



Kati Kumpula

**TUPAKOINNIN LOPETTAMISEN EDISTÄMINEN
HAMMASLÄÄKÄRIN TYÖSSÄ**

**TUPAKOINNIN LOPETTAMISEN EDISTÄMINEN
HAMMAS-LÄÄKÄRIN TYÖSSÄ**

Kati Kumpula
Opinnäytetyö
Syksy 2010
Ylempi ammattikorkeakoulututkinto
Terveystiedon edistämisen koulutusohjelma
Oulun seudun ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Oulun seudun ammattikorkeakoulu
Ylempi ammattikorkeakoulututkinto
Terveyden edistämisen koulutusohjelma

Tekijä: Kati Kumpula

Opinnäytetyön nimi: Tupakoinnin lopettamisen edistäminen hammaslääkärin työssä.

Työn ohjaajat: Yliopettaja, TtT Hilikka Honkanen, yliopettaja, TtT Helena Heikka.

Työn valmistumislukukausi ja -vuosi: Syksy 2010. Sivumäärä: 79 sivua ja 7 liitesivua.

Suun terveydellä on tärkeä merkitys ihmisen koko terveydelle. Tupakoinnin vähentäminen on yksi suun terveydenhuollon isoista haasteista. Suun terveydenhuolto perustuu terveyden edistämiseen. Tupakan käyttö aiheuttaa haittoja suussa. Kaikista terveyden hoitoryhmistä hammaslääkärit ovat etulyöntiasemassa tupakointia vähentävässä työssä. He voivat auttaa potilaitaan lopettamaan tupakoinnin ja näin parantaa potilaidensa terveyttä.

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvailla hammaslääkäreiden käsityksiä tupakoinnista terveydellisenä riskitekijänä sekä omasta toiminnastaan tupakoinnin lopettamisen tukena ja kuvata tupakointiin liittyvän terveysneuvonnan toteutusta. Tutkimuksen tavoitteena oli hammaslääkäreiden tietoisuuden lisääminen tupakoinnin vaikutuksesta suun terveyteen ja tämän perusteella potilaan suun terveyden edistäminen. Tavoitteena oli myös hyödyntää tutkimuksen tuloksia hammaslääkäreiden koulutuksen kehittämisessä.

Tutkimus oli kvantitatiivinen kyselytutkimus. Tutkimuksen tiedonkeruumenetelmänä käytettiin strukturoitua kyselylomaketta. Kyselyssä mukana olivat Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin alueelta hammaslääkäreitä sekä kunnalliselta että yksityiseltä toimialalta. Kysely lähetettiin 183 hammaslääkärille. Kyselyn vastausprosentti oli 51 (N= 96). Hammaslääkärit täyttivät kyselylomakkeen ZEF-ohjelmalla.

Kyselyssä yhdistettiin sekä määrällistä että laadullista tutkimusotetta. Määrälliset aineistot analysoitiin Excel-ohjelmalla ja havainnollistettiin pylväsdiagrammien avulla. Avoimet kysymykset analysoitiin laadullisesti sisällön analyysimenetelmää käyttäen.

Tutkimustulosten mukaan hammaslääkärit tiesivät tupakoinnin olevan riskitekijänä hampaiden värjäytymisessä, limakalvomuutoksissa, parodontiittissa ja suusyövissä. Hammaslääkäreiden mielestä tupakoinnin lopettamiskehotus, tupakointiin puuttuminen ja riskeistä kertominen on tärkeää. Suurimmat esteet tupakkaneuvonnalle heidän toimestaan olivat ajanpuute, riittämättömät tiedot ja taidot sekä asenne.

Hammaslääkäreiden merkittävä rooli tupakoinnin lopettamisen edistämässä osana suun terveydenhuollon ennaltaehkäisevää ja terveyttä edistävää työtä on hyvä saada näkyvämmäksi. Hammaslääkäreiden koulutuksessa tulee kiinnittää huomiota valmiuksiin ottaa potilaan tupakointi esille sekä ohjata ja tukea potilasta tupakoinnin lopettamiseen.

Asiasanat: tupakointi, suunterveys, terveyden edistäminen, tupakoinnin lopettaminen

ABSTRACT

Oulu University of Applied Sciences
Degree Programme in Health Promotion

Author: Kati Kumpula

Title of thesis: Promotion of smoking cessation in dentist work

Supervisors: Principal lecturer, PhD (Health Sciences) Hilikka Honkanen, Lecturer, PhD (Health Sciences) Helena Heikka

Term and year when the thesis was submitted: Autumn 2010

Number of pages: 79 and 7 appendices

Dental health is important meaning to whole people. Reduction of smoking is big challenge to dental health care which based in health promotion. Smoking bring out the problems in mouth. All of health care groups dentists are ideally placed to give smoking cessation advice and assistance to their patients. Dentists can help to patients quitting smoking and then improve health of their patients.

The purpose of this study is describe dentists conception of smoking health risk factor and their own working to back up in quitting smoking and describe to counseling of health. The purpose of this study is describe awareness of the connection between smoking and dental health. In addition the aim is make good use of this reseach in dentists training develop.

Dentists which working in local and private practice Northern Finland took part in this is quantitative cross-sectional survey. The questionnaire was sent to 183 dentists. The final return rate was 51 (n=96). Enquiries were made in ZEF-solutions.

The material was analysed by using the triangulation method, i.e combining qualitative and quantative methods. Quantitative data was analysed using Microsoft Excell program and illustrated bar charts. Qualitative data have been analysed using content analysis.

According to results quitting smoking by request of dentists, and tell about risk factors are important in dentists working. Major problems of smoking counseling were lack of time, insufficient knowledge and attitude problem. In this research smoking bring out tooth coloration, changes of mucous membrane, periodontitis and mouth cancer.

Smoking cessation intervention and dental health can be improved in dentists working. The health consequences of smoking should be brought out more than before in basic education. The education should provide them ability to take up a client's smoking habits and its effects on dental health better than today.

