat. Kipeät, vaaleat ja punareunaiset haavaumat suun limakalvoilla ovat aftoja. Vaikka niiden aiheuttaja on epäselvä, on pystytty selvittämään niille altistavia tekijöitä: limakalvon kemiallinen ärsyttäminen, stressi, raudan ja tiettyjen vitamiinien (B, foolihappo, sinkki) puute sekä hormonipitoisuuden vaihtelut. Herpes zoster, vyöruusu, voi oirehtia myös suussa rakkuloina ja hammaskipuna (Suomen Hammaslääkäriliiton Vanhustyöryhmä 2003, 15–17).

Useilla kotihoidon asiakkaista on erilaisia yleissairauksia ja lääkityksiä, jotka vaikuttavat suun terveyteen aiheuttaen kipua ja epämukavaa oloa (Ettinger 2007). Useilla sairauksilla ja lääkkeillä on syljen eritystä vähentävä vaikutus (Turner & Ship 2007). Yleisimpiä käytettäviä lääkkeitä ovat verenpaine- ja psyykenlääkkeet. Mitä enemmän lääkkeitä on käytössä, sitä vähemmän sylkeä on suussa (Ettinger 2007). Syljen tehtävänä on suojata, puolustaa ja parantaa suuta. Syljen erityksen väheneminen aiheuttaa suuhun helposti haavaumia, proteesien pysymisen heikkenemistä, hampaiden reikiintymistä ja suun mikrobimäärän lisääntymistä (Meurman ym. 2003, 721).

Ruokailu saattaa olla erityisesti ikääntyville ainoita elämän nautintoja, minkä tulisi tuottaa mielihyvää ja virkistystä. Hyvä suun terveys antaa mahdollisuuden nauttia monipuolista ravintoa (Pitkälä ym. 2005). Tutkimusten mukaan miehet kiinnittävät enemmän huomiota fyysisiin suun toimintoihin, kuten syömiseen (McGrath & Bedi 1999, Walls & Steele 2004). Vajaahampaisuus tai hampaattomuus vaikeuttaa ruoan puremista, aiheuttaa ruoansulatusongelmia ja saattaa johtaa siihen, että henkilö valitsee heikkoravinteista, aliravitsemusta aiheuttavaa ruokaa. Aliravitsemus altistaa erilaisille suun terveysongelmille: purentaongelmat, nielemisvaikeudet, suukivut ja suun kuivuus. Hampaattomuuden on osoitettu olevan vahvasti yhteydessä alhaiseen painoindeksiin (Mojon ym. 1999, Soini ym. 2006). Aliravitsemuksen riski pienenee,

kun elimistö saa terveydelle tärkeitä suojatekijöitä ja ihminen voi nauttia ravintoa, joka alentaa myös sydän- ja verisuonisairauksien riskiä (Vehkalahti & Knuuttila 2008).

2.2.2 Suun terveyden vaikutus elämänlaatuun

Ikääntyneet ilmaisevat, että suun terveydellä on vaikutusta elämänlaatuun (McGrath & Bedi 1999). Suun terveys on tärkeä osa yleisterveyttä, hyvinvointia ja elämänlaatua (Petersen & Nordrehaug-Åstrøm 2008). Suun terveyteen liittyvistä elämänlaadun tutkimuksista ilmenee, että englantilaisista aikuisista kahdeksalla prosentilla suun terveys vaikutti voimakkaasti elämänlaatuun (Nuttall ym. 2001) sekä englantilaisista 16 % ja australialaisista 18 % ilmoitti vaikutuksia olevan melko tai hyvin usein (Slade ym. 2005). Hampaattomista vanhuksista 17 %:lla ja hampaallisista 13 %:lla oli vähintään yksi suun tekijä, joka heikensi heidän päivittäistä elämänlaatuaan (Sheiham ym. 2001a). Suun terveys vaikuttaa elämänlaatuun sosiaalisesti, fyysisesti ja psykososiaalisesti (Locker 1997, McGrath & Bedi 2004). Nämä vaikutukset ilmenevät kykynä nauttia elämästä, puhua, pureksia, maistaa ruokaa, seurustella ja tuntea sosiaalista hyvinvointia (Locker 1997).

Hyvällä suun terveydellä koetaan olevan eniten merkitystä monipuolisen ravinnon nauttimiseen (McGrath & Bedi 2004). Ravitsemus ja terve suu ylläpitävät elämänlaatua sekä elämän mielekkyyttä. Elämänlaatua ja suun terveyttä krooniset sairaudet sekä lääkitykset heikentävät niin, ettei kykene syömään, puhumaan, maistamaan ja nielemään. Suun terveyteen liittyvät ongelmat aiheuttavat ruokalajien valikoimista niin, että kasvikset ja vihannekset jäävät pois ruokavaliosta (Sheiham ym. 2001b), mistä seuraa tarpeellisten vitamiinien ja hivenaineiden puutos elimistöstä (Walls & Steele 2004). Nämä tekijät lisäävät ikääntyvien aliravitsemusta (Semba ym. 2006, Soini ym. 2006) vaikuttaen samalla päivittäiseen elämänlaatuun. Ikääntymisen myötä energiantarve vähenee, mutta ravintoaineiden ei. Erityisesti hampaattomuus on riskitekijä aliravitsemukselle (Soini ym. 2006), alipainolle (Srisilapanan & Sheiham 2001) ja fyysiselle terveydelle sekä heikolle itsetunnolle (Starr ym. 2008).

Myös hyvän suun terveyden vaikutusta hyvinvointiin pidetään tärkeänä. Suun terveydellä koetaan olevan vähiten vaikutusta ulkonäköön, yleisterveyteen,

luottamukseen, huolettomaan käytökseen, puheeseen ja sosiaaliseen kanssakäymiseen (McGrath & Bedi 2004). Kressin ym. (1996) mukaan ne, jotka tuntevat suun terveyteen liittyvän elämänlaadun parempana, ilmaisevat vähemmän syömisongelmia ja suun kipuja.

Suun kuivuus (Turner & Ship 2007) ja erilaiset suun kivut aiheuttavat erityisesti ikääntyvien elämänlaadun huononemista (Silverman 2007). Semban ym. (2006) mukaan iäkkäillä naisilla, joilla on hammasproteesit sekä pureskelu- tai nielemisvaikeuksia, on korkeampi riski yleiseen terveydentilan heikkouteen ja kuolleisuuteen. Myös tyytyväisyys hammasproteeseihin vaikuttaa elämänlaatuun (Veyrune ym. 2005) sekä depression kokemiseen (John ym. 2007). Hyvät hammasproteesit parantavat ikääntyvän purentakykyä ja fyysistä, henkistä sekä psykososiaalista elämänlaatua (Srisilapanan & Sheiham 2001). Veyrunen ym. (2005) esittävät, että uusien hammasproteesien tekeminen ei saa perustua vain kliiniseen tutkimukseen vaan on myös huomioitava asiakkaan elämänlaatuun vaikuttavat tekijät. Itsearvioidulla purentakyvyllä ja elämänlaadulla (Veyrune ym. 2005) sekä 80-vuotiaiden purentakyvyn ja fyysisen toimintakyvyn välillä on osoitettu olevan yhteys (Takata ym. 2006).

Lockerin ja Allenin (2007) mukaan suun terveydenhuollossa on alettu kiinnittää huomioita elämänlaatuun vaikuttaviin suun tekijöihin ja suun terveyteen liittyvään elämänlaatuun. Tämän seurauksena on kehitetty erilaisia suun terveyteen liittyvän elämänlaadun mittareita (Taulukko 1).

Taulukko 1. Suun terveyteen liittyvät elämänlaadun mittarit (Slade 2002, Brodani & MacEntee 2007).

Mittari	Mittauskohde	Kysymysten lukumäärä
Sociodental Impacts of Dental Disease (SIDD)	pureminen, puhuminen, hymyileminen, nauraminen, kipu, ulkonäkö	14
RAND dental health index	kipu, hankaluus, keskustelu	3
General oral health assessment index	pureminen, syöminen, sosiaaliset kontaktit, ulkonäkö, kipu, hankaluus, itsetietoisuus	12
Dental impact profile (DIP)	ulkonäkö, syöminen, puhuminen, itseluottamus, onnellisuus, sosiaalinen elämä, ihmissuhteet	25
Oral health impact profile (OHIP-49)	toiminto, kipu, fyysiset, psykologiset ja sosiaaliset vaikeudet, hankaluudet	49
Subjective oral health status indicators (SOHSI)	pureminen, puhuminen, oireet, kommunikaatio, sosiaaliset suhteet	42
Oral health quality of life inventory (OH-Qol)	suun terveys, ravinto, itsearvioitu suun terveys, yleinen elämänlaatu	15
Dental impact on daily living (DIDL)	hyvinvointi, ulkonäkö, kipu, päivittäinen toiminta, syöminen	36
Oral health-related quality of life (OHQoL)	päivittäiset ja sosiaaliset toiminnot, keskustelu	3
Oral impacts on daily performances (OIDP)	toimintakyky syödessä, puhuessa, suuhygienia, nukkuminen, ulkonäkö, emootio	8
Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI)	fyysinen ja psyykkinen toimintakyky, kipu ja hankaluudet	12

Keskeisimmät tutkimukset ja tutkimustulokset käyttäen suun terveyteen liittyviä elämänlaadun eri mittareita esitetään taulukossa (Liite 1). Seuraavassa esitetään lyhyt yhteenveto näistä tutkimuksista.

Tutkittaessa suomalaisten aikuisten hammashoitopelkoa selvitettiin samalla suun terveyteen liittyviä ongelmia. Kovasti pelkäävät, joita tutkituista oli 10 %, ilmaisivat suun terveysongelmia enemmän kuin muut, ja heillä oli huonompi hammasterveys. Yli 65-vuotiaat, jotka harjasivat hampaat alle kaksi kertaa päivässä, pelkäsivät hammashoitoa enemmän. Myös säännöllisesti tupakoivat pelkäsivät hammashoitoa enemmän muihin verrattuna (Pohjola 2009).

Suun terveyteen liittyvä elämänlaatu oli yhteydessä havaittuun hammashoidon tarpeeseen, huonoon itsearvioituun terveyteen ja mielenterveyteen, omien hampaiden vähäisyyteen sekä melko heikkoon kognitiiviseen toimintakykyyn (Jensen ym. 2008). Suun terveyteen liittyvät erilaiset ongelmat vaikuttivat asiakkaiden elämänlaatuun negatiivisesti. Kun hampaiden kiinnityskudossairautta sairastavilta asiakkailta selvitettiin suun sairauden vaikutusta heidän elämänlaatuunsa, noin puolet tutkituista ei ollut tyytyväisiä hampaiden ja ikeniensä terveyteen. Yksi viidesosa ilmaisi hampaiden, ikenien tai proteesien huonontavan usein heidän

elämänlaatuansa. Yleisimmät ongelmat olivat kipu, rentoutumisvaikeus ja erilaiset proteesivaivat. Suun terveyteen liittyvään elämänlaatuun ei liity vain fyysinen toimintakyky, vaan myös mahdollisuus rentoutumiseen ja sosiaaliseen vuorovaikutukseen. Hampaan poistoilla oli sekä positiivinen että negatiivinen vaikutus elämänlaatuun. Kun kipu, turvotus ja tulehdus katosivat hampaan poistolla, asiakas tunsi elämänlaatunsa parantuneen. Hampaan poisto vaikutti huonontavasti elämänlaatuun siten, että suun toimintakyky heikkeni sekä suun ja hampaiden ulkonäkö muuttui (Cunha-Cruz ym. 2007).

Kuiva suu ja vähentynyt syljeneritys vaikuttivat merkittävän heikentävästi kotona asuvien melko terveiden vanhusten päivittäiseen elämänlaatuun (Ikebe ym. 2007). Erityisesti xerostomiasta (suun kuivuus) kärsivän potilaan päivittäiseen elämään kroonisella suun kuivuudella oli selvä vaikutus. Xerostomiaa ei voida pitää vähäpätöisenä vaivana, sillä se vaikutti merkittävästi elämänlaatuun (Thomson ym. 2006).

Huonolla purentakyvyllä ja huonolla elämänlaadulla oli yhteys toisiinsa. Kuitenkaan hampaiden lukumäärällä ei ollut vaikutusta elämänlaatuun (Takata ym. 2006). Hammasproteeseilla, erityisesti yläpuolen proteeseilla, oli vaikutusta elämänlaatuun. Kun henkilöllä oli yläproteesi, hän pystyi paremmin olemaan vuorovaikutuksessa toisten kanssa. Alahampaiden puuttumisen ei koettu olevan puhumisen esteenä eikä aiheuttavan ulkonäköongelmia. Ihmiset kokivat yhdeksän oman hampaan heikentävän elämänlaatua enemmän kuin syövän, kohonneen verenpaineen tai allergian sairastamisen. Yleissairauksista osteoporoosi, reuma ja nikamien rappeutuma huononsivat elämänlaatua enemmän kuin hampaiden vähäisyys (Mack ym. 2005).

Suun terveydellä oli vaikutusta ihmisten elämän laatuun. Nämä suun vaikutukset esiintyivät kykynä syödä, nauttia ruokaa, nukkua, rentoutua, hymyillä ja nauraa. Kuitenkin suun terveydellä oli vähän tai ei lainkaan vaikutusta elämänlaatuun (Okunseri ym. 2005). Ikääntyvillä, joilla oli suussa vähintään 20 omaa hammasta, kokivat vähemmän fyysisiä ongelmia. Hyvä suun terveys oli verrannollinen hyvään yleisterveyteen ja elämänlaatuun. Toimintakyvyllä ja omien hampaiden lukumäärällä ei voitu osoittaa olevan yhteyttä (Akifusa ym. 2005).

Hampaat, suu ja proteesit aiheuttivat fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia ongelmia kohtalaisen yleisesti. Ongelmia kokivat ikääntyneet enemmän kuin työikäiset. Ikääntyvien suun vaivat liittyivät syömiseen ja heikentyneeseen makuaistiin. Ikääntyneet tiedostivat huonommin säännöllisen hammashoidon tarpeen (Harju ym. 2004). Itsearvioitu suun terveys oli parempi henkilöillä, joilla oli enemmän omia hampaita ja he olivat käyneet äskettäin hammashoidossa. Itsearvioitu terveydentila oli huonompi sellaisilla henkilöillä, joilla oli hampaiden liikkuvuutta, isoja kariesleesioita ja enemmän erilaisia lääketieteellisiä ongelmia (Jones ym. 2001).

Hammasproteeseilla oli tärkeä merkitys suun terveyteen liittyvän elämänlaadun parantumisessa verrattuna sosiodemografisiin tekijöihin (John ym. 2004). Jones ym. (2003) selvittivät asiakkaiden näkökulmasta hampaiden lukumäärän, hampaattomuuden ja hammasproteesien käytön vaikutusta heidän päivittäiseen elämäänsä. Tutkituista ne, joilla oli vähintään 25 omaa hammasta, suurin osa arvioi suun terveytensä eriomaiseksi, erittäin hyväksi tai hyväksi. Heidän suun terveyteen liittyvä elämänlaatunsa oli myös parempi. Niillä, joilla oli enintään 24 omaa hammasta, kokivat suun terveytensä kohtuulliseksi. Hammasproteeseja käyttävillä oli enemmän kipuja ja vaivoja kuin hampaattomilla. Hampaattomat välttivät enemmän tiettyjen ruokien syömistä. Hampaattomilla ja enintään 24 omaa hammasta omistavilla oli vaikeuksia rentoutumisessa proteesien, ikenien tai omien hampaiden ongelmien vuoksi. Nämä ongelmat aiheuttivat heille myös hermostuneisuutta ja vaivautuneisuutta. Mitä vähemmän omia hampaita oli suussa, sitä enemmän vältettiin ulkona käymistä ja seurustelua toisten ihmisten kanssa (Jones ym. 2003).

2.2.3 Kotihoidon asiakkaiden suun terveyttä edistävät tekijät

Kotihoidon asiakkaiden suun terveyden peruselementit ovat huolellinen omien hampaiden harjaus aamuin illoin fluorihammastahnalla, hammasvälien puhdistus päivittäin, hammasproteesien puhdistus kaksi kertaa päivässä sekä säännölliset, terveelliset ateriat (Liite 2). Ensisijaisena tavoitteena on puhdas ja terve suu. Terveys 2000 -tutkimuksen mukaan hampaallisista eläkeikäisistä (yli 65-vuotiaista) miehistä ja naisista 77 % käytti fluorihammastahnaa päivittäin. Joka toinen harjasi hampaat kaksi kertaa päivässä. Pääosa tutkimukseen osallistuneista ei puhdistanut hammasvälejään hammaslangalla koskaan (Vehkalahti & Knuuttila 2004).

Hyvää suun terveyttä ylläpidetään myös hammasproteesien oikealla hoidolla. Näin turvataan terve suu ilman suun limakalvotraumoja ja tulehduksia sekä proteesien käyttöikä pitenee. De Castellucci Barbosan ym. (2008) tutkimuksen mukaan suurin osa ikääntyneistä ottaa proteesit pois suusta vain niiden puhdistamisen ajaksi. Proteesien puhdistukseen käytetään pääasiassa hammastahnaa ja hammasharjaa. Myös useat nukkuvat yön ajan proteesit suussa (de Castellucci Barbosa ym. 2008), mutta jatkuva proteesin käyttö aiheuttaa herkemmin proteesistomatiittia (Nevalainen ym. 1997). Kuitenkin suosituksena on, että hammasproteesit säilytetään yön ajan kuiviltaan poissa suusta ja niiden puhdistamiseen käytetään astianpesuainetta (Komulainen & Hämäläinen 2008). Terveys 2000 -tutkimuksessa todetaan, että proteesien puhdistaminen oli melko hyvä joka toisella yli 65-vuotiaista miehistä ja naisista. Hammasproteesia käyttävistä 63 % puhdisti proteesit kaksi kertaa päivässä ja 33 % yhden kerran päivässä (Vehkalahti & Knuuttila 2004).

Ihminen ei kykene huolehtimaan suunsa, hampaidensa ja proteesiensa puhdistuksesta yhtä hyvin kuin aiemmin, kun toimintakyky heikkenee sekä iän myötä näkö mahdollisesti huonontuu. Nämä tekijät voivat aiheuttaa hampaiden reikiintymistä sekä suun tulehduksia (Suomen Hammaslääkäriliiton Vanhustyöryhmä 2003, 7, 21, 32). Terveys 2000 -tutkimushankkeen osahankkeena selvitettiin sosiaalisen ja psyykkisen toimintakyvyn yhteyttä suun ja hampaiden puhdistukseen. Tuloksena oli, että miesten ja naisten hyvä fyysinen ja sosiaalinen toimintakyky on suoraan verrannollinen puhtaisiin hampaisiin ja proteeseihin (Koskela ym. 2007). Myös tutkittaessa 75-vuotiaiden käden puristusvoimaa havaittiin, että parodontiittia sairastavien puristusvoima laski keskimäärin 28 % (Hämäläinen 2005).

Kotihoidon asiakkaan kyky suun kotihoitoon tulee aina selvittää ja tarpeen mukaan hienovaraisesti ohjata sekä tarjota apua. Tiedot suun hoitotavoista ja limakalvovaivoista ovat huonot erityisesti kotona asuvilla vanhoilla ihmisillä (Nevalainen ym. 1997). Ikääntyvät voivat ajatella hampaiden menetyksen (Lahti ym. 2008), reikiintymisen ja hammasproteesien pysymättömyyden kuuluvan vanhenemisprosessiin eivätkä sen vuoksi hakeudu hammashoitoon (Petersen & Yamamoto 2005). Myös hammashoitopalveluiden käytön esteiksi koetaan taloudelliset ongelmat, hoidon kalleus, tottumattomuus hammaspalveluihin sekä negatiiviset kokemukset hammaslääkäristä (Petersen & Yamamoto 2005).

Tärkeätä on käydä läpi tarvittaessa päivittäiset suun hoito-ohjeet hammashoitokäynnin yhteydessä (Vehkalahti & Knuuttila 2008), sillä asiakkaat eivät saa mielestään riittäviä suun hoito-ohjeita hammashoitokäynneillä (de Castellucci Barbosa ym. 2008). Säännölliset hammaslääkäri-/suuhygienistikäynnit (Kressin ym. 1996), päivittäinen suun kotihoito ja terveellinen ravinto ehkäisevät hammassairauksien etenemistä sekä parantavat elämänlaatua, toimintakykyä ja hyvinvointia (Mojon ym. 1999, Randolph ym. 2001). Monet suun sairaudet ovat progressiivisesti eteneviä ja niiden etenemistä voidaan ehkäistä varhaisella hammashoidolla (Mojon ym. 1999, Boehm & Scannapieco 2007).