Keywords: smoking, oral/dental health, health promotion, quitting smoking

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	7
2.1 Suomalaisten tupakointi	10
2.2 Tupakoinnin vaikutus terveyteen	12
2.3 Tupakoinnin vaikutus suun terveyteen.....	14
2.2.1 Hampaiden värjäytyminen.....	15
2.2.2 Limakalvomuutokset	16
2.2.3 Parodontiitti	18
2.2.4 Suusyöpä.....	21
2.4 Tupakoinnin lopettamisen kansantaloudelliset vaikutukset.....	22
3 HAMMASLÄÄKÄRI TUPAKOINNIN LOPETTAMISEN TUKENA	25
3.1 Arvot ja eettinen toiminta hammaslääkärin työssä	25
3.2 Terveyden edistäminen terveydenhuollossa	26
3.3 Terveyden edistäminen hammaslääkärin työssä	32
3.4 Hammaslääkärin rooli tupakoinnin lopettamisen tukena.....	34
3.5 Hammaslääkärin käsityksiä tupakoinnin lopettamistyöstä?.....	38
4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSONGELMAT	41
5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	42
5.1 Tutkimusmenetelmän valinta	42
5.2 Tutkimusjoukko	42
5.3 Kyselylomakkeen laadinta	43
5.4 Kyselyn suorittaminen	44
5.5 Aineiston analysointi.....	46
6 TUTKIMUSTULOKSET	48
6.1 Tutkimukseen osallistuminen ja vastaajien taustatiedot	48
6.2 Hammaslääkäreiden käsityksiä tupakoinnista terveydellisenä riskitekijänä.....	49
6.4 Hammaslääkäreiden käsityksiä tupakoinnin yhteydestä suun terveyteen.....	65
7 POHDINTA	68
7.1 Tutkimustulosten tarkastelua ja johtopäätökset	68
7.1.1 Hammaslääkäreiden käsityksiä tupakoinnista terveydellisenä riskitekijänä	69
7.1.2 Hammaslääkäreiden käsityksiä omasta toiminnastaan tupakoinnin lopettamisen tukena	71
7.2 Tutkimuksen luotettavuus	75
7.3 Tutkimuksen eettinen näkökulma	77
LÄHTEET.....	80
LIITTEET	93

KUVIOT, TAULUKOT JA LIITTEET

KUVIOT

- KUVIO 1. Hammaslääkäreiden toimipaikka
- KUVIO 2. Tupakointiin puuttumisen tärkeys
- KUVIO 3. Tupakoinnin riskeistä kertominen
- KUVIO 4. Riittävät tiedot tupakoinnin aiheuttamista terveyshaitoista
- KUVIO 5. Tupakointi on paha tapa/tottumus, jolla ei ole yhteyttä riippuvuuteen
- KUVIO 6. Tietoisuus Käypä hoito-suosituksen sisällöstä
- KUVIO 7. Tupakoinnin lopettamiskehotus on tärkeää
- KUVIO 8. Tupakoinnin vastustamistyö kuuluu hammashuollon tehtäviin
- KUVIO 9. Tupakoinnin puheeksi ottaminen kiusallista
- KUVIO 10. Riittävät tiedot tupakan vieroitustyöhön
- KUVIO 11. Riittävät ohjaustaidot tupakan vieroitustyöhön
- KUVIO 12. Opastaminen potilasta tunnistamaan tupakointia ylläpitävät tilanteet
- KUVIO 13. Hammaslääkärin avustaminen potilaan tupakoinnin välttämiseksi
- KUVIO 14. Keskustelu tupakoinnista vastaanotolla
- KUVIO 15. Avun tarjonta tupakan vieroituksessa
- KUVIO 16. Tupakoinnin lopettamisen ohjaus
- KUVIO 17. Tupakointiin voidaan vaikuttaa terveysneuvonnalla
- KUVIO 18. Hammashuollon resurssit ovat riittävät tupakoinnin vastustustyöhön

TAULUKOT

- TAULUKKO 1. Tutkimusongelmat ja niitä vastaavat kysymykset kyselylomakkeessa
- TAULUKKO 2. Erikoishammaslääkäreiden lukumäärä tutkimuksessa
- TAULUKKO 3. Tupakoinnin fyysiset oireet
- TAULUKKO 4. Esteet tupakkaneuvonnalle
- TAULUKKO 5. Tupakoinnin merkittävimmät suussa näkyvät oireet

LIITTEET

- LIITE 1. Tutkimuksen saatekirje
- LIITE 2. Kyselylomake

1 JOHDANTO

Suun terveydenhuollon henkilöstön asenteet tupakoinnin terveysneuvontaan ovat myönteiset. Terveysneuvontaan tarvitaan pitkäjänteistä työtä tulevaisuudessa (Kentala 2007,51). Hammaslääkärit ovat terveydenhuollon ammattilaisia, ja heillä on erinomainen tilaisuus antaa tupakoinnin lopettamiseen neuvoja ja auttaa potilaitaan lopettamaan tupakointi (Davis 2005, 178-186, Sandström 2007, 13). Suun alueen sairaudet ovat edelleen suuri kansanterveydellinen haaste. Tupakoinnin varhaiset haitat näkyvät hammaslääkärin vastaanotolla potilaan suussa jo muutaman vuoden kuluttua tupakoinnin aloittamisesta. Hampaiden kiilteen säröt, värjäytymät sekä limakalvon huonon kunnon aiheuttama hengityksen paha haju ovat myös sosiaalinen haitta. Haju- ja makuaisti heikkenevät myös tupakoinnin seurauksena (Pietinaho 2003, 4701-4704).

Tupakointi on yksilön ja yhteiskunnan merkittävimpiä terveyshaittoja ja kansanterveysuhka (Nieminen 1999, 9, Pennanen ym. 2006, 12). Se on suurimpia kansanterveysongelmia sekä maailmanlaajuisesti että Suomessa (West ym. 2000, 987-999) ja on suurin yksittäinen terveydentilaa heikentävä elintapa ja ennenaikaisen kuolleisuuden sekä sairastavuuden aiheuttaja (Ezzati ym. 2002 1347-1360, Murray, Lopez 1997, 1498-1504). Tupakointi lyhentää elinajanodotetta usealla vuodella, keskimäärin kahdeksan vuotta, ja tupakoitsijat kuolevat keskimäärin kymmenen vuotta nuorempina kuin tupakoimattomat (Patja ym.2005, 107, Doll ym. 2004, 1519).