Asiakasta hoitava henkilökunta tarvitsee ohjausta ja neuvontaa tunnistamaan suun terveysongelmat sekä auttamaan tarpeen mukaan suun hoidossa (Fitzpatrick 2000). Hoitohenkilökunnan negatiivinen asenne ja yhteistyön puute saattavat pahentaa suun sairauksien etenemistä (Gil-Montoya ym. 2006). Kokonaisvaltaiselle hoito- ja palvelusuunnitelmalla, joka sisältää suun terveydenhoidon, on keskeinen merkitys kotihoidon asiakkaiden suun terveyden edistämisessä (Vehkalahti & Knuuttila 2008). Tärkeätä on ymmärtää ja keskustella asiakkaan kanssa suun terveyden vaikutuksista hänen elämäänsä. Näin saadaan asiakas osallistumaan myös hammashoidon suunnitteluun (Randolph ym. 2001).

Hammashoidon palveluita epäsäännöllisesti käyttävät, hammashuollosta syrjäytyneet iäkkäät ovat suurin haaste suun terveyden edistämiselle. Osa näistä ikäihmisistä kuuluu kotihoidon piiriin. Yksikään suun tutkimus ei ole turha, jos sillä saadaan annettua oikeata tietoa ja vaikutetaan positiivisesti potilaan hyvinvointiin sekä elämänlaatuun. Suun terveyden edistäminen on tärkeä osa hammashuollon kokonaistoimintaa (Vehkalahti & Knuuttila 2008).

3 SUUN TERVEYDENTILAN KARTOITTAMINEN SOSIAALIHAMMASHOIDOLLISELLA LÄHESTYMISTAVALLA

3.1 Sosiaalihammashoidollisen lähestymistavan lähtökohdat

Suun kliinisessä tutkimuksessa tarkastetaan hampaat, purentaan liittyvät tekijät, verenvuoto ikenistä, hammaskivi, parodontiitti, hampaiden liikkuvuus, limakalvot ja proteesit. Kaikki nämä kirjataan asiakastietoihin hammashoidon kliinisillä mittareilla: kariesindeksi (DMFT) ja parodontaali-indeksi (CPI) (Meurman ym. 2003, 103). Näillä mittareilla havaitaan suun sairaudet (Allen 2003) huomioimatta sitä, miten ne vaikuttavat asiakkaan elämänlaatuun (Al Shamrany 2006). Cohenin ja Jagon esittivät jo vuonna 1976 olevan tarvetta sosiaalisille indikaattoreille, kun he selvittivät suun sairauksien vaikutusta päivittäiseen elämänlaatuun. Tämän seurauksena he kehittelivät sosiaalihammashoidolliset indikaattorit (Sociodental Indicator, SCI) hammashoitoon (Cohen & Jago 1976). Sosiaalisia indikaattoreita ja niiden vaikutusta suun terveyteen liittyvään elämänlaatuun on tutkittu laajemmin yli 30 vuoden ajan. Adulyanon ym. (1996), Srisilapanan ja Sheiham (2001), Srisilapanan ym. (2003) sekä Sheiham ja Tsakos (2007) kehittivät sosiaalihammashoidollisen lähestymistavan (Sociodental Approach), jossa suun kliiniseen hoidon tarpeen arviointiin yhdistetään suun terveyteen liittyvät elämänlaadun tekijät.

Hammashoitoon on kehitetty suun terveyteen liittyviä elämänlaadun mittareita (Taulukko 1), jotka huomioivat mahdollisimman kattavasti terveyden sosiaalisen, toiminnallisen ja emotionaalisen näkökulman suun terveydenhuollossa (Allen 2003, Sheiman 2005, Tsakos 2005, Al Shamrany 2006) sekä suun terveyden osana yleisterveyttä (Kressin ym. 1996, Gift ym. 1997). Nykyisillä suun terveyteen liittyvän elämänlaadun mittareilla tehdyt tutkimukset osoittavat suun terveyteen liittyvällä elämänlaadulla olevan vaikutusta (Naito ym. 2006) toiminnalliseen, psykososiaaliseen (Allen 2003), psyykkiseen hyvinvointiin sekä kykyyn nauttia elämästä puhumalla, syömällä ja sosiaalisella kanssakäymisellä tuntematta suun kipua, epämukavuutta tai häpeää (McGrath & Bedi 1999, MacEntee 2007).

Suun terveyteen liittyvän elämänlaadun kartoittamiseen luodaan uusia mittareita sekä nykyisiä mittareita laajennetaan sen mukaan, kun tarvetta ilmenee. Suun

terveyteen liittyvien elämänlaadun mittareiden arviointia varten on laadittu tietyt kriteerit (Taulukko 2) (Locker & Allen 2007).

Taulukko 2. Suun terveyteen liittyvien elämänlaadun mittareiden arvioinnin kriteerit (Locker & Allen 2007).

Kriteerit
1. Onko tarkoitus mitata terveyteen liittyvää elämänlaatua vai ainoastaan elämänlaatua? Onko tämä selvästi ilmaistu? Jos on niin, onko nämä käsitteet määritelty ja olennaiset tekijät tunnistettu?
2. Jos ei, onko vaihtoehtoista käsitettä mitattu määrätyllä ja määritellyllä mittarilla sekä olennaiset tekijät tunnistettu?
3. Määrittääkö tutkija tutkimuskohteen mukaan sen, mitä mittaria käytetään? Onko mittari kehitetty käytettäväksi ryhmiin vai yksilöihin?
4. Koostuvatko keskeiset asiat kyselylomakkeista niiden mukaan, jotka ovat täyttäneet kyselylomakkeen?
5. Onko todisteita, että ne elämän näkökulmat, joihin keskitytään, ovat tärkeitä myös kyselylomakkeen täyttäville?
6. Sisältääkö kyselylomake kokonaiskuvan terveyteen liittyvästä elämänlaadusta tai elämänlaadusta?
7. Kuinka mittarin validiteetti osoitetaan?

Suun terveyteen liittyvän elämänlaadun mittareita on kritisoitu sopimattomuudesta terveyteen liittyvän elämänlaadun mittaamiseen. Kun Locker ja Allen (2007) tarkastelivat viittä yleisimmin käytettyä suun terveyteen liittyvää elämänlaadun mittaria, he totesivat niiden täyttävän vain osittain mittareiden kaksi ensimmäistä pääkriteeriä. Lisäksi tarkempaa huomiota on kiinnitettävä toiminnallisiin ja psykososiaalisiin vaikutuksiin arvioitaessa suun terveyteen liittyvää päivittäistä elämänlaatua (Locker & Allen 2007). Ongelmaa on myös aiheuttanut se, ettei aina tiedetä mitä suun terveyteen liittyvää elämänlaadun mittaria tulisi käyttää. Osa mittareista sisältää hyvin paljon kysymyksiä, minkä seurauksena muutamia mittareita on lyhennetty käytännöllisempään muotoon (Allen 2003).

MacEnteen (2007) mukaan elämänlaadun kokemisella ja sen huomioimisella suun terveydenhuollossa on vaikutusta myös suuhun vaikuttavien käyttäytymismuutosten omaksumisessa. Ihmisten suun terveyskäyttäytyminen on positiivisempaa heidän ymmärtäessään suun sairauksien vaikutukset yleisterveyteen (Al Shamrany 2006). Sosiaalihammashoidollinen lähestymistapa ohjaa ammattilaisten ja asiakkaiden käyttäytymistä, kun he ymmärtävät suun terveyden vaikutuksen kokonaisterveyteen

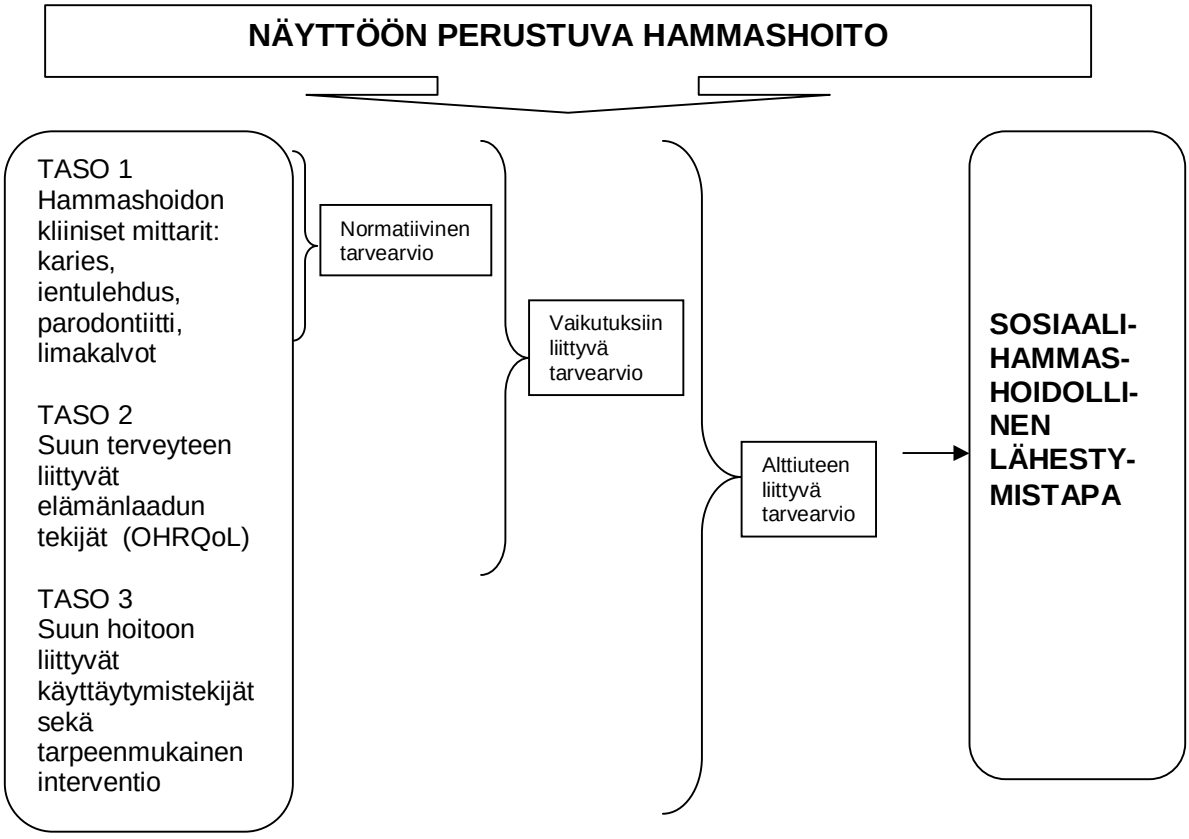
ja elämänlaatuun (Al Shamrany 2006). Kun elämänlaadun tekijät pystytään yhdistämään suun terveyttä mittaaviin tekijöihin, voidaan suunnitella tehokkaita hammashoidon terveyden edistämisstrategioita ja -ohjelmia (Maizels ym. 1993, Al Shamrany 2006). Tutkimusten mukaan lähestymistapa on tehokas ja soveltuu terveyden edistämisen käytäntöihin (Tsakos 2005). Näiden argumenttien perusteella kotihoidon asiakkaiden suun terveyteen liittyvän elämänlaadun tarkastelu käyttäen sosiaalihammashoidollista lähestymistapaa ja huomioiden sen kaikki tasot on tärkeää sekä ajankohtaista uusien käytäntöjen kehittämiseksi.

3.2 Sosiaalihammashoidollisen lähestymistavan tasot

Sosiaalihammashoidollinen lähestymistapa sisältää kolme arvioinnin tasoa, jotka yhdistyvät arviointiprosessin aikana (Kuva 1) (Gherunpong ym. 2006). Taso yksi sisältää **normatiivisen tarvearvion** (Kuva 1). Tämä taso perustuu suun terveydentilan tutkimukseen hammashoidon kliinisillä mittareilla: kariesindeksi (DMFT, reikiintyneiden (D), poistettujen (M) ja paikattujen (F) hampaiden määrää (T)) sekä parodontaali-indeksi sisältäen ientulehduksen, hammaskiven ja parodontiitin (CPI, The Community Periodontal Index of Treatment Need). Näillä mittareilla todetaan suun sairaudet, kuten karies, ientulehdus, hammaskivi ja parodontiitti (Meurman ym. 2003, 107, 479), ja tehdään normatiivinen tarvearviointi (Gherunpong ym. 2006). Myös suun ympäristö ja suun sisäiset limakalvoalueet tutkitaan sekä selvitetään mahdolliset muut suun muutokset. Asiakkaan kokonaisvaltainen hoito edellyttää aina esitietojen selvittämistä (mm. yleissairaudet, lääkitykset) ennen hammastarkastusta.

Taso kaksi sisältää **vaikutuksiin liittyvän tarvearvion** (Kuva 1), jossa normatiiviset tarpeet yhdistetään suun terveyteen liittyvien elämänlaadun tekijöiden (Oral health-related quality of life, OHRQoL) kanssa (Gherunpong ym. 2006). Tasolla kaksi arvioidaan ja kartoitetaan suun terveyden vaikutusta päivittäiseen elämänlaatuun. Samalla huomioidaan sellaiset suun terveyteen vaikuttavat tekijät, jotka epätodennäköisesti edistävät hammassairauksien etenemistä ilman hammashoitoa (Tsakos 2005, Gherunpong ym. 2006, Åstrøm & Kida 2007).

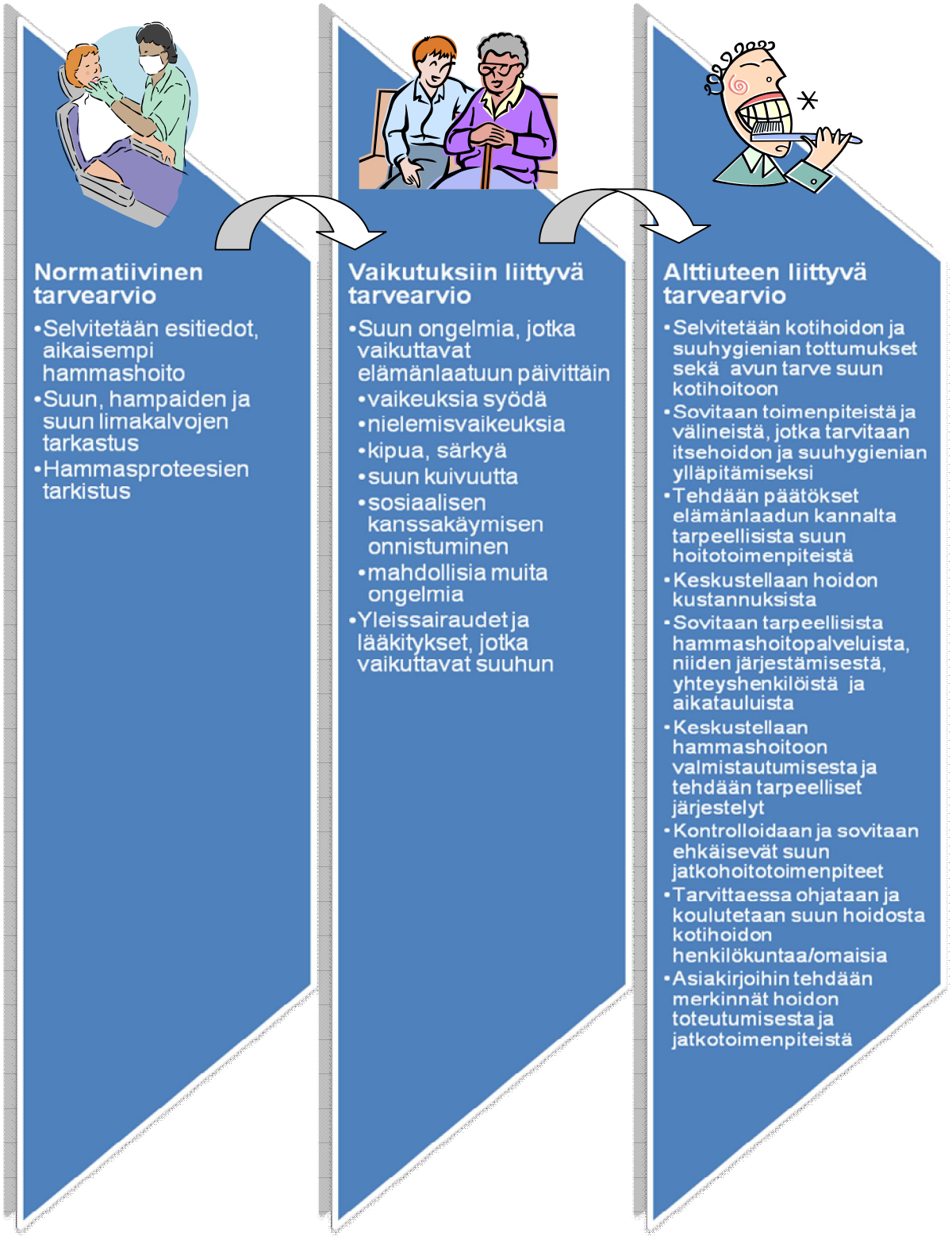
Taso kolme on **alttiuteen liittyvä tarvearvio** (Kuva 1) (Gherunpong ym. 2006). Tason kolme arviointi tapahtuu yhdistämällä normatiivinen tarvearvio, suun terveyteen liittyvän elämänlaadun tekijät ja yksilön käyttäytymistekijät. Tasolla kolme suoritetaan elämänlaadun kannalta tarpeelliset hampaiden hoitotoimenpiteet näyttöön perustuvilla hammashoitomenetelmillä ja arvioidaan suun hoitoon liittyvät käyttäytymistekijät yhdessä asiakkaan kanssa (Tsakos 2005, Gherunpong ym. 2006, Åstrøm & Kida 2007). Näitä käyttäytymistekijöitä ovat esimerkiksi omien hampaiden harjaus, hammastahnan päivittäinen käyttö, hammasvälien puhdistus, proteesien puhdistus, hammashoitopalveluiden säännöllinen käyttö ja palveluiden järjestäminen. Tällä tasolla yhdistetään tarpeellinen suun terveyttä edistävä interventio (Gherunpong ym. 2006).



Kuva 1. Sosiaalihammashoidollisen lähestymistavan tasot (Gherunpong ym. 2006).

3.3 Sosiaalihammashoidollinen lähestymistapa kotihoidon asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmassa

Aikaisempien osioiden tarkasteluun perustuen tässä tutkimuksessa sosiaalihammashoidollista lähestymistapaa ja sen kolmea tasoa sovelletaan kotihoidon asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmaan (Kuva 2). Mallin kehittäminen on tärkeää, koska tämä hoito- ja palvelusuunnitelma huomioi myös kotihoidon asiakkaiden suun terveydentilan lisäksi suun terveyden vaikutukset päivittäiseen elämänlaatuun ja suun hoitoon liittyvät käyttäytymistekijät. Mallia voidaan soveltaa hammashoidon erilaisiin asiakasryhmiin.



Kuva 2. Suun hoidon hoito- ja palvelusuunnitelma käyttäen sosiaalihammashoidollista lähestymistapaa (vrt. Päivärinta & Haverinen 2002, Tsakos 2005, Gherunpong ym. 2006, Åstrøm & Kida 2007).

4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää kotihoidon asiakkaiden suun ja hampaiden terveydentilaa, suun terveyden vaikutusta heidän päivittäiseen elämäänsä sekä heidän valmiuksia toteuttaa suun kotihoitoa käyttäen viitekehyksenä sosiaalihammashoidollisen lähestymistavan kolmea arvioinnin tasoa: normatiivinen tarvearvio, vaikutuksiin liittyvä tarvearvio ja alttiuteen liittyvä tarvearvio (Gherunpong ym. 2006). Kohderyhmänä ovat kotihoidon asiakkaat Uuden Äänekosken alueella, johon kuuluvat Äänekoski, Suolahti, Sumiainen ja Konginkangas. Kotihoidon asiakkaiden suun terveyttä ja suun terveyden vaikutusta heidän päivittäiseen elämäänsä on tutkittu vähän. Kotihoitoasiakkaita on nykyään enemmän, eikä useimmille heistä ole tehty suun ja hampaiden seulontatarkastuksia vuosikymmeniin. Tutkimuksesta saatavan tiedon avulla voidaan edistää kotihoidon asiakkaiden suun terveyttä ja elämänlaatua.

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Esiintyykö kotihoidon asiakkailla hammashoidon tarvetta (karies, ientulehdus, hammaskivi, parodontiitti, suun limakalvot) suun ja hampaiden seulontatarkastusten perusteella?
2. Kokevatko kotihoidon asiakkaat suun ja/tai hampaiden hoidon tarvetta heidän oman arvionsa mukaan seulontatarkastusten yhteydessä?
3. Miten kotihoidon asiakkaat kokevat suun terveytensä ja sen vaikutuksen päivittäiseen elämään?
4. Millaisia valmiuksia kotihoidon asiakkailla on toteuttaa suun kotihoitoa?

5 TUTKIMUSMENETELMÄT

5.1 Suun seulontatarkastukset

Tutkimuksessa sosiaalihammashoidollisen lähestymistavan normatiivinen tarvearvio eli hammashoidon (karies, ientulehdus, hammaskivi, parodontiitti, suun limakalvot) tarpeen määritys suoritettiin tekemällä suun seulontatarkastukset Uuden Äänekosken kotihoidon asiakkaille. Tiedot kerättiin siten, että suuhygienisti kiersi kotihoidon asiakkaiden luona tehden heille suun, omien hampaiden/proteesien seulontatarkastukset (kliiniset tutkimukset) sekä antaen samalla suun hoitoa koskevaa kotihoidonohjausta. Seulontatarkastukseen valittavat kotihoidon asiakkaat määriteltiin vastaavan hammaslääkärin kanssa. Asiakkaille lähetettiin seulontatarkastuskutsu seuraavin kriteerein:

- Ei ollut käynyt säännöllisesti hammashoitolassa eikä kuulunut kutsujärjestelmän piiriin.
- Ei ollut käynyt viimeisen vuoden aikana hammashoidossa.
- Jos hammashoidon tietojärjestelmässämme Mediatrissa ei ollut mainintaa, ettei asiakas halua osallistua terveyskeskuksen hammashoitoon, vaan hän käyttää yksityisen hammaslääkärin palveluja.

Suun seulontatarkastuksiin oli tarvetta edellä mainittujen kriteerien mukaan Uuden Äänekosken kotihoidon 263 asiakkaalla. Jokaisesta seulontatarkastuksen tarpeessa olevasta täytettiin lomake, jolla kartoitettiin asiakkaan halukkuus seulontatarkastukseen (Liite 3). Mukaan laitettiin saatekirje, jossa informoitiin lyhyesti suun seulontatarkastuksesta ja sen maksuttomuudesta. Kotisairaanhoitajat palauttivat suuhygienistille täytetyt lomakkeet. Kotihoidon asiakkaista 184 oli halukkaita suun ja hampaiden seulontatarkastukseen. Tarkastusajankohdat sovittiin puhelimitse kotihoidon asiakkaiden kanssa henkilökohtaisesti.

Suun seulontatarkastukset tehtiin Uuden Äänekosken kotihoidon asiakkaille heidän kotonansa kesäkuusta joulukuuhun 2008. Kannettavista koreista tehtiin liikkuva ja mukana kuljetettava pienoisvastaanotto (Liite 4). Suun ja hampaiden seulontatarkastuksiin osallistui 184 kotihoidon asiakasta, joista naisia oli 138 ja

miehiä 46. Nuorimmat tutkittavat oli 56-vuotiaita (2) ja vanhin 98-vuotias (1) (Taulukko 3). Tutkittavien keski-ikä oli 80 vuotta.

Taulukko 3. Tutkimukseen osallistuneet kotihoidon asiakkaat ikäluokittain.

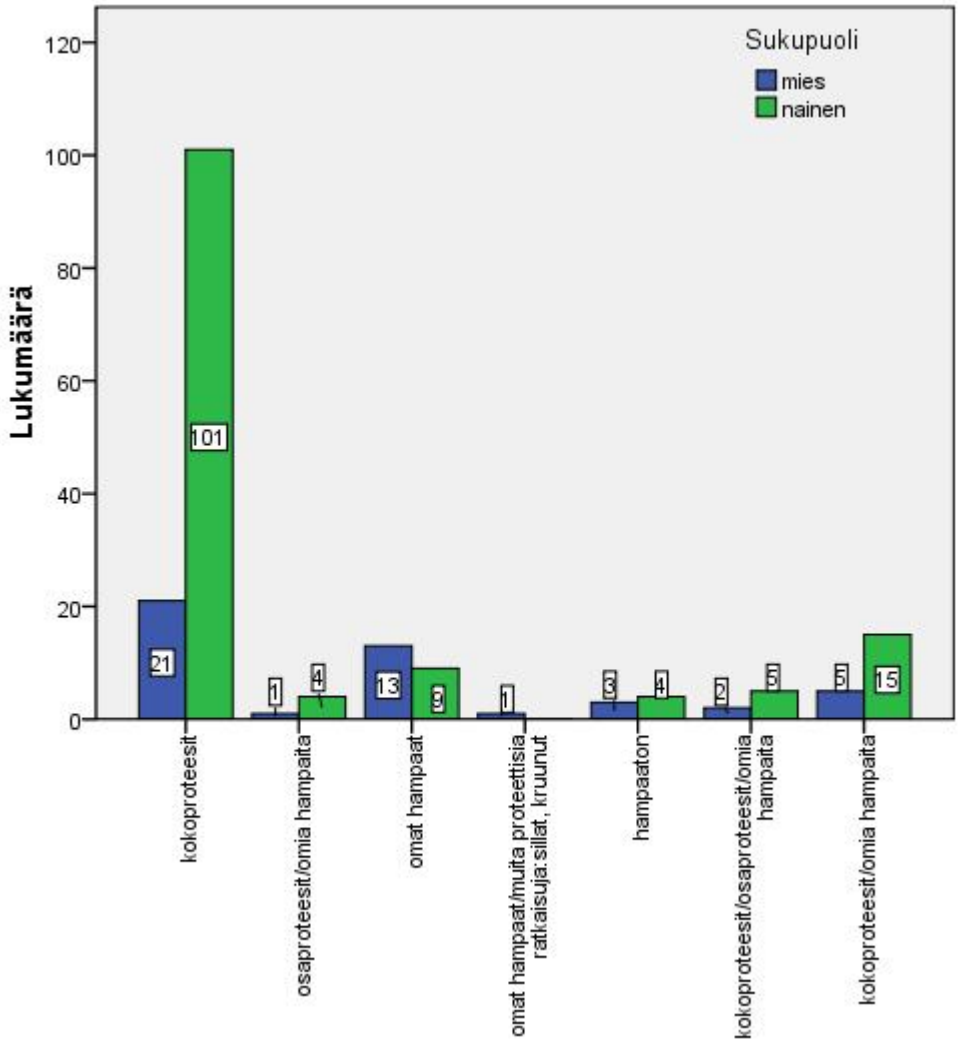
Ikäluokka	n	(%)
56–65	14	(8)
66–75	26	(14)
76–85	96	(52)
86–95	46	(25)
96–105	2	(1)
Yht.	184	(100)

Suun seulontatarkastuksessa käytettiin joko kynälamppua tai otsalamppua, hammastarkastuspeiliä ja omahampaisilla WHO:n ientaskumittaria. Tutkimus tehtiin hammashuollon aseptiikan periaatteita ja eettisiä ohjeita noudattaen. Ientaskuja ei mitattu sellaisilta omahampaisilta henkilöiltä, jotka tarvitsivat antibioottisuojaa hammashoitotoimenpiteisiin tai joilla oli verenvuodolle altistava yleissairaus. Tutkittavat olivat istualtaan tai makuuasennossa. Hampaiden kunto tutkittiin ja kirjattiin löydökset (sekundaarikariekset, ientulehdus, hammaskivi ja parodontiitti). Irrotettavat hammasproteesit ja niiden kunto tarkistettiin. Proteesien ikää sekä niihin liittyviä ongelmia ja mahdollisesti tehtyjä korjauksia kysyttiin. Myös suun limakalvot tarkastettiin. Kaikki tiedot kirjattiin hammashoidon Mediatri- tietojärjestelmään.

Asiakkaiden omat hampaat ja/tai proteesit pestiin ja puhdistettiin ultraäänilaitteessa tarpeen mukaan käynnin yhteydessä. Kotihoidon asiakkailta kysyttiin käynnin yhteydessä, kokivatko he itse oman arvionsa mukaan suun ja/tai hampaiden hoidon tarvetta. Vastaukset kirjattiin listaan. Muutamista asiakkaista konsultoitiin hammaslääkäriä ja tarvittaessa varattiin jatkoaika hammaslääkärille/suuhygienistille tai laitettiin hammaslääkärijonoon. Jossain tapauksissa oltiin yhteydessä asiakkaan

omaan kotisairaanhoitajaan lääkitysten muuttamisen ja verikokeiden ottamisen vuoksi ennen hammashoitoaikaa.

Seulontatarkastetuista kokoproteesit oli kahdella kolmasosalla tutkituista. Naisista suurimmalla osalla ja miehistä melkein puolella oli kokoproteesit. Kokoproteesit joko ylhäällä tai alhaalla sekä omia hampaita joko ylhäällä tai alhaalla oli hyvin vähän. Myös vähän oli sellaisia henkilöitä, joilla oli kokonaan omat hampaat (Kuva 3).



Kuva 3. Hampaalliset ja hampaattomat kotihoidon asiakkaat sukupuolittain kuvattuna (n=184).

5.2 Tilastolliset menetelmät

Seulontatarkastusten perusteella kerätyn aineiston tilastolliset analyysit on tehty SPSS for Windows 16.0 -ohjelmalla ja taulukot Microsoft Word -ohjelmalla. Aineiston analyysissä käytettiin prosentteja ja frekvenssejä sekä merkitsevyyksiä testattiin χ^2-testillä. Tutkimuksen taustamuuttujia ovat sukupuoli, ikä sekä hampaalliset ja hampaattomat kotihoidon asiakkaat. Päämuuttujia ovat karies, ientulehdus, hammaskivi, parodontiitti, limakalvomuutokset sekä suun ongelmat kotihoidon asiakkaiden itsearvioimina. Muuttujien välisten yhteyksien selvittäminen tapahtui ristiintaulukoinnin avulla. Sukupuolen ja suun ja hampaiden seulontatarkastustietojen välisten yhteyksien merkitsevyysrajana tässä tutkimuksessa käytetään $p<.05$.

5.3 Teemahaastattelut

Tutkimuksessa sosiaalihammashoidollisen lähestymistavan vaikutuksiin liittyvä tarvearvio eli suun terveyden kokemista ja sen vaikutusta kotihoidon asiakkaiden päivittäiseen elämään sekä alttiuteen liittyvä tarvearvio eli heidän valmiuksiansa toteuttaa suun kotihoitoa selvitettiin suorittamalla yhdeksälle kotihoidon asiakkaalle teemahaastattelut heidän kotonansa maaliskuussa 2009. Suun terveyteen liittyvä elämänlaadun mittari (OHQoL, Taulukko 1) soveltuu kotihoidon asiakkaiden suun terveydentilan kartoittamiseen teema-alueittain. Mittari koostuu kolmesta osa-alueesta, joiden avulla tässä tutkimuksessa selvitettiin hampaiden tai ikenien vaikutusta päivittäiseen elämään ja niiden vaikutusta kanssakäymiseen toisten ihmisten kanssa sekä suun tai hampaiden ulkonäön vaikutusta vuorovaikutustilanteisiin toisten ihmisten kanssa. Haastatteluteemoihin lisättiin myös suun hoitoon liittyvät käyttäytymistekijät, joilla kartoitettiin kotihoidon asiakkaiden suun kotihoitotapoja ja kuinka he kokivat suun/hampaiden puhdistamisen sekä esiintyikö heillä mahdollisia vaikeuksia suun/hampaiden puhdistamisessa. Lisäksi heiltä kysyttiin, että kokivatko he tarvitsevan apua suun ja hampaiden kotihoitoon (Liite 5).

Kaikkiaan kymmenen kotihoidon asiakkaan kanssa oli sovittu haastatteluista, mutta yksi haastattelu peruuntui pari päivää ennen haastatteluaikaa asiakkaan äkillisen vakavan sairastapauksen vuoksi. Haastateltavien valintakriteereinä oli

kommunikointikyky ja vuorovaikutuksen onnistuminen. Henkilöiden valinnan suorittivat kotisairaanhoitajat kriteerien mukaan, ja he kysyivät suostumuksen haastatteluihin valitsemiltaan kotihoidon asiakkailta (Liite 6). Tämän jälkeen kotisairaanhoitajat ilmoittivat asiakkaiden tiedot (nimet, puhelinnumerot) tutkijalle. Haastatteluiden aikataulut sovittiin puhelimitse kotihoidon asiakkaiden kanssa henkilökohtaisesti ja samalla informoitiin vielä haastattelun nauhoittamisesta.

Haastateltavista kahdeksan oli naisia ja yksi mies. Haasteltavien keski-ikä oli 79 vuotta. Vanhin haastateltava oli 94-vuotias ja nuorin 65-vuotias. Suurimmalla osalla (n=6) haastateltavista oli kokohammasproteesit ylä- ja alapuolella. Yhdellä oli hampaaton suu, ja kahdella oli yläpuolella kokohammasproteesit ja alapuolella osaproteesit/omia hampaita. Haastattelut kestivät 7 ½–30 minuuttia.

5.4 Haastatteluaineistojen analysointi

Tutkimuksen kvalitatiivinen aineisto muodostui yhdeksän kotihoidon asiakkaan haastatteluista, jotka kirjoitettiin nauhoituksista sanatarkasti. Litteroitua haastattelumateriaalia kertyi yhteensä 34 sivua ykkösrivinvälillä ja fonttikoolla 12 kirjoitettuna. Haastattelut koodattiin lyhenteillä, esimerkiksi H1=haastattelu yksi jne. Näin haastateltavat esiintyivät nimettöminä ja haastatteluja pystyttiin vertailemaan keskenään.

Aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä. Aineistolähtöinen sisällönanalyysi on kolmivaiheinen prosessi, jolloin aineistoa pelkistetään, ryhmitellään ja abstrahoidaan (Tuomi & Sarajärvi 2002, 102–103). Tutkimuksen analyysi eteni vaiheittain. Analyysin aluksi kaikki alkuperäiset ilmaisut listattiin alkuperäisessä muodossa yhdeksi tiedostoksi. Aineistoa luettiin useamman kerran läpi muodostaen kokonaiskuva. Seuraavaksi aineistoa pelkistettiin (Taulukko 4). Pelkistysvaiheessa alkuperäisten lausumien sisältö pyrittiin säilyttämään sellaisena kuin haasteltavat olivat asian ilmaisseet. Kaikki esiin tulevat ilmaukset huomioitiin tässä analyysin vaiheessa.

Analyysiyksikkönä tutkimuksessa käytettiin sanapareja ja lausumia. Analyysiyksikön valintaa ohjasi tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset. Seuraavaksi

tutkimusaineistoa ryhmiteltiin siten, että poimittiin pelkistettyjen ilmaisujen listoista samaa tarkoittavia sanapareja ja lausumia samaan alakategoriaan antaen niille sisältöä kuvaavia nimiä (Taulukko 4). Tärkeätä oli säännönmukaisuuksien tai samankaltaisuuksien löytäminen kategorioiden välille. Tutkimusaineiston analyysiä jatkettiin abstrahoinnilla yhdistäen samansisältöiset alakategoriat toisiinsa ja niistä muodostettiin yläkategoriat. Yläkategorioille annettiin alakategorioiden sisältöä kuvaavat nimet (Taulukko 4). Näin tämän tutkimuksen aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä teoreettiset käsitteet luotiin aineistosta ja analysoitava tieto sai merkityksiä (ks. Tuomi & Sarajärvi 2002, 97, Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003). Tutkimuksessa aineiston abstrahointia ei jatkettu pitemmälle, koska aineiston sisältöä olisi menetetty (ks. Kyngäs & Vanhanen 1999).

Taulukko 4. Esimerkki aineiston sisällönanalyysistä.

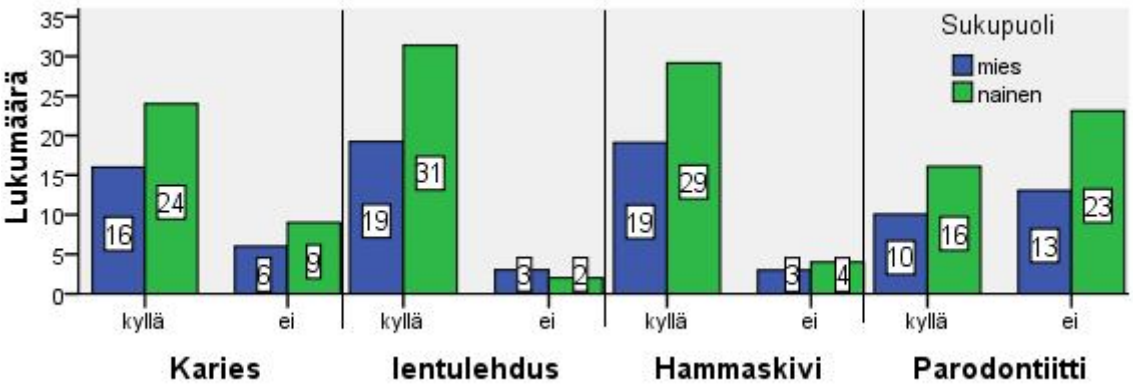
ALKUPERÄINEN ILMAISU	PELKISTYS	ALAKATEGORIA	YLÄKATEGORIA
H1: Hyvin pysyvät (tarkoittaa proteeseja) tuossa. H3: niin aika hyvin pysyy nuo yläproteesit H2: ainahan se on tekovehje huonompi kuin oma alkuperäinen H2: Huomaa, että porkkanoitakin tekisi mieli pureskella, mutta en minä nyt pysty pureksimaan H4: ei kaikkea kun ne lyö poikittain ihan kun banaania kun syö ja jotain pehmosempaa niin silloinkin ne tahtoo mennä.	**hyvin pysyvät** **hyvin pysyy yläproteesit** **tekovehje huonompi kuin oma alkuperäinen** **porkkanoita tekisi mieli pureksia, mutta ei pysty** **proteesit menee poikittain kun syö banaania ja jotain pehmosempaa**	**proteesien vaikutus päivittäiseen elämään** **ravinto ja sen yksipuolistuminen**	**SUUN JA HAMPAIDEN VAIKUTUS PÄIVITTÄISEEN ELÄMÄNLAATUUN**
H1: Hyvin .. pystyn puhdistamaan H5: No ei kyllä mun mielestä mä saan ne niin puhtaaksi ei siinä on mitään. H2: Minä taisin silloin viime kerralla sanoa, että minulla on kynsiharja, jolla minä vetelen ne aina kun minä vessassa käyn niin H4: harjaan kylmällä vedellä, puhtaalla vedellä juoksevan veden alla harjaan aina kun tuntuu siltä H2: Ei minä pidän yötä päivää ne suussa. H6: Minä en yöllä osaa nukkua, jos ne on suussa.	**hyvin..pystyy puhdistamaan** **saa proteesit puhtaaksi** **kynsiharjalla vetelen aina ne, kun käyn vessassa** **harjaa proteesit kylmällä, puhtaalla, juoksevalla vedellä aina, kun siltä tuntuu** **ei minä pidän ne yötä päivää suussa** **ei osaa nukkua proteesit suussa**	**puhdistamisen kokeminen** **proteesien puhdistaminen** **proteesien säilytys yön ajan**	**KOTIHOIDON ASIAKKAIDEN VALMIUDET TOTEUTTAA SUUN KOTIHOITOA**

6 TULOKSET

6.1 Normatiivinen tarvearvio

6.1.1 Omahampaisten hampaiden terveys

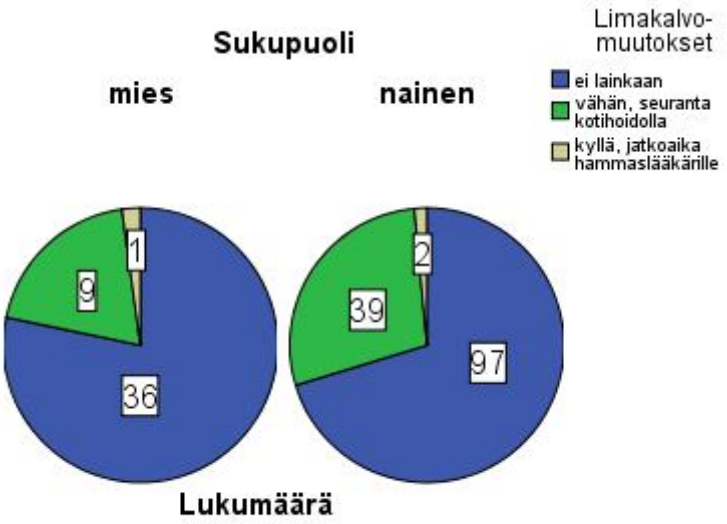
Omahampaisiin kuuluivat tutkituista seuraavat: osaproteesit ja omia hampaita, omat hampaat, omia hampaita ja muita proteettisia ratkaisuja, kokoproteesit ylhäällä tai alhaalla ja osaproteesit joko ylhäällä tai alhaalla sekä omia hampaita osaproteesin puolella ylhäällä tai alhaalla, kokoproteesit joko ylhäällä tai alhaalla sekä omia hampaita joko ylhäällä tai alhaalla. Kariesta esiintyi suurimmalla osalla seulontatarkastetuista omahampaisista (Kuva 4). Naisista yli kahdella kolmasosalla oli kariesta ja miehistä melkein kahdella kolmasosalla. Ientulehdusta esiintyi lähes kaikilla seulontatarkastetuilla, joilla oli omia hampaita (Kuva 4). Suurimmalla osalla tutkituista esiintyi hammaskiveä (Kuva 4). Parodontiittia oli omahampaista naisista ja miehistä noin puolella (Kuva 4). Sukupuolella ei ollut vaikutusta karieksen (p=1), ientulehduksen (p=0.34), hammaskiven (p=0.87) eikä parodontiitin (p=0.85) esiintymiseen.