Tupakoinnin seurauksena kuolee joka vuosi noin neljä miljoonaa ihmistä (Hilden 2004, 14). Suomessa tupakka aiheuttaa joka viidennen kuoleman aikuisiällä (Patja ym.2005, 107), mikä tarkoittaa vuosittain noin 5000-6000 kuolemaa (Pietinaho 2003, 4701). Kuolemista kymmenesosa (14 %) aiheutuu tupakkaperäisistä sairauksista (Käypä hoito-suositus 2006). Maailman terveysjärjestö WHO on arvioinut, että tupakoinnin seurauksiin kuolevien määrä nousee kymmeneen miljoonaan vuoteen 2030 mennessä. Arvion toteutuessa tupakka olisi yleisin yksittäinen kuolinsyy maailmassa. Se olisi

merkittävämpi kuin HIV, huumeet, liikenneonnettomuudet, malaria ja tuberkuloosi yhteensä (Hilden 2005, 14).

Suomen perustuslaki velvoittaa julkisen vallan edistämään väestön terveyttä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008a). Terveyden edistämistä ohjaavat kansalliset ja kansainväliset toimintaohjelmat. Suomen terveyspolitiikkaa ohjaavat Terveys 2015-kansanterveysohjelma (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001) ja terveyden edistämisen politiikkaohjelma (Valtioneuvosto 2007). Näissä ohjelmissa ilmenee terveyden edistämisen keskeisimmät painopiste- ja kehittämisalueet. Suomessa on asetettu terveyden edistämisen kansallisia terveyspoliittisia tavoitteita viimeksi Terveys 2015 -kansan-terveysohjelmassa, jossa kiteytettiin tavoitteet myös nuorten tupakoinnin ja päihteiden osalta (Rimpelä ym.2005, 61). Tupakan aiheuttamien terveystaittojen vähentäminen on tärkeä terveyspoliittinen osatavoite.

Terveyden edistäminen kuuluu kaikkien terveydenhuollon ammattiryhmien perustehtäviin (Tuominen ym. 2005, 5). Henkilöstö osallistuu työssään tupakoinnin ehkäisyyn tai terveyskasvatukseen (Davis 2005, 178-186). Tupakoinnin lopettaminen on tärkeää sekä yksilö- että väestötasolla (West ym.2000, 987-999). Tutkimuksen mukaan sillä ei ole merkitystä, mikä terveydenhuollon ammattiryhmä tupakointiin puuttumisen toteuttaa (Mojica ym.2004, 391). Tupakoinnin lopettamisen tukeminen on koko terveydenhuoltohenkilöstön yhteinen tavoite, jota varten on laadittu tupakointi-, nikotiiniriippuvuus- ja vieroitushoitoihin käypä hoito -suositus vuonna 2006. Siinä on määritelty hammaslääkärin toiminnalle tupakoinnin lopettamisen tukemisessa samanlaiset tavoitteet kuin muullekin perusterveydenhuollolle. Käypä hoito -suosituksen tavoitteena on tehostaa tupakkariippuvuuden hoitojen toteutumista terveydenhuollossa.

Perusterveydenhuollossa on hyvä mahdollisuus tupakoinnin lopettamistyöhön, koska väestö tavoitetaan kattavasti ja asiakaskontaktit ovat säännöllisiä. Nuorten kohdalla tämä toteutuu suun terveydenhuollossa (Kentala ym. 2005, 1114-1123). Suun ja hampaiden tarkastuksissa ja hoidossa on tärkeää käydä säännöllisesti, jotta suusairauksien alkavat merkit voidaan todeta ja hoitaa ajoissa (Remes-Lyly 2007, 13).

Tupakoinnin lopettamisen tukeminen hammaslääkärin työssä alkoi kiinnostaa minua toimiessani lääke-edustajana, jolloin yksi tehtäväni oli markkinoida tupakoinnin vieroitusvalmisteita. Hammaslääkärit toimivat sekä kunnallisella että yksityisellä sektorilla ja heillä on hyvä mahdollisuus ottaa puheeksi asiakkaiden tupakointi ja motivoida heitä lopettamiseen. Tupakoinnin vaikutukset suun terveyteen ovat merkittäviä ja ihmisten tieto vaikutuksista on vähäinen. Hammaslääkäri voi keskustella tupakoinnin terveysvaikutuksista ja tupakoinnin lopettamisen keinoista. Tämä edellyttää hammaslääkäreiltä oman toiminnan merkityksen tiedostamista ja oman roolinsa ymmärtämistä tupakoinnin lopettamistyössä.

Tällä tutkimuksella halutaan tuottaa tietoa hammaslääkäreiden toiminnasta tupakoinnin lopettamistyössä. Tutkimuksen tarkoituksena on kuvailla hammaslääkäreiden käsityksiä tupakoinnista terveydellisenä riskitekijänä sekä omasta toiminnastaan tupakoinnin lopettamisen tukena ja terveysneuvonnan toteuttajana. Tutkimuksen tavoitteena on tiedon tuotannon lisäksi hammaslääkäreiden tietoisuuden lisääminen tupakoinnin vaikutuksesta suun terveyteen ja tämän perusteella potilaan suun terveyden edistäminen. Tavoitteena on myös hyödyntää tutkimuksen tulosta hammaslääkäreiden koulutuksen kehittämisessä. Tutkimusaihe on tässä yhteiskunnallisessa tilanteessa ajankohtainen ja tarpeellinen, sillä uusi terveydenhuoltolaki nostaa terveyden edistämisen esille entistä painokkaammin perusterveydenhuollosta erikoissairaanhoidon.

2 TUPAKOINTI KANSANTERVEYDELLISENÄ ONGELMANA

2.1 Suomalaisen tupakointi

Tupakointi on merkittävä kansanterveydellinen ja -taloudellinen ongelma. Tupakoinnin vähentymisestä huolimatta Suomessa on noin miljoona tupakoitsijaa. Tupakoimattomuus on tärkeimpiä väestön terveyttä edistäviä sekä terveyden tasa-arvoa parantavia tekijöitä (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2010). Vuonna 2008 työikäisistä miehistä 24 % poltti päivittäin tupakkaa ja naisista ilmoitti polttavansa 18 %. Nuorista miehistä (15-24-vuotiaat) ilmoitti polttavansa päivittäin 18 % ja satunnaisesti 8 %. Nuorista naisista päivittäin tupakoi 14 % ja satunnaisesti 10 %. Päivittäin tupakoivista miehistä 77 % ja naisista 86 % oli huolissaan tupakoinnin vaikutuksesta omaan terveyteensä. Miehistä 36 % ja naisista 59 % oli yrittänyt vakavasti lopettaa tupakoinnin (Helakorpi ym. 2009, 4-6).

Nuorten terveystapatutkimuksen mukaan tupakoinnin kokeiluikä ja säännöllinen tupakoinnin aloittamisikä ovat siirtyneet myöhemmäksi. Myös itse kokeileminen ja aloittaminen olivat vähentyneet 2000-luvulla. Muutos oli selkein 14-16-vuotiailla. Samoihin aikoihin taitui myös tyttöjen tupakoinnin lisääntyminen (Rimpelä ym. 2007, 31-32, 46). Teini-ikäisten tupakointia on pidetty ongelmana Suomessa. Nuorten ihmisten tupakoinnin aloittaminen ei ole vähentynyt. Aikuiset ovat alkaneet tupakoida aikaisemmin Suomessa ja he polttavat enemmän kuin nuoret muualla Euroopassa (Godeau ym.2004, 63-72). Suomessa tupakan kokeilu aloitetaan 12-14-vuoden iässä. Tupakoinnin aloittaa 15 ikävuoteen mennessä 21 % ikäluokasta ja 15-28 ikävuoden välillä 9 % (Patja, Haukkala 2004,15). Päivittäin tupakoivista 14-vuotiaista pojat polttivat keskimäärin 12 savuketta päivässä ja tytöt 9 savuketta (Rimpelä ym. 2007, 31-32).

Kemppaisen (2007, 73) väitöskirjan mukaan itäsuomalaisten nuorten ja Venäjän Karjalan Pitkärannan alueen nuorten tupakoinnissa oli eroja. Karjalan Pitkärannan tupakoimattomat nuoret olivat itäsuomalaisia nuoria epävarmempia omasta tupakoimattomuudestaan tulevaisuudessa. Karjalan Pitkärannan alueen pojista kolmannes

(29 %) ja tytöistä vajaa kymmenesosa (7 %) tupakoi päivittäin; vastaavasti itäsuomalaisista nuorista pojista 19 % ja tytöistä 21 %. Nuoret tupakoivat koulussa välitunneilla ja kotona. Oli hyvin tavallista, että vanhemmilla oli tämä tiedossa. Molemmissa maissa nuoret ostivat tupakkansa kioskista tai tavarataloista itse tai pyysivät vanhempien kavereidensa apua.

Naisten lisääntynyt tupakointi näkyy sukupuolten välisen odotetun eliniän eron kaventumisena, samalla eliniän pitenemisen tavoite vaarantuu. Tupakoinnin yleisyys lyhyemmän koulutuksen saaneiden keskuudessa tulee lisäämään myös väestöryhmien välisiä terveyseroja, ellei tupakointia saada vähentymään tässä ryhmässä (Pennanen ym. 2006, 16-17). Tupakoinnin yleisyyden vähentämiseen vaikutetaan tukemalla nuorten tupakoimattomuutta. Aikuisten tupakoinnin lopettamisen tukeminen on tärkeää, koska aikuiset vaikuttavat kauaskantoisesti lastensa ja lähellä kasvavien lasten tupakoimattomuuden kasvamiseen (Pennanen ym. 2006, 7).

Suomen tupakkalainsäädännön keskeisenä tavoitteena on vähentää tupakointia ja tupakasta johtuvia terveyshaittoja. Lisäksi tavoitteena on suojella uusia sukupolvia tupakalta ja taata, ettei kukaan altistu vastoin tahtoaan tupakalle. Savuton hengitysilma on jokaisen suomalaisen perusoikeus (Patja ym.2005, 12). Tupakoinnin aloittamisen ehkäiseminen on tavoiteltavin strategia tupakoinnin haittojen ehkäisyssä (Health Evidence Network 2003).

Tupakointia pidetään terveydelle yleisesti haitallisena asiana. Tupakka koostuu noin 4000 kemiallisesta aineesta. Näistä osa on vaarallisia joko lyhyt- tai pitkäaikaisessa altistumisessa ja aiheuttavat useita sairauksia ja oireita (Department of Health and Human Services 2004, 4-8). Tupakointi aiheuttaa voimakkaan riippuvuuden, joka on merkittävä tekijä tupakoinnin jatkamisessa ja lopettamisessa. Vaikea riippuvuus voidaan rinnastaa klassisiin addiktioihin. Noin neljännesosaan itseaiheutetuista sairauksista syynä on tupakkavalmisteet tai niiden sisältämä nikotiini (Salaspuro, Kiianmaa & Seppä 2003, 132). Suun terveydenhuollossa voidaan vaikuttaa myös nuuskan käytöstä luopumiseen. Nuuska aiheuttaa käyttäjälleen suuremman riippuvuuden kuin tupakka, joten sen käytöstä

on vaikeampi päästä eroon (Bolinder 2000, 987). Nuuska sisältää jopa 20 kertaa enemmän nikotiinia kuin savukkeet (Syöpäjärjestö 2010).