Kuva 4. Karieksen, ientulehduksen, hammaskiven ja parodontiitin esiintyminen sukupuolittain omahampaisilla kotihoidon asiakkailla (n=55).

6.1.2 Suun limakalvomuutokset

Suun limakalvomuutoksia ei esiintynyt lainkaan suurimmalla osalla tutkituista (Kuva 5). Vähäisiä limakalvomuutoksia (limakalvojen punoitusta, pieniä hankaumia, suupielten rohtumia ja pieniä haavaumia) oli 48:lla (Kuva 5). Muutoksia seurataan ja tutkituille annettiin suun, limakalvojen sekä proteesin kotihoito-ohjeet. Vakavamman näköisiä limakalvomuutoksia (muutosleesioita, licheniä, patteja) oli kolmella, joihin varattiin hammaslääkäriaika tarkempaa tutkimista varten (Kuva 5). Naisista heitä oli kaksi ja miehistä yksi. Suun limakalvomuutoksiin ei sukupuoli vaikuttanut lainkaan (p=0,493).



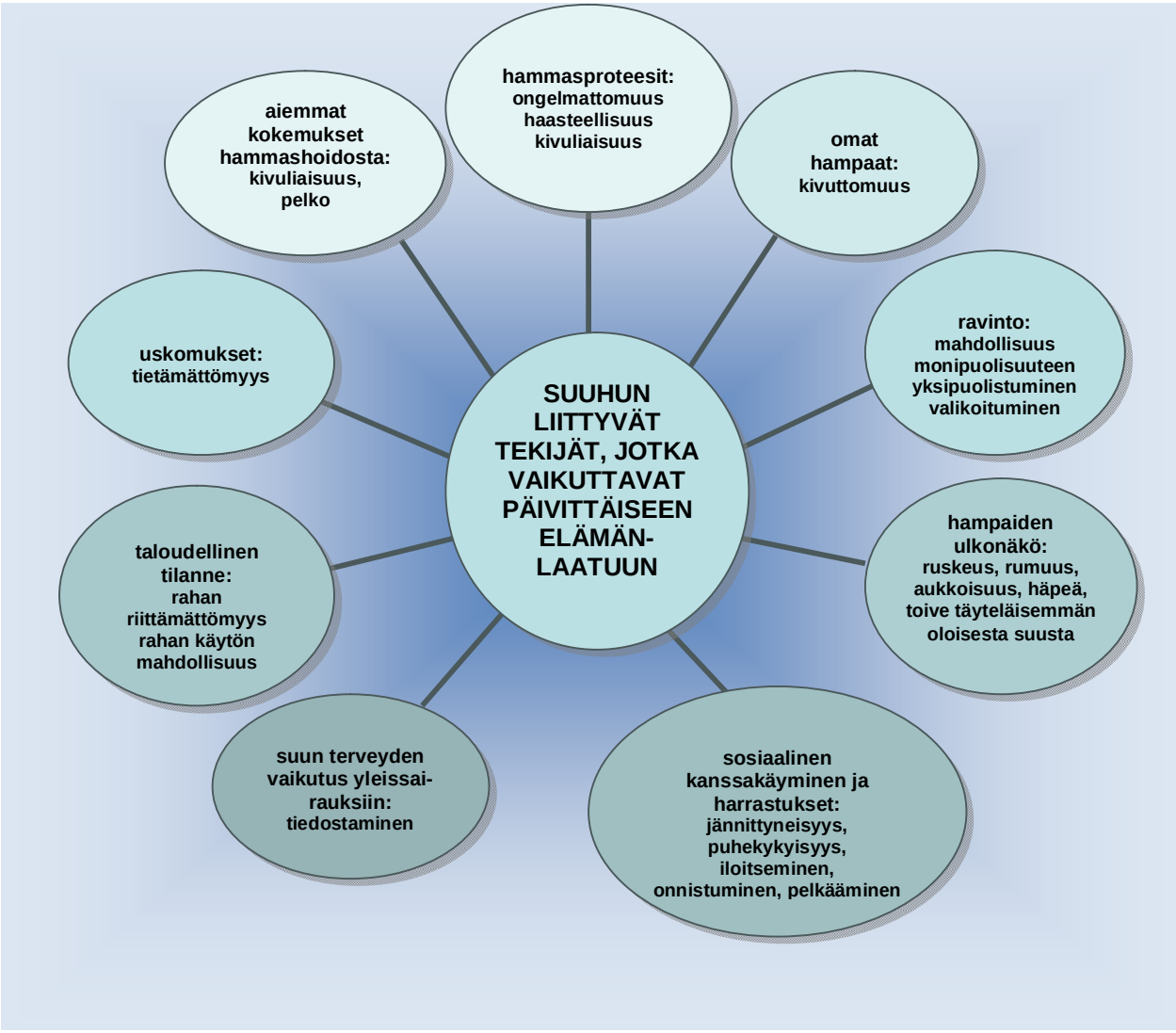
Kuva 5. Suun limakalvomuutokset sukupuolittain kotihoidon asiakkailla (n=184).

6.1.3 Suun ongelmat kotihoidon asiakkaiden itsearvioimina

Suun ja hampaiden seulontatarkastusten yhteydessä tutkituilta kysyttiin, oliko heillä omasta mielestään itsearvioituna suun ongelmia. Vastausvaihtoehtoina olivat kyllä tai ei. Tutkituista naisista ja miehistä (n=184) arvioi 19, että heillä on suun ongelmia. Heistä naisia oli 11 ja miehiä 8.

6.2 Vaikutuksiin liittyvä tarvearvio

Kotihoidon asiakkaiden (n=9) teemahaastatteluiden kokemuksista heidän suuhun liittyvien tekijöiden vaikutuksista päivittäiseen elämänlaatuun muodostui yhdeksän luokkaa, jotka ovat hammasproteesit, omat hampaat, ravinto, hampaiden ulkonäkö, sosiaalinen kanssakäyminen ja harrastukset, suun terveyden vaikutus yleissairauksiin, taloudellinen tilanne, uskomukset sekä aiemmat kokemukset hammashoidosta (Kuva 6).



Kuva 6. Suuhun liittyvien tekijöiden vaikutus päivittäiseen elämänlaatuun.

Hammasproteesit

Tutkimukseen osallistuneista ne, joilla oli koko- ja/tai osahammasproteesit, kokivat hammasproteeseilla olevan vaikutusta päivittäiseen elämään. Suurimmalla osalla ei ollut hammasproteeseiden kanssa ongelmia, he pärjäsivät niiden kanssa hyvin ja proteesit pysyivät hyvin syödessä ja juodessa.

> *”No ei mulla sen kummempaa, ku minulla ainakin on nämä hyvin pysyneet jalassa eiku suussa (naurua).”* (H1)

Joillakin hammasproteesit tekivät päivittäisestä elämästä haasteellisemman. Hammasproteeseja pidettiin huonompana vaihtoehtona (ostohampaat, tekovehje) kuin omia hampaita. Ruokailun yhteydessä hammasproteesien väliin meni ruokaa niin, että hammasproteesia oli käytävä huuhtomassa useammin.

> *”No eilen illalla sanoin kun syötiin mustikoita, että nyt veti kyllä siemen tuonne alaproteesin väliin ja tuota hyvin nätisti se tuli pois. Tämä sanoi (tytär), että kurruuta maitoa vaan kyllä se sieltä lähtee. Kyllä se lähti ihan sitten pikkusen nostamalla...”* (H3)

Myös erilaiset proteesin hankaus- ja painokohdat aiheuttivat kipuja päivittäisessä elämässä, erityisesti ruokaillessa. Iän myötä madaltuva ienvalli oli osasyynä näihin hankaus- ja painamisongelmiin. Yksi haastatelluista hakeutui heti aktiivisesti hammasteknikolle hoitoon painokohdan ilmaannuttua.

> *” oo sitten kun ikenet kuluu koko ajan menee matalaksi kun ei ole siellä enää yhtään eikä ne kestäny kauankaan siellä alhaalla mitä siihen jäi silloin aikanaan kun alaproteesi on tehty. .. No sitten tulee tämmöisiä hankausongelmia, koska se muuttuu koko ajan tämä niin se rupeaa painamaan. No sitten tässä on onneksi hammasteknikko niinko lähellä hän aina niin ku nytkin ei oo kovinkaan kauan kun mä kävin oli kauhean vaikee syödä mut mä kävin ja hän taas hioi aina suree sitä kun ei oo yhtään tuota ientä.”* (H5)

Omat hampaat

Haastatelluista ne, joilla oli omia hampaita suussa, eivät kokeneet omilla hampailla olevan haastatteluhetkellä negatiivista vaikutusta heidän päivittäiseen elämään.

> *”...tuota onko niitä seitsemän noita omia hampaita, että niissä nyt ei pitäisi olla suuremmin mitään vikaa.”* (H3)

Yhden kotihoitoasiakkaan tulehtuneet ja syvästi karioituneet hampaat oli poistettu hammaslääkärissä tehdyn seulontatarkastuksen jälkeen. Hänen päivittäinen elämänsä oli parantunut, kun kivut olivat poistuneet eikä ikeniin sattunut.

> *”On parantunut, ei satu ikeniin enää kun nehän kun oli märänneitä hampaita. Kovaa kun puras niin se vihlasi pahasti … Niissä oli aika paljonkin tulehdusta.”* H(9)

Ravinto

Suulla ja hampailla oli keskeinen merkitys ravinnon nauttimiseen kotihoidon asiakkaiden päivittäisessä elämässä. Mahdollisuutta monipuolisen ruokaan pidettiin tärkeänä.

> *”Ruoka pitäisi olla semmoista, että sitä pystyy syömään muutakin kuin vellin litkua.”* (H2)

Erityisesti proteesien käyttäjillä hammasproteesin väljyys, liikkuminen ja mahdolliset hankaus-/painamisongelmat sekä hammasproteesin hampaiden kuluminen aiheuttivat ravinnon valikoitumista. Osa ei voinut syödä vihanneksista tomaattia ja kurkkua. Juureksista porkkana aiheutti ongelmia. Yhdelle haastelluista jopa banaanin syöminen oli hankalaa proteesien kääntyessä suussa poikittain.

> ”*Huomaa, että porkkanoitakin tekisi mieli pureskella, mutta en minä nyt pysty pureksimaan … Nyt kun sairaalassakin oli kurkkuviipaleita ja*

> *tomaattiviipaleita ei minun hampaat pystynyt, sanoin että tuokaa mulle viila, että pystyn teroittamaan hampaita, laskin leikkiä niille."* (H2)

Myös kovan ruoan ja leivän syöminen koettiin hankalaksi. Kovaa leipää kastettiin maidossa tai vedessä. Osa vältti jopa kovan leivän syömistä ja oli siirtynyt pehmeämmän vaalean leivän syöntiin. Elämä tuntui myös käyvän tylsemmäksi, koska ei pystynyt syömään kaikkea sitä mitä halusi.

> *"Minä en niinku tota sitä kovan, kovan leivän syöntiä ei minä panen tuota kastan sen maidossa taikka vedessä ..Tuntuu, että se ei niinku oikein onnistu ja sattuu sitten..."* (H6)
>
> *"...aina tylsemmäksi käy, ei pysty puremaan sitä mitä haluaisi purra. Niin kun tuossa on suolapähkinöitä esimerkiksi ei niitäkään tahdo, kun menee ikenien alle."* H(2)

Hampaiden ulkonäkö

Osa haastatelluista oli kokenut jossain elämänvaiheessa omien tai toisten hampaiden ulkonäöllä olevan vaikutusta heidän päivittäiseen elämään. Omien hampaiden ruskeus ja rumuus oli johtanut omien hampaiden poistattamiseen ja hammasproteesien hankkimiseen, vaikka oli joutunut odottamaan hammasproteeseja kolme kuukautta hampaattomana.

> *"Niin häiritsi se ruskeus ja rummuus, minä muistan kun äiti sano, että aamulla vielä kun minä linja-autoon läksin ne asuttiin silloin tuolla Vehniällä mun kotona niin tota Jyväskylästä ja mun sisar asui siellä olin yötä sitten niin onko ne niin huonot minä sanoin että on ne. Mutta kyllähän se oli aika vaikea olla ilman kolme kuukautta."* (H5)

Yksi haastelluista oli miettinyt ajoittain omien hampaidensa ulkonäköä ja niiden poistattamista, koska hampaiden välissä oli aukkoisuutta ja niiden väri oli tummempi. Hän oli välillä ajatellut toisten ihmisten mahdollista mielipidettä hänen hampaiden ulkonäöstä. Kuitenkin hän on antanut omien hampaidensa olla suussa.

> *”...minä mietin että otatan nää kaikki alahampaat pois, kun nämä on harvat ja tulloo sellainen mieleen että harvahampaisuus ja tämmöinen ja että jos tekee uudet hampaat niin ne pysty ihan tekemään samanlaisia kun omat niin tekee ne hieman vaaleammaksi ja tietysti siinä mielessä kun mullakin vilahtaa nuo alahampaaat mä aattelin sitä monta kertaa mitä tulee mieleen toisilla onko ne likaiset vai mitkä.”* H(3)

Eräs haasteltava oli ilman hammasproteeseja haastattelun alussa ja häntä hävetti, koska hän ei halunnut vieraiden näkevän hänen olevan ilman hammasproteeseja.

Muutama kotihoidon asiakkaista oli kiinnittänyt huomioita toisten ihmisten suun ja hampaiden ulkonäköön. Ihmisiä, joilla on omat hampaat vanhaksi asti, ihailtiin ja toivottiin, että olisi ollut edes pari omaa hammasta, jotka näkyisivät suusta. Myös ikenien asennon uskottiin olevan erilaisen sekä suun olevan täyteläisemmän oloinen, jos suussa olisi omia hampaita. Toisen ihmisen hampaiden ulkonäkö (hampaan heilahtaminen suussa poikittain) oli aiheuttanut yhdellä haastateltavista hilpeän hetken sukulaisen hautajaisissa.

Sosiaalinen kanssakäyminen ja harrastukset

Jos hammasproteesit eivät pysyneet hyvin paikallaan, tästä saattoi aiheutua ongelmia vuorovaikutuksessa toisten ihmisten kanssa. Puhuessa yläproteesit saattoivat yhtäkkiä tipahtaa suussa alas, mikä aiheutti ylimääräistä jännittämistä ja hampaiden yhteen puremista. Myös fysikaalisessa hoidossa erityisesti selällään ollessa tekohampaat tipahtivat ja menivät poikittain suussa.

> *”Kyllä se tuntuu tuollai, kun tuolla fysikaalisella käyn ja kun selällään joutuu olemaan niin silloin tuntuu että alahampaat/ ylähampaat tipahtaa, alahampaat lyö poikittain...”* (H4)

Ne tutkittavat, joilla oli hammasproteesit, kokivat, että proteesit vaikuttivat myönteisesti selvän puheen muodostamiseen. Haastateltavat olivat sitä mieltä, että puhe on epäselvää ”mössötystä” ilman hammasproteeseja. Hammasproteesien kanssa pystyi myös nauramaan.

Kuitenkaan kotihoidon asiakkaat eivät kokeneet suutaan ja hampaitaan esteenä sosiaaliselle kanssakäymiselle. He pystyivät hoitamaan asiansa ja olemaan vuorovaikutuksessa toisten ihmisten kanssa. *” Minä menen mihinkä minun tarvii mennä.”* (H9) Yhden haastateltavan liikuntaharrastukseen hammasproteeseiden pysymättömyys aiheutti ylimääräisen pelkotilan.

> *”No kun minä käyn uimassa niin siellä ne tahtoo välillä aina tippua sillei...”* (H4)

Suun terveyden vaikutus yleissairauksiin

Omahampaiset kotihoidon asiakkaat tiedostivat suun ja hampaiden terveyden tilan huononemisen vaikuttavan negatiivisesti heidän yleissairauksiin, esimerkiksi sydänvikaan, aorttaläppään tai siihen, jos henkilöllä oli tahdistin. He kuvailivat, ettei ikenissä saa olla tulehdusta, ja suuhygienian kotihoidossa oli oltava huolellinen. Myös eräs kotihoidon asiakas, jolta oli poistettu pahasti tulehtuneet omat hampaat, koki, että hänen yleisterveyden tilansa oli parempi hampaiden poistamisen jälkeen.

> *”Niin ku aattelee sitä mullakin tää sydänvika ja tahdistintouhu, aorttaläpän vuoto se on hirveän tarkka tuo suuhygienia, että se pitää olla kunnossa.”* H(3)

Taloudellinen tilanne

Taloudellisella tilanteella oli negatiivinen vaikutus muutaman kotihoidon asiakkaan suun ja hampaiden päivittäisen elämänlaadun kokemiseen. Heillä oli seulontatarkastuksen perusteella tarvetta hammasproteesien pohjaukseen, koska proteesit olivat liian väljät. Kuitenkaan hammasproteeseja ei voinut enää hammasteknikon mukaan pohjauttaa, vaan asiakkaat olisivat tarvinneet kokonaan uudet hammasproteesit. Kotihoidon asiakkailla ei ollut taloudellista mahdollisuutta teettää uusia proteeseja, koska tulot ovat pienet ja rahat riittivät vain perustarpeisiin sekä lääkkeisiin.

> *”Minä yritin ensin pohjauttaa mitä sää ehotit, mutta se sano, että ne täytyy tehdä uudet hampaat kokonaan että se ei käy. Rahat ei riitä ennää siihen, kun lääkkeitä on niin hirveesti, kourallinen aamulla ensimmäiseksi.”* H(2)

Yhdellä haasteltavista ei ollut taloudellisia rajoitteita, vaan hän pystyi tarpeen mukaan uusimaan, pohjauttamaan tai korjauttamaan hammasproteesit. Näin hänen suun ja hampaiden vaikutus päivittäiseen elämänlaatuun parantui.

Uskomukset

Kotihoidon asiakkaat toivat esille haastatteluissa, kuinka vahvasti uskomukset vaikuttivat jossain elämän vaiheessa päivittäiseen elämään suu- ja hammasasioissa. Osittain taustalla oli myös tiedon puute hampaisiin liittyvistä tekijöistä. Lasten saamisen uskottiin vieneen hampaat suusta. Myös huonoa luustoa pidettiin syynä hampaiden reikiintymiseen.

> *”...siinä oli omia hampaita, mutta ne meni rikki ja mulla on nähtävästi tää huono hammas ... luusto ollu.”* H(5)

Aiemmat kokemukset hammashoidosta

Monen kotihoidon asiakkaan suun ja hampaiden päivittäiseen elämänlaatuun vaikutti aiemmat kokemukset hammashoidosta. Sodan jälkeen oli vain vähän hammaslääkäreitä ja hoitoon hakeuduttiin vasta, kun hammassärky oli kovaa. Useampi oli kokenut eriasteista hammassärkyä. Joillakin pieniä hammashoitotoimenpiteitä oli tehty kotona. Pääasiassa hammaslääkärissä oli otettu omia hampaita pois, ja ilman hampaita oli saatettu olla jopa kolme kuukautta, ennen kuin hammasproteesit oli tehty. Hammasproteesit olivat aiheuttaneet paino- ja hankausongelmia jossain elämänvaiheessa. Hammasproteesien tekijän luokse oli pitkä matka, eikä töistä voinut lähteä kesken työpäivän. Kipua pidettiin osana normaalia elämää, ja se hävisi vähitellen itsestään pois.