Nuuska sisältää nikotiinia ja huomattavia määriä erilaisia ainesosia, joilla on haitallisia vaikutuksia sekä suun terveyteen että yleisterveyteen (Bolinder 2000, 987). Nuuskassa olevasta nikotiinimäärästä imeytyy tunnin aikana vereen noin kolmannes, mikä on yhtä paljon kuin kymmenen minuutin tupakoinnin aikana. Keski-ikäinen nuuskaaja saa elimistöönsä päivittäin saman verran nikotiinia kuin hän saisi kahdenkymmenen savukkeen polttamisesta (Merne 2000, 973-974). Nikotiinin välitön vaikutus on sympaattisen hermoston aktivoituminen, mikä lisää sydämen lyöntitiheyttä ja aiheuttaa lyhytaikaista verenpaineen nousua. Nuuskan akuutti verenpaineen nousu on kuitenkin hitaampi kuin poltettavan tupakan, mutta nuuskan käytöstä luopumisen jälkeen verenpaine pysyy pitempään koholla kuin tupakoinnin lopettamisen jälkeen (Bolinder 2000, 989).

2.2 Tupakoinnin vaikutus terveyteen

Tupakoinnin lopettaminen näkyy väestötasolla tupakointiin liittyvien sairauksien vähentymisenä. Tupakointi on tärkein syy syöpäsairauksien lisääntymiseen (Hect 1999, 1194-1210, Hect 1997, 91-111, Pride 1995, 1021-1033), sillä uusista syöpätapauksista tupakointi on yhtenä tekijänä 25-50 %:ssa (Vierola 2004, 167, 186-189). Keuhkosyöpä on miesten toiseksi ja naisten viidenneksi yleisin syöpämuoto Suomessa. Vähintään 90 % keuhkosyövistä ja -kuolemista johtuu tupakoinnista (Keuhkosyövän Käypä hoito-suositus 2001). Tupakointi on ylivoimaisesti tärkein yksittäinen riskitekijä, joka aiheuttaa keuhkohtaumatauti (Lundbäck ym. 2003, 115-122). Jopa puolelle tupakoitsijoille kehittyy kliinisesti merkittävä keuhkohtaumatauti (Lundbäck ym. 2003 b, 3-9). Kinnusen väitöskirjan mukaan (2007, 70-72) keuhkohtaumatauti oli kuolinsyynä yli neljässä viidestä tapauksesta. Vaikea-asteinen sairaalahoitoa vaativa keuhkohtaumatauti on etenevä ja suhteellisen nopeasti tappava tauti. Se kehittyy naisille herkemmin kuin miehille (Machado ym. 2006, 524-529). Mitä runsaampaa altistuminen tupakansavulle on, sitä suurempi on keuhkohtaumataudin vaara. Keuhkohtaumataudin yleisyys

korreloi suoraan väestön tupakointitapoihin parinkymmenen vuoden viiveellä. Tupakoinnin ehkäisy on erittäin vaikuttava keino keuhkohtaumataudin ehkäisemiseksi. Tehokkailla tupakan vastaisilla toimilla voitaisiin keuhkohtaumataudista tehdä harvinainen sairaus. Keuhkohtaumataudin merkitystä ns. tupakkasairautena ei ole toistaiseksi riittävän yleisesti tiedostettu (Käypä hoito-suositus 2004).

Tiedostaminen on tärkeää siksikin, että tupakointi (Ikäheimon 2008, 105) tutkimuksen mukaan lisäsi hoidon kustannuksia keuhkohtaumatautia sairastavilla astmapotilailla. Lapsuudessa altistuminen vanhempien tupakoinnille lisää astman ja muiden hengitystieoireiden riskiä (Lindfors ym.1995, 408-412, Cook ja Strachan 1997, Hilden 2005, 10) esimerkiksi hengityksen vinkunaa. Tupakointi on tärkein vältettävissä oleva astman riskitekijä. Oma tupakointi (Starchan ym. 1996,1195-1199, Plaschke ym. 2000, 920-924, Godtfredsen ym. 2001,549-554 Piipari ym.2004, 734-739) ja passiivinen altistus tupakoinnille lisää astman puhkeamisen riskiä aikuisiällä (Thorn ym.2001,287-292, Bousquet ja Vignola 2001,466-469, Jaakkola ym. 2003, 2055-2060). Astmapotilailla tupakointi lisää oireilua (Althuis ym.1999, 257-264) varsinkin savukkeiden määrän lisääntyessä (Siroux ym.2000, 470-477). Ikäheimon (2008, 95) väitöskirjan mukaan tupakointi liittyi miesten vaikeampaan astmaan. Lisäksi tupakoimattomuus ja tupakoinnin lopettaminen olivat yhteydessä vähentyneeseen astmaoireiluun. Ikäheimon (2008, 105) tutkimuksen mukaan tupakointiin liittyvät pitkäaikaiset ahtauttavat keuhkosairaudet moninkertaistavat hoidonpalvelujen ja kokonaishoidon kustannukset astmapotilailla.

Tupakointi on monen eri sairauden riskitekijä. Tupakoinnin tiedetään lisäävän aikuistyyppin diabetesta (Rimm ym.1995, 555-559, Perry ym. 1995). Aktiivisen ja passiivisen tupakoinnin on todettu lisäävän glukoosi-intoleranssia 18-30-vuotiailla henkilöillä (Houston ym. 2006, 1595-1599). Tupakointi nostaa plasman insuliinipitoisuutta (Rönnemaa ym. 1996, 1229-1232) ja heikentää insuliiniherkkyyttä (Craig ym. 1989, 784-788). Tupakoinnin tiedetään kohottavan vyötärö-lantio-suhdetta ja siten lisäävän viskeraalisen rasvan määrää (Seidell ym. 1991,257-263, Canoy ym. 2005, 1466-1475).

Tähtinen (2006, 83) on tutkinut tupakoinnin lisäävän metabolisen oireyhtymän esiintymisriskiä kuusinkertaisesti Pohjan Prikaatin varusmiehillä. Tupakan tiedetään stimuloivan sympaattista hermostoa, aiheuttavan vasokonstriktiota, endoteelivaurioita ja dyslipidemiaa (Kailaru ym. 2001, 544-552). Tähtisen (2006, 66-68) tutkimuksen mukaan tupakointi lisäsi insuliiniresistenssiin liittyvien kardiovaskulaaristen riskien esiintymistä. Tupakoitsijoilla on todettu korkeampia LDL-kolesteroliarvoja sekä triglyseridipitoisuuksia ja matalampaa HDL-kolesterolia kuin ei-tupakoitsijoilla (Rönnemaa ym. 1996, 1229-1232). Jounalan (2005, 30-35) tutkimuksen mukaan tupakointi ennusti suurentunutta kaulavaltimon seinämäpaksuutta. Tupakoinnin lisäksi muita riskitekijöitä olivat lapsuusiän korkea LDL-kolesteroli, kohonnut verenpaine ja lihavuus, joilla on mahdollisesti pysyvä vaikutus valtimokovettumataudin syntyyn.

Salaspuron (2006,35-37) tutkimuksen mukaan runsas alkoholinkäyttö ja tupakointi ovat yläruoansulatuskanavan syöpien tärkeimmät riskitekijät. Tupakansavussa on erittäin runsaasti asetaldehydiä, jonka altistus voisi selittää alkoholin ja tupakoinnin kroonisen käytön aiheuttavan syöpäriskin yläruoansulatuskanavan alueelle. Ruoansulatuskanavan yläosan paikallista asetaldehydialtistusta pystytään vähentämään L-kysteini-tableteilla. L-kysteinitabletti saattaa tulevaisuudessa tarjota mahdollisuuden estää alkoholinkäyttöön ja tupakointiin liittyviä suun-, nielun- ja ruokatorvensyöpiä. Tarvitaan vielä laajoja ja pitkäkestoisia tutkimuksia syöpää ehkäisevän vaikutuksen osoittamiseksi. (Salaspuro 2006, 48-49.)

2.3 Tupakoinnin vaikutus suun terveyteen

Suun terveyden merkitys on oleellista yleisterveydelle ja hyvinvoinnille (Jensen 1998,28-31, Williams ym. 1998, 19-25) sillä huono suun ja hampaiden terveydentila pahentaa yleissairauksia, pidentää ja vaikeuttaa suunhoitoja (Lenander-Lumikari 2000, 8-9). Terveys 2000 -tutkimuksessa hampaidensa kunnon ja suun terveydentilansa koki hyväksi tai melko hyväksi 64 %, keskitasoiseksi 23 %, melko huonoksi tai huonoksi 12 % tutkittavista (Suominen-Taipale ym.2004, 35).

Tupakoinnista aiheutuvat terveyshaitat näkyvät ensimmäiseksi suussa. Suu joutuu eniten tekemisiin tupakansavun kemiallisten aineiden kanssa (Hilden 2005, 16). Tupakoinnin aiheuttamia terveyshaittoja ovat ientulehdus, hampaiden kiinnityskudoksen kato (parodontiitti), suun limakalvon leukoplakiat ja nikotiinistomatiitti (Vierola 2004, 274-276). Tupakointi vaikuttaa merkittävästi myös kariksen esiintymiseen. Tupakoimattomilla nuorilla kariesta ja parodontiittia esiintyy vähemmän kuin tupakoitsijoilla. Hammassairauksista eniten suun terveydenhuoltoa työllistävät karies ja parodontiitit (Kentala 2007, 8)

Lähes joka viidennellä tupakoitsijalla ilmenee lisääntynyttä ienten värjäytymistä, melanoosia. Yleisimmät muutokset, jotka nostavat suusyövän riskiä ovat suun limakalvon leukoplakiat. Näiden muutosten yleisyys tupakoitsijoilla on riippuvainen tupakointimäärästä. Suulaen sarveistunut muutos johtuu tupakansavun vaikutuksesta, eikä aiheuta syöpää (Kentala 2007, 38, Vierola 2004, 276).

Tupakointi yhdistetään erilaisiin muutoksiin ja sairauksiin (Winn 2001, 306-312, Kassiser 1994, 6-10), se lisää syljeneritystä lyhyellä aikavälillä ja nostaa syljen Ph-arvoa (Käypä hoito-suositus 2006) ja on myös yleinen pahanhajuisen hengityksen syy (Kentala 2007, 31-37, Lahtinen, Ainamo 2004, 12, Käypä hoito-suositus 2006). Muita tupakoinnin haittavaikutuksia ovat makuaistin ja hajuaistin heikkeneminen (Kentala 2007, 31-37, Käypä hoito-suositus 2006). Tupakointi vaikeuttaa suun alueen leikkausten paranemista (Kentala 2007, 32-27). Suun terveyttä voidaan edistää terveellisillä elintavoilla, muun muassa tupakoimattomuudella (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006).

2.2.1 Hampaiden värjäytyminen

Tupakointi ja nuuskan käyttö vaikuttavat hampaiden terveyteen jo lyhyen käytön jälkeen (Machtei ym. 1997, 102-109, Merne 2000, 975) värjäämällä hampaat, valkoiset paikat, hammasproteesit, kielen ja limakalvot ajan mittaan tummanruskeiksi (Lahtinen, Ainamo 2004, 12, Merne 2000, 976, Käypä hoito-suositus 2006). Tupakoinnilla on voimakkaampi vaikutus hampaiden värjäytymiseen kuin kahvin ja teen käytöllä. Kansainvälisen

englantilaisen tutkimuksen mukaan 28 %:lla tupakoitsijoista oli kohtalaisia tai vaikeita värjäytymiä hampaissa. Tutkimuksessa haastateltiin yli 3300 englantilaista aikuista. Eitupakoitsijoista hampaiden värjäytymiä oli 15 %:lla. Tupakan aiheuttamat tahrat voivat olla keltaisia, ruskeita, tummanruskeita tai mustia väriltään. Värjäymien vakavuusaste on riippuvainen tupakoinnin ajallisesta kestosta ja tupakointitiheydestä (Alkhatib ym. 2005, 1471-2458).