> *”...siinä meni kolme kuukautta reilusti ennen kuin sitten se proteesi laitettiin niin sen ehti hyvin ... kyllä se oli ensin vaikeata että kun niin hirveesti se sattu se uusi proteesi niin sitä, mutta ei ollu mahdollisuutta lähteä kun me asuttiin silloin Tikkakoskella.. ja töissä olin ei ollu mahdollisuus lähteä niin minä kärsin vaan ja siihen ne asettu sitten.”* (H5)

Hammashoito oli ollut hyvin erilaista haasteltavien nuoruudessa. Osalla kokemukset olivat hyvin huonoja. Eräs haasteltavista oli kokenut kuoleman pelkoa hampaan puudutuksen yhteydessä.

> *”...olin silloin tämmöisessä kudontakoulussa talven ja siellä kun rupes särkemään hampaita mä menin hammaslääkärille ja tuota ne pisti siihen kuoletuspiikin ja minä menin kyllä ihan sokkiin silloin siitä kuoletuspiikistä ... kärvistelin kippurassa ... minun vuoro tuli ja minä sitten selvitin sen asian mikä se tilanne on se koputti siihen hampaaseen ja siihen kävi kippeästi se jäi se hammas sillä kertaa ottamatta ... Siellä oli mätä siellä juuressa. Sitä pakottikin aikalailla yön aikaan ja ihan turpos. Minä sanon, että ihan semmoinen hirveä kammo tuli semmoisesta, kun minä ihan aattelin, että jäänkö minä tähän, että pannaan piiloon kuolemaan.”* H(3)

6.3 Alttiuteen liittyvä tarvearvio

Suun ja hampaiden puhdistamisen kokeminen

Useampi kotihoidon asiakas koki osaavansa ja pystyvänsä puhdistamaan suunsa ja hampaansa (hammasproteesit/omat hampaat) hyvin ja huolellisesti, koska käsissä ei ollut fyysisiä rajoitteita. Kuitenkin voimakkaat sormien suonenvedot vaikeuttivat suun ja hampaiden puhdistamista. Muutamalla haastatelluista käsien ja polvien heikko kunto aiheutti jonkin verran hankaluuksia suun ja hampaiden puhdistamiseen. Pesualtaan vieressä seisominen tuntui hankalalta kipeiden polvien vuoksi. Päivittäisissä perustoiminnoissa, kuten pukemisessa ja kaupassa käynnissä, esiintyi jo avun tarvetta. Nämä hankaluudet olivat johtaneet pieniin vahinkoihin hampaiden puhdistuksen yhteydessä, ja hammasproteesit olivat saattaneet tippua pesualtaaseen. Vaikka haastateltavilla oli jonkin verran vaikeuksia suun ja

hampaiden puhdistuksessa ja useita päivittäistä elämää hankaloittavia yleissairauksia, he yrittivät kuitenkin vointinsa mukaan itse puhdistaa suunsa ja hampaansa. Lapsuudesta ja nuoruudesta opitut suun hoitotavat olivat luoneet perustan suun kotihoitotavoille.

> *”Niitä oon koettanut vointini mukaan niitä sitten putsata ja pestä kun polvet on niin sillain vähän hankalat se on tuo altaan päällä hankala pesekellä, mutta kyllä päivittäin pitää koettaa puhdistaa.”* H(3)
> *”...minä oon lapsesta asti tottunu pitämään hampaista huolta...”* H(4)

Hammasproteesien puhdistaminen

Kotihoidon asiakkaat puhdistivat suunsa kerran vuorokaudessa suun raikkauden vuoksi. Puhdistamista pidettiin tärkeänä myös sen vuoksi, että se ehkäisee suun tulehduksia ja parantaa pienet tulehdukset.

> *”On se ainakin kerran vuorokaudessa pestävä. Ja sitten se suu maistuu hirveän pahalle, jos sitä ei iltasella pese…”* H(6)

Hammasproteesit pestiin pääasiassa aamuisin ja aina ruokailun jälkeen, jos ruokaa jäi hammasproteesin alle. Muutama puhdisti hammasproteesit päivittäin aamuin illoin. Hammasproteesien harjauksessa käytettiin proteesiharjaa tai kynsiharjaa ja puhdistusaineena astianpesuainetta tai hammastahnaa. Eräs haastatelluista laittoi hammasproteesit kerran viikossa Corega-tablettiliuokseen ja toinen piti hammasproteeseja kerran viikossa suolavedessä, koska hammasteknikko oli aikoinaan neuvonut suolaveden käytön. Haastelluista yhdellä oli myös Corega-tabletteja kotona, mutta hän ei ollut muistanut käyttää niitä. Yhden kotihoidon asiakkaan mielestä vesihanan voimakaspaineinen vesi puhdisti hammasproteesit.

> *”Aamulla ja illalla aina harjaan... ja joskus hammastahnaa, mutta tosi harvoin, ennemmin astianpesuainetta.”* H(7)

Suurin osa kotihoidon asiakkaista piti hammasproteeseja suussaan yöllä. Heistä olisi outoa olla ilman hammasproteeseja yön ajan. Yhden kotihoidon asiakkaan

hammasproteesit olivat yön vedessä. Ainoastaan yhden hammasproteesit olivat kuiviltaan yön juomalasissa.

> *”Kyllä mää ne iltaisin pesen ja sitten pistän ne lasiin enkä pane vettä siihen.”* H(8)

Omien hampaiden puhdistus

Kaksi omahampaisista kotihoidon asiakkaista harjasi omat hampaansa iltaisin hammasharjalla ja fluorihammastahnalla. Toinen purskutteli aamulla suun vedellä ennen lääkkeiden ottamista. Hammasvälien puhdistamiseen hän käytti myös hammastikkua. Yhden hammasvälin hän koki haasteellisemmaksi, koska ruoka jäi hammasväliin. Tämän hammasvälin hän sai puhdistettua harjaamalla huolellisesti hampaan joka puolelta. Hän käytti myös säännöllisesti purukumia aina hampaiden pesun jälkeen.

> *”...harjalla täytyy koettaa saada ihan puhtaaksi, että kyllä ne kun kahden puolen harjaa ... Purukumia sitten vielä pesun jälkeen minä käytän sitä sitten aina. Tuntuu hyvälle.”* H(3)

Suun limakalvojen puhdistaminen

Muutama kotihoidon asiakas harjasi ja puhdisti myös suun limakalvot. Yksi siveli tarpeen mukaan suun limakalvoja ruokaöljyllä. Hampaaton haastateltava purskutteli suunsa vedellä.

> *”Tulee huuhdottua sillai purskutettua, en minä sitten muuta, se ei harjaa tarvitse.”* H(9)

Avun tarpeen kokeminen suun kotihoitoon

Yksikään kotihoidon asiakkaista ei kokenut haastatteluhetkellä avun tarvetta suun ja hampaiden kotihoitoon. He yrittävät toimia mahdollisimman itsenäisesti niin kauan kuin vain kykenevät. Tulevaisuutta ja yleiskuntonsa heikkenemistä he eivät olleet

vielä erityisemmin miettineet. He eivät kokeneet estettä suun ja hampaiden kotihoidon avustamiseen, jos he menevät niin huonokuntoiseksi, etteivät itse pysty huolehtimaan suun hoidosta. Muutamalla oli taloudellinen huoli siitä, miten rahat riittävät kaikkiin tulevaisuudessa tarvittaviin palveluihin ja siitä saako tarvitsemiaan tukipalveluita.

> *”Kaikessa sitten missä tarvii auttaa totta kai se on hyvä, että sitten, jos mulla rahat riittää ... kallishan se on kaikki rahat mennee, että ei paljon läppäriä ostella.”* H(2)

Neljällä kotihoidon asiakkaalla oli kokemusta suun hoitoon liittyvästä avun tarpeesta sairaalassa ollessaan. Kolmea heistä oli autettu omien hampaiden ja/tai hammasproteesien puhdistamisessa, tai hoitaja oli pessyt ne. Yksi haastatelluista ei ollut kehdannut pyytää hoitajaa pesemään hammasproteesejaan, vaikka itse ei ollut pystynyt puhdistamaan niitä.

7 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden tarkastelukriteereinä voidaan käyttää uskottavuutta, refleksiivisyyttä, siirrettävyyttä ja vahvistuvuutta. Nämä edellä mainitut kriteerit, joita sovelletaan tämän tutkimuksen kvantitatiiviseen ja kvalitatiiviseen aineistoon, ovat synteesi useista eri lähteistä (Eskola & Suoranta 1996, 167, Tuomi & Sarajärvi 2002, 136–137, Kylmä & Juvakka 2007, 127). Kylmän ja Juvakan (2007, 127) mukaan osa tutkijoista esittää, etteivät laadullisen ja määrällisen tutkimuksen luotettavuuskriteerit poikkea toisistaan.

Uskottavuuden tarkoituksena on selvittää, kuinka tutkijan tekemät tulkinnat vastaavat todellisuutta ja miten ne ovat todennettavissa (Lincoln & Cuba 1985, 294–296). Tässä tutkimuksessa asetetut tutkimuskysymykset ovat olleet realistisia ja toteutettavissa. Tutkimuksen tarkoituksena on ollut luotettavan tiedon aikaansaaminen tutkittavasta aiheesta. Tämän tutkimuksen uskottavuuden kannalta on keskeistä se, kuinka hyvin tutkittujen kotihoidon asiakkaiden suun terveydentilaa, sen vaikutusta heidän päivittäiseen elämäänsä ja suun hoitoon liittyvät käyttäytymistekijät on kuvattu sekä tehdyt johtopäätökset perusteltu. Tässä tutkimuksessa uskottavuutta lisäävänä menetelmällisenä triangulaationa käytettiin sekä kvantitatiivista että kvalitatiivista analyysiä. Tutkimukseen valituilla analyysimenetelmillä tavoitettiin kattava kuva tutkittavasta kohteesta sekä saatiin johdonmukaiset vastaukset asetettuihin tutkimuskysymyksiin. Kvantitatiivinen aineisto hankittiin tekemällä suun seulontatarkastukset noudattaen Mediatri-tietojärjestelmän hammasstatusta ja hammastarkastusta sekä käyttäen WHO:n määrittelemiä hammashuollon mittareita: DMFT, Decayed, Missing and Filled teeth (WHO 1980) ja CPI, Community Periodontal Index (WHO 1997, 36–38). Tutkimusvälineistö ja -ympäristö eivät olleet aina riittävät kotona tehtävään huolelliseen suun terveydentilan kartoittamiseen, sillä hammaskarieksen ja parodontiitin luotettavaan diagnosointiin tarvitaan hammasröntgenkuvat ja muuta välineistöä, esimerkiksi kuituvalo, riittävä valaistus, enemmän kuin oli mahdollisuus nyt käyttää. Lupa seulontatarkastusaineiston käyttämiseen tähän tutkimukseen anottiin tutkituilta sekä vastaavalta hammaslääkäriltä.

Kvantitatiivisin menetelmin hankittua aineistoa täydennettiin kvalitatiivisella aineistolla. Tutkimuksen sosiaalihammashoidollinen lähestymistavan tasot kaksi (vaikutuksiin liittyvä tarvearvio) ja kolme (alttiuteen liittyvä tarvearvio) soveltuivat teemahaastatteluun. Teemat muutettiin suun terveyteen liittyvästä elämänlaadun mittarista haastatteluteemoiksi (Liite 5). Tutkimuksessa esihaastattelu suoritettiin kahdelle henkilölle, joiden perusteella haastatteluteemoja tarkennettiin ja muotoiltiin ymmärrettävämmäksi sekä yksinkertaisemmaksi. Myös esihaastatteluiden perusteella saatiin esitietoa haasteltavasta kohderyhmästä, sen kokemuksista ja mahdollisista sanavalinnoista haastattelutilanteessa sekä haastattelun kestosta, joten esihaastattelu lisäsi tutkijan valmiuksia. Tässä tutkimuksessa pyrittiin haastattelutilanteesta luomaan mahdollisimman turvallinen ja luottamuksellinen. Haastatteluiden tavoitteena oli keskustelu, joka eteni haastateltavien ehdoilla, ja tutkija ohjasi tarpeen mukaan hienovaraisesti haasteltavat aiheeseen. Haastateltaville kerrottiin etukäteen, että he voivat keskeyttää haastattelun ja nauhoituksen niin halutessaan. Myös tutkijan herkkä ja avoin suhtautuminen ikääntyvien haastatteluun ja kohtaamiseen laajensi tutkijan näkökulmaa heidän maailmastaan. Haastatteluiden nauhoitukseen oli haastateltavien suostumus ja heidän säilyminen anonyymeinä varmistettiin (Liite 6).

Tässä tutkimuksessa autenttisten tekstikatkelmien tarkoituksena on lisätä tutkimuksen uskottavuutta. Esimerkinomaisesti esitetyt suorat lainaukset lisäävät tämän tutkimuksen luotettavuutta tuomalla esiin alkuperäisaineiston, josta sisällönanalyysi on tehty. Tutkimuksessa käytettiin induktiivista sisällönanalyysia. Analyysin eteneminen esitetään niin, että aineiston pelkistämistä ja ryhmittelyä voidaan seurata (Taulukko 4). Tutkimustulosten ymmärtämiseksi tutkimuksen vaiheet kuvataan mahdollisimman selkeästi.

Refleksiivisyyttä tukee se, että tutkimuksen tie on kulkenut tutkimuskontekstiin tehtyjen havaintojen kotihoitoasiakkaiden suun terveyden tilan tarpeiden kartoittamisesta käytännön työssä toimiessani hammashoitajana ja suuhygienistinä. Nämä edellä mainitut tekijät antoivat hyvät valmiudet suun kliinisen arvioinnin tekemiseen ja suun terveyteen liittyvien tekijöiden ymmärtämiseen. Myös kotisairaanhoitajien ja kotihoidon asiakkaiden kanssa hyvin sujunut yhteistyö sekä tiedonkulku vaikuttivat tutkimuksen onnistumiseen. Tutkijan reflektiivistä otetta edisti

se, että suun seulontatarkastusten ja haastatteluiden välillä oli tarpeeksi pitkä aika. Jos haastattelut olisi suoritettu heti kotihoitoasiakkaiden kotona tehtyjen seulontatarkastusten jälkeen, tutkijan tunteet ja reaktiot olisivat voineet vaikuttaa haastatteluaineiston havaintoihin ja tulkintoihin sekä tutkimuksen luotettavuuteen (vrt. Tynjälä 1991).

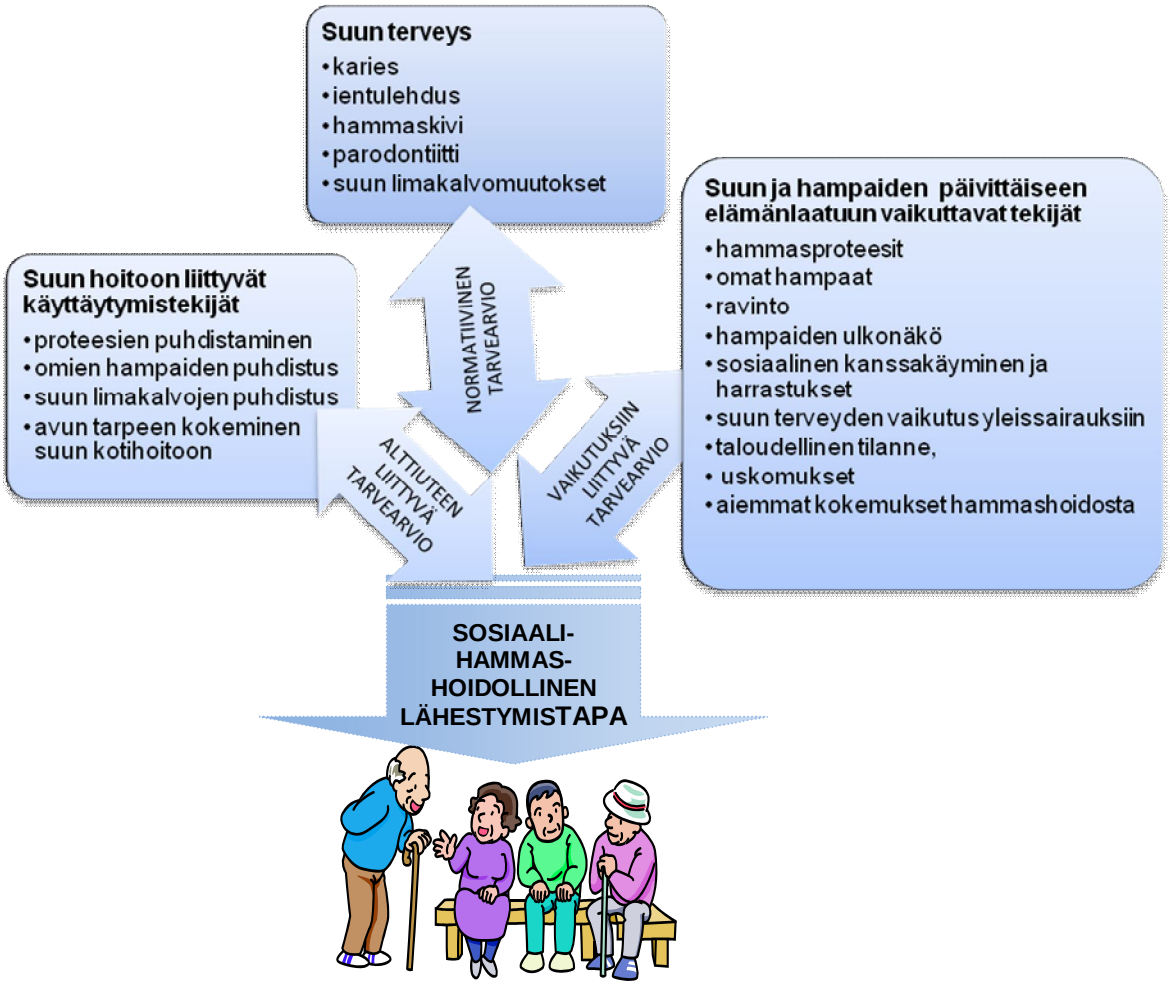
Siirrettävyydellä tarkoitetaan kvantitatiivisessa tutkimuksessa tuloksien soveltamista toiseen kontekstiin (Tynjälä 1991). Tutkija itse ei pysty tekemään päätelmiä tulosten siirrettävyydestä, vaan tutkimuksen tulosten soveltamisen vastuu on myös tutkimuksen hyödyntäjällä. Sen vuoksi tutkija on esittänyt tarkasti aineistonsa ja tutkimuksensa. Tässä tutkimuksessa on kuvattu kotihoidon asiakkaiden suun vaikutus päivittäiseen elämänlaatuun ja suun terveyteen liittyvät käyttäytymistekijät heidän toimintaympäristössänsä. Tulokset kotihoidon asiakkaiden suun terveydentilasta ovat sovellettavissa ikääntyvään väestöön tällä hetkellä, koska nykyisin suurimmalla osalla ikääntyvistä on hammasproteesit. Myös määrällisen tutkimuksen aineisto on suhteellisen kattava otos Uuden Äänekosken kotihoidon asiakkaista. Haastateltavat kertoivat samantyyppisiä asioita, joten yhdeksän kotihoidon asiakkaan teemahaastattelut toivat esiin keskeiset asiat tutkittavasta ilmiöstä ja lisäävät tutkittavan ilmiön ymmärtämistä. Tulosten soveltamiseen voi vaikuttaa heikentävästi se, että tutkimusaineisto on kerätty tutkimukseen vain halukkailta kotihoidon asiakkailta ja aineiston valikoitumista on tapahtunut.

Vahvistuvuutta on todettavissa tässä tutkimuksessa, koska tutkimustulokset saavat tukea aiemmin tehdyistä samansuuntaisista tutkimuksista ikääntyneille ja suun vaikutuksesta elämänlaatuun (vrt. Eskola & Suoranta 1996, 167). Normatiivisen hoidon tarvearvion tutkimustulokset ovat samansuuntaisia tehtyjen tutkimusten kanssa. Myös tehdyt tutkimukset käyttäen suun terveyteen liittyvien elämänlaadun eri mittareita esittävät osittain vastaavanlaisia tuloksia kuin tämän tutkimuksen tulokset kotihoidon asiakkaiden suun vaikutuksesta päivittäiseen elämänlaatuun ja suun terveyteen liittyvistä käyttäytymistekijöistä.

8 POHDINTA

8.1 Yhteenveto tuloksista

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää kotihoidon asiakkaiden suun ja hampaiden terveydentilaa, suun terveyden vaikutusta heidän päivittäiseen elämäänsä sekä heidän valmiuksia toteuttaa suun kotihoitoa käyttäen viitekehyksenä sosiaalihammashoidollisen lähestymistavan kolmea arvioinnin tasoa: normatiivinen tarvearvio, vaikutuksiin liittyvä tarvearvio ja alttiuteen liittyvä tarvearvio (Gherunpong ym. 2006). Kohderyhmänä olivat kotihoidon asiakkaat Uuden Äänekosken alueella. Tutkimuksessa esiin tulleet kotihoidon asiakkaan suun terveyteen vaikuttavat tekijät sosiaalihammashoidollisen lähestymistavan mukaan esitetään tiivistetysti kuvassa 7.



Kuva 7. Kotihoidon asiakkaan suun terveyteen vaikuttavat tekijät sosiaalihammashoidollisen lähestymistavan mukaan.

8.1.1 Normatiivinen tarvearvio

Tutkimuksen suun ja hampaiden seulontatarkastusten perusteella Uuden Äänekosken kotihoidon asiakkaista suurimmalla osalla oli kokoproteesit. Omahampaisia tutkituista oli noin kolmasosa. Tutkimukseen osallistujista kokoproteesia käyttävien osuus oli suurempi verrattuna Terveys 2000 -tutkimukseen, jossa yli 75-vuotiaista joka toisella oli kokoproteesit (Nordblad ym. 2004). Irrotettavat kokoproteesit ovat hyvin yleisiä ikääntyneillä. Tämän tutkimuksen seulontatarkastettujen keski-ikä oli 80 vuotta, mikä saattaa selittää kokoproteesia käyttävien suurempaa osuutta.

Tässä tutkimuksessa selvitettäessä kotihoidon asiakkaiden suun terveydentilaa hammashoidon kliinisillä mittareilla tutkituista omahampaisista suurimmalla osalla oli kariesta, ientulehdusta, hammaskiveä sekä noin puolella parodontiittia. Sukupuolella ei ollut vaikutusta suu- ja hammassairauksien esiintymiseen kotihoidon asiakkailla. Karioituneet hampaat ovat ongelma vain osalle väestöä (Vehkalahti ym. 2004), mikä on havaittavissa myös tässä tutkimuksessa. Vaikka suomalaisten naisten hampaiden kuntoa tutkittaessa on todettu niiden olevan paremmassa kunnossa miehiin verrattuna (Vehkalahti ym. 2004), ei tämän tutkimusten tulosten perusteella voida todeta samaa. Tässä tutkimuksessa naisten hampaiden kunto oli huonompi verrattuna miehiin. Myös tässä tutkimuksessa ientulehdusta esiintyi enemmän verrattuna Terveys 2000-tutkimukseen (Knuuttila 2004). Kuitenkin tulos on samansuuntainen sen kanssa, että ientulehdusta esiintyy ikääntyvillä, joilla on omat hampaat, hyvin yleisesti. Myös parodontiitti on iäkkäillä yleinen syy hampaiden menetykseen. Parodontiittia oli seulontatarkastukseen osallistuneilla omahampaisilla noin puolella. Tulos on pienempi kuin aiemmassa tutkimuksessa (Knuuttila 2004). Vaikka omahampaisten osuus tässä tutkimuksessa oli vähäinen, tulokset ovat suuntaa antavia.

Suun limakalvomuutoksia esiintyi vähän tutkituilla kotihoidon asiakkailla, sillä melkein kolmella neljäsosalla limakalvot olivat siistit. Tässä tutkimuksessa neljäsosalla oli vähäisiä suun limakalvomuutoksia, joiden hoitona on suun kotihoidon tehostaminen. Tulos on samansuuntainen Terveys 2000 -tutkimuksen tulosten kanssa (Söderholm & Suominen-Taipale 2004). Tarkempaa diagnoosia vaativia suun limakalvomuutoksia

esiintyi tässä tutkimuksessa vain neljällä kotihoidon asiakkaalla. Tulos on toisin kuin aiemmassa tutkimuksessa, jossa vakavia suun limakalvomuutoksia esiintyi noin viidesosalla (Söderholm & Suominen-Taipale 2004).

Suun seulontatarkastusten yhteydessä kotihoidon asiakkailta kysyttiin, kokivatko he itse oman arvionsa mukaan suun ja/tai hampaiden hoidon tarvetta. Tässä tutkimuksessa kotihoidon asiakkaista hyvin harvat arvioivat itse olevan suun ongelmia, vaikka kariesta, ientulehdusta, hammaskiveä ja parodontiittia esiintyi omahampaisilla runsaasti. Kipuja ja yleisterveyden huonontumista ei välttämättä osata yhdistää suun ja hampaiden tulehdusten aiheuttamiksi, vaan kipuja ja sairauksia pidetään osana vanhenemista ja kuuluvan päivittäiseen elämään (Randolph ym. 2001, Lahti ym. 2008, Vehkalahti & Knuuttila 2008). Useilla yleissairauksilla ja lääkityksillä saattaa olla suun ja hampaiden terveyttä heikentäviä vaikutuksia, joita ei ole välttämättä otettu huomioon kotihoidon asiakkaiden hoidossa. Ikääntymisen myötä erilaisten yleissairauksien ja lääkkeiden määrä lisääntyy, jotka voivat aiheuttaa suuhun kipua ja epämukavuutta (Suomen Hammaslääkäriliiton Vanhustyöryhmä 2003, 7, 18, Meurman ym. 2003, 721, Ettinger 2007, Turner & Ship 2007). Yhtenä syynä suun ja/tai hampaiden hoidon tarpeen tiedostamattomuuteen voi olla se, ettei suurin osa kotihoidon asiakkaista ole tottunut käyttämään hammashoitopalveluita. Nuoremmat ikäryhmät tunnistavat herkemmin säännöllisen hammashoidon tarpeen (Harju ym. 2004). Myös tässä tutkimuksessa oli hyvin vähän seulontatarkastetuilla omahampaisilla omia hampaita suussa, mikä saattaa vaikuttaa siihen, ettei tiedosteta omien hampaiden vähäisyyden vuoksi hammashoidon tarvetta. Itsearvioidun suun terveyden on todettu olevan parempi henkilöillä, jotka ovat käyneet äskettäin hammashoidossa ja joilla on enemmän omia hampaita (Jones 2003).

8.1.2 Vaikutuksiin liittyvä tarvearvio

Tutkimuksessa selvitettiin haastatteluilla, kuinka kotihoidon asiakkaat kokevat suun terveytensä ja sen vaikutuksen päivittäiseen elämään. Suun terveydentila vaikuttaa kotihoidon asiakkaiden päivittäiseen elämään fyysisesti, psyykkisesti ja sosiaalisesti. Tulos on yhdensuuntainen Terveys 2000 -tutkimuksen kanssa, jossa tutkituille hampaat, suu ja proteesit aiheuttivat fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia ongelmia

kohtalaisen yleisesti (Harju ym. 2004). Kotihoidon asiakkaiden suuhun liittyviä tekijöitä, jotka vaikuttavat päivittäiseen elämänlaatuun, ovat hammasproteesit, omat hampaat, ravinto, hampaiden ulkonäkö, sosiaalinen kanssakäyminen, harrastukset, suun terveyden vaikutus yleissairauksiin, taloudellinen tilanne, uskomukset ja kokemukset elämänvarrelta hammashoidosta.

Suurin osa hammasproteesien käyttäjistä oli tyytyväisiä proteeseihinsa. Myös tutkimuksen mukaan tyytyväisyys proteeseihin vaikuttaa elämänlaatuun positiivisesti (Veyrunen ym.2005). Muutamalla hammasproteesit tekivät päivittäisestä elämästä haasteellisemman ja huononsivat elämänlaatua (Cunha-Cruzin ym. 2007). Myös huono purentakyky heikentää elämänlaatua (Takata ym. 2006). Erilaiset hammasproteesien aiheuttamat vaivat, kuten hankaus- ja painokohdat, hammasproteesien kuluminen sekä väljyys, aiheuttivat suukipua ja estivät monipuolisen ravinnon nauttimiseen. Suun terveyteen liittyvät ongelmat aiheuttivat ruokalajien valikoimista niin, että osa kasviksista ja vihanneksista oli jäänyt pois ruokavaliosta. Myös aikaisempien tutkimusten tulokset olivat yhdenmukaisia suun vaivojen vaikutuksista ruokailuun ja ravinnon yksipuolistumiseen (Sheihamin ym. 2001b, Harju ym. 2004). Erityisesti kyvyllä syödä on osoitettu olevan merkitystä ikääntyneiden elämänlaatuun (McGrath & Bedi 1999).

Tämän tutkimuksen mukaan kotihoidon asiakkaista osalle hammasproteesien huono paikallaan pysyminen aiheutti ongelmia ja ylimääräisiä pelkoja sosiaaliseen kanssakäymiseen toisten ihmisten kanssa sekä liikuntaharrastukseen. Myös aikaisemmissa tutkimuksissa hammasproteesit aiheuttivat rentoutumisvaikeuksia ja ongelmia sosiaaliseen kanssakäymiseen (Jones ym. 2003, Mack ym. 2005, Cunha-Cruz ym. 2007). Erityisesti yläproteeseilla on todettu olevan positiivinen vaikutus elämänlaatuun (Mack ym. 2005). On myös esitetty, että suulla ja hampailla on hyvin vähän vaikutusta sosiaaliseen kanssakäymiseen ja elämänlaatuun (McGrath & Bedi 1999). Tämän tutkimuksen tuloksista käy ilmi selkeästi, että kotihoidon asiakkaiden heikko taloudellinen tilanne esti sen, etteivät he voineet teettää uusia hammasproteeseja tai korjauttaa vanhoja hammasproteesien paikallaan pysymisen parantamiseksi. Nämä toimenpiteet olisivat saattaneet parantaneet heidän päivittäistä elämänlaatuansa, sillä hammasproteeseilla on tärkeä merkitys suun terveyteen liittyvän elämänlaadun parantumisessa (John ym. 2004). Ikääntyvien

hammashoitopalveluiden käytön esteinä saattaa olla usein taloudelliset ongelmat ja hoidon kalleus (Petersen & Yamamoto 2005).

Omahampaiset tutkittavat tiedostivat hyvällä suun ja hampaiden terveydellä olevan vaikutusta heidän päivittäiseen elämäänsä ja yleissairauksiinsa. Yleisimmät suusairaudet on tunnistettava ajoissa (Petersen & Yamamoto 2005), sillä useat suun sairaudet etenevät progressiivisesti, jos niitä ei hoideta riittävän ajoissa (Mojon ym. 1999, Boehm & Scannapieco 2007). Suusairaudet ja niiden pahentuminen saattavat heikentää myös yleisterveyttä aiheuttaen, esimerkiksi ikääntyneen keuhkokuumeen (Yoneyama ym. 2002). Lisäksi on voitu osoittaa erityisesti parodontiitilla olevan yhteys sydän- ja verisuonisairauksiin sekä diabetekseen (Könönen 2007). Yhdeltä kotihoidon asiakkaalta oli poistettu syvästi karioituneet ja tulehtuneet hampaat seulontatarkastuksen perusteella. Hän tunsi elämänlaatunsa parantuneen kipujen ja tulehdusten poistumisen myötä. Tulos on samansuuntainen aikaisemman tutkimuksen mukaan, jossa hampaiden poistamisella oli positiivinen vaikutus elämänlaatuun, kun kipu, turvotus ja tulehdus katosivat (Cunha-Cuz ym. 2007).

Useille tutkituista suun ja hampaiden ulkonäöllä oli ollut merkitystä jossain heidän elämänsä vaiheessa. Myös aikaisemmissa tutkimuksissa on todettu, että ikääntyvien suun ja hampaiden ulkonäöllä on vaikutusta elämänlaatuun (McGrath & Bedi 1999), seurusteluun toisten ihmisten kanssa (Jones ym. 2003) ja hyvinvointiin (McGrath & Bedi 2004). Tutkitut olivat miettineet nuorempana hampaiden poistattamista niiden ulkonäön ja ihmisten mahdollisten mielipiteiden vuoksi. Osalla kotihoidon asiakkaista hampaita oli poistettu niiden ruskeuden ja rumuuden vuoksi nuoruudessa. Useampi tutkituista oli kiinnittänyt myös huomiota toisten ihmisten suun ja hampaiden ulkonäköön. Erityisesti vanhoja ihmisiä, joilla oli omat hampaat, ihailtiin sen vuoksi, että suu näytti täyteläisemmältä ja omat hampaat näkyivät. Myös kotihoidon asiakkaat pitivät hävettävänä sitä, etteivät hammasproteesit olleet suussa, koska hammasproteesit vaikuttivat puheeseen ja kanssakäymiseen toisten ihmisten kanssa. Tulos on samansuuntainen aiempien tutkimusten kanssa, joissa todettiin erityisesti yläpuolen hammasproteesilla olevan vaikutusta vuorovaikutukseen toisten ihmisten kanssa (Mack ym. 2005) ja hampaiden vähäisyyden aiheuttavan seurustelun välttämistä (Jones ym. 2003). Tämän tutkimuksen tuloksista

poikkeavana on esitetty, että suun terveydellä olisi vähiten vaikutusta ulkonäköön ja puheeseen (McGrath & Bedi 2004).

Kotihoidon asiakkaiden aikaisemmat hammashoitokokemukset olivat vaikuttaneet siihen, miten hyväksi he kokivat heidän suun terveytensä ja sen vaikutuksen päivittäiseen elämäänsä. Hammaslääkäreitä oli ollut hyvin vähän sodan jälkeen, ja vähäisetkin kokemukset hammaslääkäreistä olivat hyvin huonoja. Ikääntyvien hammashoitopalveluiden käytön esteenä saattaa olla negatiiviset kokemukset hammaslääkäristä (Petersen & Yamamoto 2005). Hammassärky oli ollut yleistä tutkittujen nuoruudessa. Pieniä hammashoitotoimenpiteitä oli tehty jopa kotona. Hammasproteesien paino- ja hankausongelmien ilmaantuessa ei voitu hakeutua hoitoon, vaan vaivan odotettiin häviävän itsestään. Hammasvaivat olivat osa normaalia elämää. Iäkkäät saattavat olla välittämättä suun kivuista ja epämukavuuksista (Petersen & Yamamoto 2005). Lasten synnyttämisen ja huonon luuston uskottiin aiheuttaneen hampaiden reikiintymistä sekä vieneen hampaat suusta. Kuitenkin hampaiden reikiintyminen on monitekijäinen mikrobisairaus, jonka syntymiseen vaikuttavat ravinto, suun bakteerit, hampaiden vastustuskyky, syljen koostumus ja määrä (Meurman ym. 2003, 372). Koska tämän tutkimuksen keski-ikä oli suhteellisen korkea, ikääntyneiden tiedoissa suu- ja hammassairauksiin liittyen saattaa esiintyä tiedon puutetta.

8.1.3 Alttiuteen liittyvä tarvearvio

Tutkimukseen osallistuneilta kotihoidon asiakkailta kartoitettiin myös suun hoitoon liittyviä käyttäytymistekijöitä. Suurin osa heistä koki, että he pystyivät puhdistamaan suun ja hampaansa hyvin huolimatta yleissairauksien aiheuttamista fyysisistä rajoitteista. Kotihoidon asiakkaat eivät kokeneet avun tarvetta suun ja hampaiden puhdistamiseen. Hammasproteesit pestiin pääasiassa aamuisin ja ruokailun jälkeen. Muutama puhdisti myös hammasproteesit iltaisin. Tulos poikkeaa Terveys 2000 -tutkimuksesta, jossa noin puolet tutkituista puhdisti proteesit kaksi kertaa päivässä (Vehkalahti & Knuuttila 2004). Puhdistukseen käytettiin proteesiharjaa tai kynsiharjaa ja puhdistusaineena astianpesuainetta tai hammastahnaa, vaikka astianpesuainetta suositellaan hammasproteesien puhdistamiseen, sillä hammastahna naarmuttaa proteeseja (Komulainen & Hämäläinen 2008). Suurin osa haastatelluista piti

proteeseja yöllä suussaan, vaikka ne pitäisi puhdistaa ja säilyttää kuivana yön ajan (Komulainen & Hämäläinen 2008). Hammasproteesien jatkuva suussa pitäminen altistaa suun limakalvot herkemmin hiivasieni-infektioille (Hämäläinen 2008). Ikääntyvien proteesien kotihoitotavoissa saattaa olla tiedon ja taidon puutetta sekä heikentyneen toimintakyvyn aiheuttamia rajoitteita, joita he eivät ehkä tiedosta tai halua tuoda esille.

Tutkituista kotihoidon asiakkaista ne, joilla oli omia hampaita, harjasivat hampaansa iltaisin hammasharjalla ja fluorihammastahnalla. Myös omien hampaiden harjaustulos poikkeaa Terveys 2000 -tutkimuksesta, jossa hampaallisista eläkeikäisistä vähän yli puolet harjasi hampaat kaksi kertaa päivässä (Vehkalahti & Knuuttila 2004). Tässä tutkimuksessa fluorihammastahnaa käytettiin päivittäin ja tulos oli yhdensuuntainen aiemman tutkimuksen kanssa (Vehkalahti & Knuuttila 2004). Kuitenkin karieksen ehkäisemisen kannalta tehokkainta olisi hampaiden harjaaminen aamuin illoin fluorihammastahnalla (Komulainen & Hämäläinen 2008). Myös omahampaisten kotihoidon asiakkaiden hampaiden kotihoitotavoissa saattaa olla tiedon ja taidon puutetta sekä heikentyneen toimintakyvyn aiheuttamia rajoitteita, joita he eivät ehkä tiedosta tai halua tuoda esille. Näiden edellä mainittujen tekijöiden vuoksi hampaiden harjaus saattaa jäädä yhteen kertaan päivässä ja hampaat saattavat olla likaiset, sillä eläkeikäisistä miehistä vain viidesosalla ja naista vähän yli kolmasosalla hampaat olivat puhtaat (Vehkalahti & Knuuttila 2008). Myös hampaiden harjauksen vähäisyyteen voi vaikuttaa taustalla oleva hammashoitopelko (Pohjola 2009).

Tutkitut kotihoidon asiakkaat eivät nähneet estettä suun ja hampaiden hoidon auttamiseen kotona, jos yleisterveys tai toimintakyky huonontuu. Kotihoidon hoitohenkilökunta saattaa tarvita ohjausta ja neuvontaa, että tunnistaa suun terveysongelmat sekä osaa auttaa oikealla tavalla suun kotihoidossa (Fitzpatrick 2000). Hoitoalan ammattilaisten kouluttaminen ja ohjaaminen suun hoitoon liittyvissä asioissa tukee ikääntyvien itsehoidon onnistumista kotona. Suun sairauksien etenemistä saattaa pahentaa hoitohenkilöstön negatiivinen asenne suun terveyteen sekä haluttomuus yhteistyöhön suun terveydenhuollon henkilöstön kanssa (Gil-Montoya ym. 2006). Tässä tutkimuksessa kotihoidon asiakkaat toivat esille, että esteenä suun ja hampaiden hoidon auttamiseen kotona saattaa olla suun kotihoidon

mahdollinen hinta, sillä rahat eivät ehkä riitä kaikkiin heidän tarvitsemiinsa palveluihin.

8.2 Johtopäätökset ja suositukset

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää kotihoitoasiakkaiden suun ja hampaiden terveydentila Uuden Äänekosken alueella käyttäen sosiaalihammashoidollisen lähestymistavan tasoja: normatiivinen tarvearvio, vaikutuksiin liittyvä tarvearvio ja alttiuteen liittyvä tarvearvio. Tutkimus on ajankohtainen, sillä ikääntyvien lisääntyvä määrä kasvattaa yhä enemmän kotihoidon asiakkaiden ja omat hampaat omaavien määrää. Pelkkä normatiivinen hoidon tarpeen arviointi hammashoidon mittareilla ei anna riittävän monipuolista näkökulmaa suun terveydentilan vaikutuksesta päivittäiseen elämään. Tämän vuoksi uusien käytäntöjen tutkiminen ja kehittäminen suun terveydenhuoltoon on tärkeätä.

Tutkimuksessa päädyttiin seuraaviin johtopäätöksiin:

- Sosiaalihammashoidollinen lähestymistapa soveltuu kotihoidon asiakkaiden suun terveydentilan kartoittamiseen.
- Suun kotihoitotavoissa ilmenee tiedon puutetta ja parannettavaa kotihoidon asiakkailla.
- Kotihoidon asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmassa on huomioitava suun terveydentila, sen vaikutus päivittäiseen elämään sekä suun hoitoon liittyvät käyttämistekijät.