2.2.2 Limakalvomuutokset

Terveys 2000 -tutkimuksen mukaan joka kolmannella potilaalla on suun limakalvomuutos ja 8 %:lla heistä on suusyöpävaaraa lisäävä limakalvomuutos. Yleisin muutos oli valkoinen limakalvolöydös, joka oli 5 %:lla (Suominen ym. 2004, 123). Tämän vuoksi suun limakalvojen tutkiminen on tärkeä osa suun tarkastusta, koska suuta voidaan pitää kehon peilinä, joka heijastaa suussa tapahtuneet muutokset (Willberg ym. 2008, 1383-1390).

Tupakointi aiheuttaa suulakeen vaalean muutoksen, joka johtuu verisuonten supistumisesta ja limakalvon sarveistumisesta. Sarveistumassa on usein pieniä punaisia alueita, jotka ovat sylkirauhasten avautumistiehyitä (Willberg ym. 2008, 1385, Lahtinen, Ainamo 2004, 13). 90 %:lla tupakoitsijoista todetaan limakalvojen leukoplakioita eli valkotäpläisyyttä. Leukoplakioista, joita todetaan nuuskaajilla ja piipunpolttajilla, muuttuu syöväksi 4 %:lla (Vierola 2004, 275-276). Muutos ilmestyy suun limakalvolle nuuskan käyttökohtaan muutaman kuukauden nuuskan käytön jälkeen.

Nuuskan aiheuttamat limakalvomuutokset voidaan jakaa neljään pääryhmään vaikeusasteen mukaan: Ensimmäisen asteen muutoksessa limakalvolla on pinnallinen muutos. Muutoskohdan väri on ympäröivän limakalvon kaltainen, mutta ei paksuuntunut, pinta on lievästi ryppyinen. Toisen asteen muutoksessa limakalvo on ryppyinen ja väriltään kelta-valkoinen, mutta ei merkittävästi paksuuntunut. Kolmannen asteen muutoksessa limakalvo on väriltään valkokellertävä tai ruskehtava ja siinä on syviä uurteita. Limakalvo on myös selvästi paksuuntunut. Neljännen asteen muutos on väriltään

kelta-ruskea. Huomattavasti paksuuntunut limakalvo on voimakkaasti poimuinen ja siinä on uurteita. Vakavampia limakalvomuutoksia voi syntyä, jos nuuskaa käytetään jatkuvasti samassa kohdassa. Käytön pituus vuosissa, päivittäisannos ja käyttäjän ikä vaikuttavat syntyvään limakalvovaurioon. Muutoksen alkuvaiheessa voi esiintyä kirvelyä, mutta muuten muutokset ovat oireettomia (Merne 2000, 977) ja häviävät muutamien viikkojen kuluttua lopettamisesta (Willberg ym. 2008, 1385).

Nuuskan käyttö aiheuttaa ikenen vetäytymistä, joka johtuu mekaanisesta ärsytyksestä ja kemiallisten aineiden vaikutuksesta sekä hampaiden kaulan paljastumisesta, joka voi altistaa juuren pinnan karioitumisella ja kulumiselle. Ienvetäytymät ovat palautumattomia ja etenevät nuuskan käytön jatkuessa. Nuuska sisältää pieniä määriä hiekanjyviä, jotka voivat kuluttaa hampaiden purupintoja pitkäaikaisen käytön seurauksena. Kovat hiukkaset rikkovat myös limakalvon pintaa ja edistävät siten nikotiinin ja mahdollisesti muidenkin haitallisten aineiden imeytymistä verenkiertoon (Merne 2000, 975-976).

Suun limakalvoilla esiintyviä molemminpuolisia punaisia alueita, joissa on vaaleita juosteita kutsutaan punajäkäläksi (lichen planus). Tämä on krooninen iho- ja limakalvotauti, josta kärsii 0,5-4 % väestöstä (Willberg ym. 2008, 1387). Lichen planusta voi esiintyä muun muassa päänahassa, kynsissä, ruokatorvessa, silmissä sekä genitaalialueen limakalvoilla. 20-60 %:lla suun limakalvojen lichen planuksesta kärsivillä potilaista on myös iho-oireita, josta noin puolella tapauksista esiintyy sekundaarinen suun sienitulehdus. Tutkimuksen mukaan tupakoinnin yhteys suun limakalvojen muutoksiin on ristiriitainen (Kantola ym. 2005, 790-791), sillä suun punajäkälä luokitellaan suusyöpävaaraa lisääväksi yleistilaksi. Suun punajäkälä muuttuu pahanlaatuiseksi 0,5-20 vuoden kuluessa 0,5-5 %:ssa (Willberg ym. 2008, 1387).

Tupakoitsijoilla kielen pinnan muuttumista karvamaisen nystyiseksi ja ruskeaksi kutsutaan karvakieleksi (Vierola 2004, 275). Runsaaseen tupakointiin liittyy usein melaniinipigmentin muodostus erityisesti poskissa ja ikenissä. Tämä on oireeton ja palautuva muutos. Joka viidennellä tupakoitsijoilla on melanoosia suussa, joka tarkoittaa ienten värjäytymistä (pigmentaatio) ja tummanpuhuvia läiskiä. Tupakoinnin lopettamisen

jälkeen kuluu yleensä yli vuosi ennen kuin väri palautuu normaaliksi (Lahtinen, Ainamo 2004, 13. Vierola 2004, 275).

Suun sieni-infektiossa todetaan limakalvon kliininen muutos, joka voi olla krooninen tai akuutti. Altistavia tekijöitä ovat muun muassa vähentynyt syljen erityys, hormonaaliset muutokset ja tupakointi (Willberg ym. 2008, 1386-1387). Tupakoinnin on todettu huonontavan ja hidastavan haavojen parantumista kirurgisten toimenpiteiden jälkeen (Lahtinen, Ainamo 2004, 15, Bergström 2005, 269), ja tupakointi heikentää eri hoitojen kuten hammasimplanttien onnistumista. Implanttien irtoamisen riski on tupakoijilla selvästi suurempi (Vierola 2004, 275, Lahtinen, Ainamo 2004, 15). Häiriöt liittyvät nikotiiniin, häkään tai muihin myrkyllisiin tupakansavun aineisiin (Bergström 2005, 269). Tupakoivilla jälkisärky hampaan poiston jälkeen on yleisempää kuin tupakoimattomilla (Lahtinen, Ainamo 2004, 15).