Johtopäätösten perusteella voidaan todeta, että on tärkeää kartoittaa asiakkaan kanssa yhdessä keskustelemalla suun vaikutuksesta hänen päivittäiseen elämäänsä. Samalla selvitetään suun kotihoitoon liittyvät käyttäytymistekijät sekä annetaan tarpeen mukaan suun hoidon kotiohjausta. Kotihoidon asiakkaan kuunteleminen on olennainen osa suun hoidon hoitosuunnitelman tekemisestä. Asiakas itse pystyy parhaiten ilmaisemaan havaitsemansa suun terveyden tarpeet sekä niiden vaikutuksen omaan päivittäiseen elämään. Kun kotihoidon asiakkaan kokonaishoito suunnitellaan ja toteutetaan hoito- ja palvelusuunnitelman mukaan moniammatillisena yhteistyönä, saadaan tietää varhaisessa vaiheessa esimerkiksi

asiakkaan toimintakyvyn, yleisterveyden ja suun terveydentilan muutoksista. Hyvin tehty hoito- ja palvelusuunnitelma parantaa tiedonkulkua ja tukee iäkkään omatoimista selviytymistä. Näin kotihoidon asiakkaan elämänlaatua ja terveyttä pystytään edistämään kokonaisvaltaisesti. Varhaisella suun terveyden kartoittamisella pystytään estämään kotihoidon asiakkaiden suun sairauksien progressiivista etenemistä ja hoitamaan suusairaudet varhaisessa vaiheessa.

Kotihoidon asiakkaiden suun terveydentilan kartoitus tulisi huomioida moniammatillisessa toiminnassa ja yhteistyössä siten, että suun hoito olisi osa kotihoidon asiakkaiden kokonaishoitoa. Vuosina 2000–2003 toteutetussa vanhustenhuollon YTY-projektissa, YTY-yhteistyöllä voimavaroja vanhuspalveluihin Ääneseudulla, korostetaan moniammatillista yhteistyötä ja sen tärkeyttä (Suomi ym. 2003). Kuitenkin suun terveydenhuolto puuttuu kokonaan yhteistyötahoista sekä hoito- ja palvelusuunnitelmalomakkeesta.

Suun terveydellä on vaikutusta kotihoidon asiakkaiden elämään ja elämänlaatuun, mikä tulee myös ottaa huomioon suunniteltaessa suun terveyden edistämisen interventioita kotihoidon asiakkaille ja heidän hoitoonsa osallistuvalle henkilökunnalle. Tutkimuksesta saatavan tiedon avulla voidaan lisätä kotihoidon henkilökunnan tietämystä kotihoidon asiakkaiden suun terveydentilasta sekä siihen vaikuttavista tekijöistä asiakkaiden päivittäisessä elämässä.

8.3 Jatkotutkimushaasteet

Jatkotutkimusaiheeksi voidaan esittää kyseisen aiheen tutkimista pitkittäistutkimuksella siten, että kotihoidon asiakkaille tehdään suun hoidon hoito- ja palvelusuunnitelma, kun he tulevat kotihoidon asiakkaaksi. Näin voitaisiin saada esiin varhaisen suun terveyden kartoittamisen vaikutukset kotihoidon asiakkaan päivittäiseen elämänlaatuun pitkällä aikavälillä. Myös saman aiheen tutkiminen niillä paikkakunnilla, joissa on jo käytössä suun hoito- ja palvelusuunnitelma, antaisi mahdollisuuden tehdä vertailuja tämän tutkimuksen aineistoon.

Tarpeellista olisi kartoittaa kyselytutkimuksella kotihoidon asiakkaiden hoitoon osallistuvan henkilöstön tietoja suun terveydentilaan sekä suun kotihoitoon liittyvistä

asioista. Näin saataisiin tietoa siitä, että esiintyykö tarvetta koulutukseen suunhoidon osa-alueilla.

Suun terveydentilan ja ikääntyneiden ravitsemuksen välistä yhteyttä tulisi selvittää tarkemmin. Tärkeätä olisi kehittää mittari, jolla arvioitaisiin suun terveydentilan vaikutusta ikääntyvän ravitsemukseen sekä ravinnon monipuolisuuteen.

Tästä tutkimuksesta tuli selvästi esille, että omahampaisilla kotihoidon asiakkailla on paljon hammashoidon tarvetta. Tärkeätä olisi selvittää syyt, jotka ovat esteenä hammashoitopalveluihin hakeutumiselle. Tutkimuksesta saatavalla tiedolla voitaisiin kehittää hammashoitopalveluja ja niiden saatavuutta.

Myös tästä tutkimuksesta ilmenee, että kotihoidon asiakkaat arvioivat itse hyvin vähän hammashoidon tarvetta, vaikka omahampaisilla esiintyi paljon kariesta, ientulehdusta, hammaskiveä ja puolella parodontiittia. He eivät myöskään kokeneet avun tarvetta suun ja hampaiden kotihoitoon. Jatkotutkimuksella olisi selvitettävä, mitkä tekijät vaikuttavat siihen, etteivät kotihoidon asiakkaat tiedosta hammashoidon tarvetta sekä avun tarvetta suun ja hampaiden kotihoitoon. Myös tärkeätä olisi tutkia toimintakyvyn yhteyttä kotihoidon tarpeen tiedostamiseen sekä suun ja hampaiden kotihoitotapoihin.

LÄHTEET

Adulyanon S, Vourapukjaru J, Sheiham A. Oral impacts affecting daily performance in a low dental disease Thai population. Community Dentistry and Oral Epidemiology 1996;24:385-9.

Akifusa S, Soh I, Ansai T, Hamasaki T, Takata Y, Yohida A. Fukuhara M, Sonoki K, Takehara T. Relationship of number of remaing teeth to health-related quality of life in commity-dwelling elderly. Gerodontology 2005;25:91-7.

Al Shamrany M. Oral health-related quality of life: a broader perspective. Eastern Mediterranean Health Journal 2006;12(6):894-901.

Allen PF. Assessment of oral health related quality of life. Health and Quality of Life Outcomes 2003;1(40).

Boehm TK, Scannapieco FA. The epidemiology**,** consequences and management of periodontal disease in older adults. The Journal of the American Dental Association 2007;138:26S-33S.

Bond J, Corner L. Quality of Life and Older People. England: Open University Press, 2004.

Brodani MA, MacEntee MI. The concept of validity in sociodental indicators an oral health-related quality-of-life. Community Dentistry and Oral Epidemiology 2007;35: 472-88.

Cohen LK, Jago JD, Toward the formulation of sociodental indicators. International Journal of Health Services 1976;4(6):681-98.

Cunha-Cruz J, Hujoel PP, Kressin NR. Oral health-related quality of life of periodontal patients. Journal of Periodontal Research 2007;42:169-76.

De Castellucci Barbosa L, Ferreira MRM, de Carvalho Calabrich CF, Viana AC, de Lemos MC, Lauria RA. Edentulous patients' knowledge of dental hygiene and care of prostheses. Gerodontology 2008;25(2):99-106.

Eskola J, Suoranta J. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Lapin yliopiston kasvatustieteellisiä julkaisuja C 13. Rovaniemi: Lapin yliopistopaino, 1996.

Ettinger RL. Oral health and the aging population. The Journal of the American Dental Association 2007;138:5S-6S.

Fitzpatrick J. Oral health care needs of dependent older people: responsibilities of nurses and care staff. Journal of Advanced Nursing 2000;32(6):1325-32.

Gherunpong S, Tsakos G, Sheiham A. A sociodental approach to assessing dental needs of children: concept and models. International Journal of Paediatric Dentistry 2006;16:81-8.

Gil-Montoya JA, de Mello AL, Cardenas CB, Lopez IG. Oral health protocol for the dependent institutionalized elderly. Geriatric Nursing 2006;27(2):95-101.

Gift HC, Atchison KA, Dayton CM. Conceptualizing oral health and oral health-related quality of life. Social Science and Medicine 1997;44(5):601-8.

Harju P, Hausen J, Suominen-Taipale L. Suomalaisten aikuisten suunterveys. Terveys 2000 -tutkimus. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B16/2004. Helsinki: Hakapaino Oy, 2004.

Heikkinen E. Vanhenemisen ulottuvuudet ja onnistuvan vanhenemisen edellytykset. Teoksessa Heikkinen E, Rantanen T (toim.) Gerontologia. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy, 2008:404.

Heinola R. Kotihoito muutoksessa. Teoksessa Heinola R (toim.) Asiakaslähtöinen kotihoito. Opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun. Stakes-oppaita 70. Vaajakoski: Gummerus Kirjapaino Oy, 2007a:9-10.

Heinola R. Palveluiden dokumentointi. Teoksessa Heinola R (toim.) Asiakaslähtöinen kotihoito. Opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun. Stakes-oppaita 70. Vaajakoski: Gummerus Kirjapaino Oy, 2007b:26-28.

Heinola R, Luoma ML. Toimintakyky ja elämänlaatu. Teoksessa Heinola R (toim.) Asiakaslähtöinen kotihoito. Opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun. Stakes-oppaita 70. Vaajakoski: Gummerus Kirjapaino Oy, 2007:36-40.

Holma T, Heimonen S, Voutilainen P. Kuntouttava työote. Teoksessa Voutilainen P, Vaarama M, Backman K, Paasivaara L, Eloniemi-Sulkava U, Finne-Soveri HU (toim.) Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Opas laatuun. Stakes-oppaita 49. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy, 2002:44-46.

Hämäläinen P. Oral health status as a predictor of changes in general health among elderly people. Suomen Hammaslääkärilehti 2005;12:706-07.

Hämäläinen P. Vanheneminen ja suun infektiot. Teoksessa Heikkinen E, Rantanen T (toim.) Gerontologia. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy, 2008:395-99.

Ikebe K, Matsuda K, Morii K, Wada M, Hazeyama T, Nokubi T, Ettinger RL. Impact of dry mouth and hyposalivation on oral health-related quality of life of elderly Japanese. Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology 2007;103(2):216-22.

Ikonen E-R, Julkunen S. Kehittyvä kotihoito. Helsinki: Edita Prima, 2008.

Jensen PM, Saunders RL, Thierer T, Friedman B. Factors Associated with Oral Health-Related Quality of Life in Community-Dwelling Persons with Disabilities. Journal of the American Geriatrics Society 2008;56(4):711-17.

John MT, Koepsell TD, Hujoel P, Miglioretti DL, LeResche L, Micheelis W. Demographic factors, denture status and oral health-related quality of life. Community Dentistry and Oral Epidemiology 2004;32:125-32.

John MT, Micheelis W, Steele JG. Depression as a Risk Factor for Denture Dissatisfaction. Journal of Dental Research 2007;86(9):852-56.

Jones JA, Kressin NR, Spiro III A, Randall CW, Miller DR, Hayes C, Kazis L, Garcia R. Self-reported and Clinical Oral Health in Users of VA Health Care. Journal of Gerontology: Medical Sciences 2001;56A(1):M55-M62.

Jones JA, Orner MB, Spiro III A, Kressin NR. Tooth loss and dentures: patients` perpectives. International Dental Journal 2003;53(5):327-34.

Knuutila M. Hampaiden kiinnityskudossairaudet. Teoksessa Suominen-Taipale L, Nordblad A, Vehkalahti M, Aromaa A (toim.) Suomalaisten aikuisten suunterveys, Terveys 2000 -tutkimus. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B16/2004. Helsinki: Hakapaino Oy, 2004:88-97.

Komulainen K, Hämäläinen P. Suun terveydenhoito. Teoksessa Hartikainen S, Lönnroos E (toim.) Geriatria arvioinnista kuntoutukseen. Helsinki: Edita Prima Oy, 2008:227.

Koskela P, Suominen-Taipale L, Vehkalahti M. Cleaning of teeth/dentures in relation to functional capacity in the Finnish elderly population. The 12th Annual Conference of the European Association of Dental Public Health: Poster Presentation Sessions. [WWW-dokumentti] 2007 [haettu 11.12.2009]. http://www.eadph.org/downloads/meetings/2007.pdf

Kressin N, Spiro A, Bossé R, Garcia R, Kazis L. Assessing Oral Health-Related Quality of Life. Medical Care 1996;34(5):416-27.

Kylmä J, Juvakka T. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy, 2007.

Kyngäs H, Vanhanen L. Sisällön analyysi. Hoitotiede 1999;11(1):3-12.

Könönen E. Parodontiitti – suun yleisin terveysongelma aikuisilla. Kansanterveyslehti 2007;10:1-4.

Lahti S, Suominen-Taipale L, Hausen H. Oral health impacts among adults in Finland: competing effects of age, number of teeth, and removable dentures. European Journal of Oral Sciences 2008;116:260-66.

Latvala E & Vanhanen-Nuutinen S. 2003. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa Janhonen S & Nikkonen M (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY, 2003:21-23.

Lincoln YS, Guba EG. Naturalistic Inquiry. Beverly Hills: SAGE Publications, 1985.

Locker D. Concepts of oral health, disease and the quality of life. Teoksessa Slade GD. Measuring oral health and quality of life. Chapel Hill: University of North Carolina, 1997:11-23.

Locker D, Allen F. What do measures of ‘oral health-related quality of life’ measure? Community Dentistry and Oral Epidemiology 2007;35:401-11.

MacEntee MI. Quality of Life as an Indicator of Oral Health in Older People. The Journal of the American Dental Association 2007;138:47S-52S.

Mack F, Schwahn C, Feine JS, Mundt T, Bernhardt O, John U, Kocher PT, Biffar R. The impact of tooth loss on general health related to quality of life among elderly Pomeranians: results from the study of health in Pomerania (SHIP-O). International Journal of Prosthodontics 2005;18(5):414-19.

Maizels J, Maizels A, Sheiham A. Sociodental approach to the identification of dental treatment-need groups. Community Dentistry and Oral Epidemiology 1993;21:340-46.

McGrath C, Bedi R. The importance of oral health to older people's quality of life. Gerodontology 1999;16(1):59-63.

McGrath C, Bedi R. A national study of the importance of oral health to life quality to inform scales or oral health related quality of life. Quality of Life Research 2004;13:813-18.

Meurman J, Murtomaa H, Le Bell Y, Autti H, Luukkanen M. Therapie Odontologica. Hollola: Salpausselän Kirjapaino Oy, 2003.

Mojon P, Budtz-Jørgensen E, Rapin CH. Relationship between oral health and nutrition in very old people. Age and Ageing 1999;28:463-68.

Musschenga AW. The relation between concepts of quality-of-life, health and happiness. The Journal of Medicine and Philosophy 1997;22:11-28.

Naito M, Yuasa H, Nomura Y, Nakayama T, Hamajima N, Hanada N. Oral Oral health status and health-related quality of life: a systematic review. Journal of Oral Science 2006;48(1):1-7.

Nevalainen MJ, Närhi TO, Ainamo A. Oral mucosal lesions and oral hygiene habits in the home-living elderly. Journal of Oral Rehabilitation 1997;24:332-37.

Nordblad A, Hammaslääkäriliiton vanhustyöryhmä 2001. Säännöllinen suun hoito. Teoksessa Voutilainen P, Vaarama M, Backman K, Paasivaara L, Eloniemi-Sulkava U, Finne-Soveri HU (toim.) Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Opas laatuun. Stakes-oppaita 49. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy, 2002:145-50.

Nordblad A, Könönen M, Suominen-Taipale L. Irrotettavien hammasproteesien yleisyys ja kunnostustarve. Teoksessa Suominen-Taipale L, Nordblad A, Vehkalahti

M, Aromaa A (toim.) Suomalaisten aikuisten suunterveys, Terveys 2000 -tutkimus. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B16/2004. Helsinki: Hakapaino Oy, 2004:114-9.

Nuttall NM, Steele JG, Pine CM, White D, Pitts NB. Adult dental health survey: The impact of oral health on people in the UK in 1998. British Dental Journal 2001;19(3):121-26.

Okunseri C, Chattopadhyay A, Lugo R, McGrath C. Pilot survey of oral health-related quality of life: a cross-sectional study of adults in Benin City, Edo State, Nigeria. BMC Oral Health 2005;5:7.

Petersen PE, Nordrehaug-Åstrøm A. Terveyden edistäminen 2000-luvulla - periaatteita ja strategioita. Suomen Hammaslääkärilehti 2008;15(3):42-51.

Petersen PE, Yamamoto T. Improving the oral health of older people: the approach of the WHO Global Oral Health Programme. Community Dentistry and Oral Epidemiology 2005;33:81-92.

Pitkälä K, Suominen M, Soini H, Muurinen S, Strandberg T. Vanhuksen aliravitsemus ja sen hoito. Suomen Lääkärilehti 2005;51-52:5265-70.

Pohjola V. Dental fear among adults in Finland. Academic dissertation. University of Oulu. Oulu: Oulu University press, 2009.

Päivärinta E, Haverinen R. Ikäihmisten hoito- ja palvelusuunnitelma. Opas työntekijöille ja palveluista vastaaville. Helsinki: Stakes, 2002.

Randolph WM, Ostir GV, Markides KS. Prevalence of Tooth Loss and Dental Service Use in Older Mexican Americans. Journal of the American Geriatrics Society 2001;49(5):585-89.

Ronkainen R, Ahonen S, Backman K, Paasivaara L. Kotihoito kotihoidon kivijalkana. Teoksessa Voutilainen P, Vaarama M, Backman K, Paasivaara L, Eloniemi-Sulkava U, Finne-Soveri HU (toim.) Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Opas laatuun. Stakes-oppaita 49. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy, 2002:100-05.

Semba RD, Blaum CS, Bartali B, Xue QL, Ricks MO, Guralnik JM, Fried LP. Denture use, malnutrition, frailty, and mortality among older women living in the community. The journal of Nutrition, Health & Aging 2006;10(2):161-67.

Sheiham A. Strategies for oral health care. Euro Observer 2005;7(3):1-4.

Sheiham A, Steele JG, Marcenes W, Tsakos G, Finch S, Walls AW. Prevalence of impacts of dental and oral disorders and their effects on eating among older people; a national survey in Great Britain. Community Dentistry and Oral Epidemiology 2001a;29(3):195-203.

Sheiham A, Steele JG, Marcenes W, Lowe C, Finch S, Bates CJ, Prentice A, Walls AWG. The Relationship among Dental Status, Nutrient Intake, and Nutritional Status in Older People. Journal of Dental Research 2001b;80:408-13.

Sheiham A, Tsakos G. Oral Health Needs Assessments. Teoksessa Pine C, Harris R (toim.) Community Oral Health. 2. painos. Kempten: AZ Druck und Datentechnik, 2007:59-79.

Siltaniemi A, Perälahti A, Eronen A, Londén P. Hyvinvointi, palvelut ja elämänlaatu Keski-Suomessa. Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto ry. Helsinki: Hakapaino Oy, 2007.

Silverman S. Mucosal lesions in older adults. The Journal of the American Dental Association 2007;138:41S-46S.

Slade, G. Assessment of Oral Health-related Quality of Life. Teoksessa Inglehart MR, Bagramian RA (toim.) Oral Health-related Quality of Life. USA: Quintessence Publishing Co, Inc, 2002:29-45.

Slade GD, Nuttall N, Sanders AE, Steele JG, Allen PF, Lahti S. Impacts of oral disorders in the United Kingdom and Australia. British Dental Journal 2005;198(8):489-93.

Soini H, Muurinen S, Routasalo P, Sandelin E, Savikko N, Suominen M, Ainamo A, Pitkälä KH. Oral and Nutritional Status – is the MNS a useful tool for dental clinics. The Journal of Nutrition 2006;10(6):495-99.

Srisilapanan P, Sheiham A. Assessing the difference between sociodental and normative approaches to assessing prosthetic dental treatment needs in dentate older people. Gerodontology 2001;18(1):25-34.

Srisilapanan P, Korwanich N, Sheiham A. Assessing prosthodontic dental treatment needs in older adults in Thailand: normative vs. sociodental approaches. Special Care in Dentistry 2003;23(4):131-4.

Starr JM, Hall RJ, Macintyre S, Deary IJ, Whalley LJ. Predictors and correlates of edentulism in the healthy old people in Edinburgh (HOPE) study. Gerodontology 2008;25:199-204.

Suomen Hammaslääkäriliiton Vanhustyöryhmä. Ikäihmisten suun hoito. Opas sosiaali- ja terveysalan henkilöstölle. Forssa: Nordmanin Kirjapaino Oy, 2003.

Suomi A, Helin S, Raiski T-L (toim.) YTY-yhteistyöllä voimavaroja vanhuspalveluihin Ääneseudulla. Työelämän kehittämisohjelma, raportteja 28. Helsinki: Painopörssi Oy, 2003:2.

Söderholm AL, Suominen-Taipale L. Suun limakalvomuutokset. Teoksessa Suominen-Taipale L, Nordblad A, Vehkalahti M, Aromaa A (toim.) Suomalaisten aikuisten suunterveys, Terveys 2000 -tutkimus. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B16/2004. Helsinki: Hakapaino Oy, 2004.

Takata Y, Ansai T, Awano S, Fukuhara M, Sonoki K, Wakisaka M, Fujisawa K, Akifusa S, Takehara T. Chewing ability and quality of life in an 80-year-old population. Journal of Oral Rehabilitation 2006;33:330-34.

Thomson WM, Lawrence, Broadbent JM, Poulton R. The impact of xerostomia on oral-health-related quality of life among younger adults. Health and Quality of Life Outcomes 2006;4:86.

Tsakos G. Redefining the way dental needs are assessed. Euro Observer 2005;7(3):7-8.

Tuomi J, Sarajärvi A. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 2002.

Turner MD, Ship JA. Dry mouth and its effects on the oral health of elderly people. The Journal of the American Dental Association 2007;138:15S-20S.

Tynjälä P. Kvalitatiivisten tutkimusmenetelmien luotettavuudesta. Kasvatus 1991;22(5-6):387-98.

Uusi Äänekoski. Perusturvalautakunta. Pöytäkirjan ote 43/23.5.2007.

Vaarama M. Tavoitteena vanhan ihmisen hyvä elämänlaatu. Teoksessa Voutilainen P, Vaarama M, Backman K, Paasivaara L, Eloniemi-Sulkava U, Finne-Soveri HU (toim.) Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Opas laatuun. Stakes-oppaita 49. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy, 2002:11-7.

Vehkalahti M, Knuuttila M. Ikääntyneiden suunterveyden edistäminen Suomessa. Suomen Hammaslääkärilehti 2008;4:48-56.

Vehkalahti M, Knuuttila M. Suun omahoito. Teoksessa Suominen-Taipale L, Nordblad A, Vehkalahti M, Aromaa A (toim.) Suomalaisten aikuisten suunterveys, Terveys 2000 -tutkimus. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B16/2004. Helsinki: Hakapaino Oy, 2004:41-9.

Vehkalahti M, Varsio S, Hausen H. Hampaiden kunto. Teoksessa Suominen-Taipale L, Nordblad A, Vehkalahti M, Aromaa A (toim.) Suomalaisten aikuisten suunterveys, Terveys 2000 -tutkimus. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B16/2004. Helsinki: Hakapaino Oy, 2004:73-8.

Veyrune JL, Tubert-Jeannin S, Dutheil C, Riordan PJ. Impact of new prostheses on the oral health related quality of life of edentulous patients. Gerodontology 2005;22:3-9.

Voutilainen P, Vaarama M, Backman K, Eloniemi-Sulkava U, Finne-Soveri HU. Kokonaistilanteen selvittämisellä hoito- ja palvelusuunnitelmaan. Teoksessa Voutilainen P, Vaarama M, Backman K, Paasivaara L, Eloniemi-Sulkava U, Finne-Soveri HU (toim.) Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Opas laatuun. Stakes-oppaita 49. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy, 2002:91-2.

Walls AWG, Steele JG. The relationship between oral health and nutrition in older people. Mechanisms of Ageing and Development 2004;125:853-57.

WHO. Guide to epidemiology and diagnosis of oral mucosal diseases and conditions. Community Dentistry and Oral Epidemiology 1980;8:1-26.

WHO. Oral health surveys. Basics methods. 4. painos. Geneva: WHO, 1997.

Yoneyama T, Yoshida M, Ohrui T, Mukaiyama H, Okamoto H, Hoshiba K, Ihara S, Yanagisawa S, Ariumi S, Morita T, Mizuno Y, Ohsawa T, Akagawa Y, Hashimoto K, Sasaki H. Oral care reduces pneumonia in older patients in nursing homes. Journal of the American Geriatrics Society 2002;50(3):430-33.

Åstrøm A, Kida I. Perceived dental treatment need among older Tanzanian adults – a cross-sectional study. BioMed Central Oral Health 2007;7(9):1-10.

Keskeisimmät tutkimukset ja tutkimustulokset käyttäen suun terveyteen liittyviä elämänlaadun eri mittareita.

TUTKIMUKSEN TEKIJÄT	TUTKIMUKSEN NIMI	JULKAISUVUOSI	SUUN TERVEYTEEN LIITTYVÄ ELÄMÄNLAADUN MITTARI	TUTKIMUSMENETELMÄT JA OTOSKOKO	KESKEISET TULOKSET
Pohjola V	Dental fear among adults in Finland	2009	OHIP-14	haastattelut, kyselyt ja suun kliininen tutkimus, jolla selvitettiin hammashoitopelon ja palveluiden käytön, suun terveyteen liittyvien tapojen ja ongelmien välistä yhteyttä ryvästetty 8028 otos, 30 vuotta täyttäneitä	Tutkituista 10 % pelkäsi kovasti hammashoitoa, 30 % jonkin verran. Kovasti pelkäävät ilmaisivat suun terveysongelmia enemmän kuin muut ja heillä oli huonompi hammasterveys. Ikäryhmässä 65+, jotka harjasivat hampaan alle kaksi kertaa päivässä, pelkäsivät hammashoitoa enemmän. Myös säännöllisesti tupakoivat pelkäsivät hammashoitoa muihin verrattuna
Jensen PM, Saunders RL, Thierer T, Friedman B	Factors Associated with Oral Health-Related Quality of Life in Community-Dwelling Persons with Disabilities	2008	OHIP-14	havaintopoikkileikkaustutkimus haastatteluilla selvitettiin suun terveys-, yleisterveystiedot ja toimintakyky, tyytyväisyys elämään, terveyspalveluiden käyttö sekä sosiodemografiset tekijät 641 otos vammautuneita, kognitiivisesti kyvykkäitä kotona asuvia 65-vuotiaita	Suun terveyteen liittyvä elämänlaatu oli yhteydessä havaittuun hammashoidon tarpeeseen, huonoon itsearvioituun terveyteen ja mielentervey-teen, omien hampaiden vähäisyyteen sekä melko heikkoon kognitiiviseen toimintakykyyn
Cunha-Cruz J, Hujoel PP, Kressin NR	Oral health-related quality of life of periodontal patients	2007	OHIP GOHAI OHQoL	poikkileikkaustutkimus logistisella regressiomallilla yhdistettiin itsearvioitu suun terveys (suun terveyteen liittyvän elämänlaadun arviointi, itsehavaittu suun terveys) ja suun terveystutkimukset (hampaiden lukumäärä, koronaali- ja juurikariekset, parodontiitti) 1497 otos, 35-89-vuotiaita	Suun terveyteen liittyvät erilaiset ongelmat vaikuttivat potilaiden elämänlaatuun negatiivisesti

Ikebe K, Matsuda K, Morii K, Wada M, Hazeyama T, Nokubi T, Ettinger RL	impact of dry mouth and hyposalivation on oral health-related quality of life of elderly Japanese	2007	OHIP-14	vähentyneen syljen erityksen ja kuivan suun aistimisen vaikutusta suun terveyteen liittyvään elämänlaatuun kotona asuvilla vanhuksilla tutkittiin logistisella regressiomallilla yhdistäen syljen erityksen mittaukset ja kyselyt suun terveyteen vaikuttavien elämänlaadun tekijöistä 287 otos, 60-81-vuotiaita	Kuiva suu ja vähentynyt syljeneritys vaikutti merkittävän heikentävästi kotona asuvien melko terveiden vanhusten päivittäiseen elämänlaatuun
Takata Y, Ansai T, Awano S, Fukuhara M, Sonoki K, Wakisaka M, Fujisawa K, Akifusa S, Takehara T	Chewing ability and quality of life in an 80-year-old population	2006	QOL	poikkileikkaustutkimus sisälsi hampaiden tutkimisen, purennan itsearvioinnin ja elämänlaatuun liittyvät kysymykset 823 otos, 80-vuotiaita	Huonolla purentakyvyllä ja huonolla elämänlaadulla oli yhteyttä toisiinsa 80-vuotialla. Hampaiden lukumäärällä ei ollut vaikutusta elämänlaatuun
Thomson WM, Lawrence, Broadbent JM, Poulton R	The impact of xerostomia on oral-health-related quality of life among younger adults	2006	OHIP-14	pitkäaikainen kohorttitutkimus, tarkoituksena oli selvittää xerostomia (krooninen suun kuivuus) ja suun terveyteen liittyvän elämänlaadun yhteyttä suu- ja hammastarkastuksilla ja suun elämänlaatuun liittyvillä kysymyksillä 972 otos, 32-vuotiaita	Xerostomiasta kärsivän potilaan päivittäiseen elämään kroonisella suun kuivuudella oli selvä vaikutus
Mack F, Schwahn C, Feine JS, Mundt T, Bernhardt O, John U, Kocher PT, Biffar R.	The impact of tooth loss on general health related to quality of life among elderly Pomeranians: results from the study of health in Pomerania (SHIP-O)	2005	SF-12	poikkileikkaustutkimus sisälsi haastattelu- ja kyselytutkimukset, joilla kartoitettiin sosiodemografiset tekijät, lääketieteelliset tiedot, hammastiedot ja terveyteen vaikuttavat elämänlaadun tekijät 1406 otos, 60-79-vuotiaita	Vajaalla hampaistolla oli vaikutusta elämänlaatuun fyysisesti

Okunseri C, Chattopadhyay A, Lugo R, McGrath C	Pilot survey of oral health-related quality of life: a cross-sectional study of adults in Benin City, Edo State, Nigeria	2005	OHQoL-UK	poikkileikkaustutkimus sisälsi suun terveyteen liittyvät suljetut kysymykset, jotka koostuivat sosiodemografisista tekijöistä, hammashoitokäyn-neistä, suun terveyden seurauksista ja vaikutuksista elämänlaatuun 356 otos,18-64-vuotiaita	Suurin osa tutkituista raportoi suun terveyden vaikuttavan heidän elämän laatuun. Kuitenkin heidän mielestään suun terveydellä oli vähän tai ei lainkaan vaikutusta heidän elämänlaatuunsa
Akifusa S, Soh I, Ansai T, Hamasaki T, Takata Y, Yohida A. Fukuhara M, Sonoki K, Takehara T	Relationship of number of remaing teeth to health-related quality of life in commity-dwelling elderly	2005	SF-36 (japanilainen versio)	tutkimuksella selvitettiin omien hampaiden lukumäärän ja yleisterveyteen liittyvän elämänlaadun välistä yhteyttä vanhuksilla sekä sitä, kuinka omat hampaat vaikuttivat vanhusten yleisterveyteen 207 otos, 85-vuotiaita kotona asuvia vanhuksia	85-vuotiaista tutkituista, joilla oli ≥ 20 omaa hammasta, oli parempi fyysinen terveys verrattuna niihin, joilla oli vähemmän hampaita
Harju P, Hausen J, Suominen-Taipale L	Suomalaisten aikuisten suunterveys terveys 2000 - tutkimus	2004	OHIP-14	kyselylomake, jonka avulla selvitettiin, kuinka usein vastaaja oli kokenut suusta tai hampaista aiheutuneita fyysisiä, psyykkisiä, toiminnallisia tai sosiaalisia ongelmia viimeksi kuluneen kuukauden aikana 5981 otos, 30 vuotta täyttäneitä	Hampaat, suu ja proteesit aiheuttivat fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia ongelmia kohtalaisen yleisesti. Viimeksi kuluneen kuukauden aikana yli kolmasosalla oli näitä ongelmia. Ongelmia kokivat ikääntyneet enemmän kuin työikäiset
John MT, Koepsell TD, Hujoel P, Miglioretti DL, LeResche L, Micheelis W	Demographic factors, denture status and oral health-related quality of life	2004	OHIP-G	poikkileikkaustutkimus tietokoneavusteiset henkilökohtaiset haastattelut, joilla selvitettiin sosiodemografisten tekijöiden, hampaiden/hammas-proteesien merkityksen ja suun terveyteen liittyvän elämänlaadun parantumisen välistä yhteyttä 2050 otos, 16-79-vuotiaita	Hammasprotee-seilla oli tärkeä merkitys suun terveyteen liittyvän elämänlaadun parantumisessa verrattuna sosiodemografisiin tekijöihin

Jones JA, Orner MB, Spiro III A, Kressin NR	Tooth loss and dentures: patients` perpectives	2003	OH-1 OHQOL GOHAI OHIP DELTA	poikkileikkaustutkimus lyhyt suun ja hampaiden tutkimus sekä haastattelu-tutkimuksella haluttiin selvittää hampaiden menetyksen ja hammasproteesien suussa pidon vaikutuksia päivittäiseen elämään tutkittujen näkökulmasta 747 otos, veteraanimiehiä, jotka käyttivät avohoitoa	Miehet, joilla oli ≥ 25 omaa hammasta, pitivät itsearvioitua suun terveyttä parempana. Hampaiden vähäisyys aiheutti tiettyjen ruokien välttämistä sekä jonkin verran kipua, ahdistusta ja rentoutumis-ongelmia
Jones JA, Kressin NR, Spiro III A, Randall CW, Miller DR, Hayes C, Kazis L, Garcia R	Self-reported and Clinical Oral Health in Users of VA Health Care	2001	OHQOL GOHAI OHIP	poikkileikkaustutkimus sisälsi kysymykset itsearvioidusta suun terveydestä, suun terveyteen liittyvästä elämänlaadusta, terveyskäyttäytymi-sestä ja sosiodemografisista tekijöistä 536 otos, veteraanimiehiä, jotka käyttivät avoterveydenhoitoa	Itsearvioitu suun terveys oli parempi henkilöillä, joilla oli enemmän omia hampaita ja he olivat käyneet äskettäin hammashoidossa. Itsearvioitu terveydentila oli huonompi sellaisilla henkilöillä, joilla oli hampaiden liikkuvuutta, isoja kariesleesioita ja enemmän erilaisia lääketieteellisiä ongelmia

Kotihoidon asiakkaiden suun puhdistamisen välineet ja suositukset (Vehkalahti & Knuuttila 2008, 53).

Puhdistaminen	Välineet	Suositukset
Mekaaninen puhdistaminen		
· Hampaat	**Hammasharja**, jossa on pehmeät harjakset. Harjanvarren tulee olla riittävän paksu, jotta siitä saa pitävän otteen. Harjaustaidot päivitettävä! **Sähköhammasharja**, jossa on pehmeät harjakset. Käytön opastus tarvitaan!	Kahdesti päivässä, kahden minuutin ajan: aamulla ennen ateriaa ja illalla ennen nukkumaan menoa. Heti aterian jälkeen ei hampaita saa harjata, suun voi huuhtoa vedellä.
· Hammasvälit ja implantit	**Väliharja**, mieluiten kärkeä kohden suippeneva malli; mitoitus hammasvälin koon mukaan. Pitävän otteen varmistamiseksi varren on oltava riittävän paksu. **Hammaslangan käyttö** voi osoittautua teknisesti liian vaativaksi.	Kerran päivässä. Jokainen hammasväli ja implanttihammas puhdistetaan ennen hampaiden harjausta.
· Kielen yläpinta	Pehmeä hammasharja tai kuminen sormituppo.	Kerran päivässä.
· Hammasproteesit (jos on irrotettavia proteeseja)	Proteesiharja ja saippua, ei hammastahnaa.	Kahdesti päivässä: aamulla ennen ateriaa ja illalla ennen nukkumaan menoa.
· Puhdistuksen tarkistus	Peili, suupeili ja hyvä valo. Opastaja havainnoi oppien perillemenon ja tarkistaa tuloksen. Väritabletit.	Harjauksen jälkeen. Opastuksen jälkeen 2–3 kertaa sekä aina hammashoidossa.
Kemiallinen puhdistaminen		
· Hampaat, ikenet ja implantit	Klooriheksidiinigeeliharjaus tai liuoksella purskuttelu.	Tilapäiseen käyttöön: 2 kertaa päivässä 2–3 viikon ajan.
· Hammasproteesit	Poretablettipuhdistus tai harjaus klooriheksidiinillä.	Kerran viikossa.

KYSELY SUUN / HAMPAIDEN TARKASTUKSESTA KOTISAIRAANHOIDOSSA OLEVILLE ASIAKKAILLE

_____

asiakkaan nimi

Hei!

Olen suuhygienisti Kirsi Autonen-Honkonen Äänekosken kaupungin terveyskeskuksen hammashoitolasta. Olisin tulossa tekemään Teille teidän kotiinne suun/hampaiden tarkastuksen _____kuussa. Kaikki keräämäni tiedot ovat luottamuksellisia ja salassa pidettäviä.

Tällä kyselyllä kartoitan, että haluatteko Teille tehtävän suun/hampaiden tarkastuksen _____kuussa 2008 kotonanne?

Kyllä ☐

Ei ☐

Ystävällisin terveisin

Kirsi Autonen-Honkonen
suuhygienisti
Äänekosken kaupunki
puh. 014-5744300

Kannettavien korien sisältö oli seuraava:

- tutkimushanskat
- kasvomaskilaatikko
- sideharsotaitoksia
- ultraäänilaite proteesien puhdistusta varten
- proteesien puhdistusainetta ultraäänilaitteeseen
- hammasharjoja, -tikkuja, -lankaa, -väliharjoja
- steriloidut ja yksittäispakatut instrumentit (hammastarkastuspeilit, ientaskumittarit, hammaskivi-instrumentit)
- käsihuuhdepullo
- desinfektioainetta pyyhintään
- suljettava astia likaisille instrumenteille ja esidesinfektioainetta
- otsalamppu
- kynälamppuja ja niihin suojapusseja
- tuorekelmua kannettavan tietokoneen näppäimistön päälle ja instrumenttien alle
- proteesien puhdistusohjeita kirjallisena
- vihko, kyniä
- hoidon tarpeessa olevien nimilistalappu, johon merkittiin asiakkaan nimi ja hoidon tarve (karies, hammaskivi, muut hammashoidon tarve) sen mukaan, oliko asiakas halukas maksulliseen terveyskeskuksessa järjestettävään hammashoitoon.
- kotihoidon asiakkaiden nimilistat
- kartta
- navigaattori
- kannettava tietokone.

TEEMAHAASTATTELUN RUNKO

1. **Miten hampaat tai ikenet vaikuttavat päivittäiseen elämäänne?**
2. **Miten hampaat tai ikenet vaikuttavat kanssakäymiseen toisten ihmisten kanssa?**
3. **Miten suun tai hampaiden ulkonäkö vaikuttaa vuorovaikutustilanteisiin toisten ihmisten kanssa?**
4. **Miten itse puhdistatte omat hampaat/proteesit?**
5. **Miten koette omien hampaiden/proteesien puhdistamisen?**
   Estävätkö mielestänne jotkin asiat omien hampaiden/proteesien puhdistamista?
6. **Koetteko tarvitsevanne apua suun ja hampaiden hoitamiseen kotona?**
   Millaista apua toivoisitte?

HYVÄ KOTIHOIDON ASIAKAS

Teen Jyväskylän yliopiston Terveystieteiden laitoksella terveyskasvatuksen pro gradu-tutkimusta aiheesta ”Kotihoidon asiakkaiden suun terveyden kartoittaminen sosiaalihammashoidollisella lähestymistavalla”. Tutkimus toteutetaan Äänekosken kaupungin perusturvan suun terveydenhuollon toimeksiantona. Tutkimukseni ohjaajana toimii TtT, terveyskasvatuksen lehtori Kirsti Kasila.

Pro gradu- tutkimukseni sisältää sekä kotihoidon asiakkaiden suun /hampaiden terveystarkastuksen että kotihoidon asiakkaiden haastattelun. Olette viime vuonna (2008) osallistunut suun/hampaiden terveystarkastukseen. Tänä vuonna kutsun Teitä osallistumaan tutkimushaastatteluihin. Haastatteluiden tarkoituksena on tarkemmin selvittää suun terveyden ja hyvinvoinnin yhteyttä. Haastattelu toteutetaan Teidän omassa kodissa. Haastattelu kestää noin tunnin ja se nauhoitetaan. Haastattelututkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista. Haastattelusta ei aiheudu Teille mitään kustannuksia.

Tutkimuksen tuloksia julkaistaan vain pro gradu-tutkimuksessani ja siihen liittyvissä julkaisuissa. Tutkijaa sitoo ehdoton vaitiolovelvollisuus, eikä henkilöllisyytenne tule esiin missään tutkimuksen vaiheessa. Haastatteluaineisto hävitetään tutkimuksen päätyttyä asianmukaisesti.

Haastattelututkimukseen osallistumisesta ja haastattelun nauhoittamisesta pyydän Teiltä kirjallisen luvan allekirjoituksellanne.

_____
paikka ja päiväys

_____
allekirjoitus

Lisätietoja tutkimuksen tekijältä
Kirsi Autonen-Honkonen
Suuhygienisti,
Terveystieteiden maisteriopiskelija
Puh. 0505248549
kirsi.autonen-honkonen@aanekoski.fi