2.2.3 Parodontiitti

Hampaiden kiinnityskudossairauksia ovat ientulehdus eli gingiviitti ja hampaiden kiinnityskudoksen sairaus eli parodontiitti, jotka ovat sekä yleisempiä että vakavampia tupakoitsijoilla kuin tupakoimattomilla. Tupakoitsijan hampaiden menetyksiä voi pitää tupakoinnin aiheuttaman parodontaalituhon seurauksena (Bergström ym. 2005, 267). Parodontiitti on yleinen suun alueen infektiosairaus (Aho ym. 2008, 18), joka on ientulehduksen pidemmälle edennyt muoto (Vierola 2004, 276). Tyypilliset parodontiumin tulehdusoireet punoitus, turvotus ja verenvuoto ilmaantuvat tupakoivilla vasta myöhäisessä vaiheessa tai ei ollenkaan (Bergström 2005, 266). Potilaille tulee kertoa tupakan vaikutuksesta parodontiitin kehittymiseen ja pahenemiseen sekä hoitotulosten heikkenemiseen (Lahtinen 2004, 284-288) sillä tupakointi estää verenkiertoa ja vähentää vuotoaikaa (Bergström 2005, 266).

Tupakointi vaikuttaa parodontaalikudoksiin siten, että luu tuhoutuu, josta seuraa ientaskujen syveneminen, luukato, kiinnityskato ja lopulta hampaiden irtoaminen. Ientaskujen syvetessä olosuhteet suosivat anaerobisten bakteerien kasvua

tulehdusalueella. Tämä voi rajoittua yhden hampaan alueelle tai käsittää suuren osan hampaistosta. Hoitamattomana kudostuho etenee joko hitaasti tai nopeasti ja johtaa lopulta hampaan irtoamiseen. Kiinnityskudossairauksien muodoista krooninen parodontiitti on yleisin. (Könönen 2008, 40-41, Bergström 2005, 266.)

Kroonisen parodontiitin kehittymisen taustalla on epätasapaino hampaan biofilmin ja isännän puolustuksen välillä. Ehkäisyn ja hoidon tavoitteena on estää biofilmin kerääntyminen hampaan pinnalle ja ientaskuihin. Hampaiden harjaus joko tavallisella tai sähköhammasharjalla on tärkein keino (Suomen Hammaslääkärilehti 2005, 1139), sillä hampaiden harjaus poistaa plakin, joka on hampaiden pinnoille jatkuvasti muodostuvaa sitkeän kellertävää bakteeripeitettä. Myös hammasvälien säännöllinen pudistaminen on tärkeä osa suuhygieniaa. Tupakoitsijalle muodostuu runsaasti hammaskiveä, joka ikenen alla tuhoaa hampaiden kiinnityskudosta. (Vierola 2004, 276). Hampaiden kiinnityskudosten sairauksien tärkein riskitekijä on suuhygienian laiminlyönti, joka on tyypillistä tupakoitsijalla (Bergström 2005, 269, Meurman, Murtomaa 2003,339). Yleistä infektiövastustuskykyä heikentävät muun muassa diabetes ja tupakointi, jotka altistavat parodontaalitulehduksille (Meurman, Murtomaa 2003, 339).

Krooninen parodontiitti on hitaasti etenevä infektio ja on yksi tärkeimmistä aikuisikäisen väestön suun terveysongelmista (Könönen 2008, 40-41). Puolet yksilön sairastavuudesta selittyy geneettisillä tekijöillä eli perityillä ominaisuuksilla. Lisäksi yksilön käyttäytymiseen liittyvät tekijät, kuten suuhygienian taso ja tupakointi, vaikuttavat parodontiitin syntyyn ja kudostuhon etenemiseen (Aho ym. 2008, 18-24). Tupakoivilla on merkittävästi enemmän luukatoa ja kiinnityskatoa (Bergström ym. 2000, 61-68) ja heidän ientaskunsa ovat syvempiä kuin tupakoimattomilla (Bergström 2005, 267). Tupakoitsijoilla suun haavat paranevat huonommin sekä luu- että pehmytkudoksissa (Vierola 2004, 275).

Tupakoivan riski sairastua hampaiden kiinnityskudos sairauteen on 3-5-kertainen verrattuna ei-tupakoitsijaan. Tupakoinnin määrän ja käyttöajan lisääntyessä sekä sairastavuus että parodontiitin vaikeusaste kasvavat (Ramseier 2005, 283-290, SBU 2002

www.sbu.se 26.8.2008). Tupakoitsijalla, joka on tupakoinut esimerkiksi 20 savuketta päivässä yli 20 vuotta, on 20-25 kertainen riski sairastua parodontaalisairauteen verrattuna tupakoimattomaan. Riskin suuruus on samalla tasolla kuin keuhkosyövän riski (Bergström 2005, 268). Suun alueen infektiolla on selkeä yhteys diabetekseen sekä sydän- ja verisuonisairauksiin (Könönen 2008, 40-41, Jones 1998,74-83, Klinge 2000, 29-33).

Tupakoitsijan hampaiden kiinnityskudoksen tulehduksen hoito on hankalaa huonon paranemsvasteen vuoksi. Edellytyksenä hoidon onnistumiselle on tupakoinnin lopettaminen, joka parantaa hoidon ennustetta (Bergström 2005, 267, Lahtinen, Ainamo 2004, 14, Vierola 2004, 276). Näin myös vuosikausia märkineet, syventyneet ientaskut saadaan paranemaan ja hammaskiven muodostus vähenee (Lahtinen, Ainamo 2004, 14). Tupakointi heikentää verenkiertoa ikenissä, vähentää ientaskunesteen virtausta ja peittää tärkeimmän ientulehduksen (gingivitis) varoitusmerkin – verenvuodon ja näin tulehdus etenee piilevänä. Tämä saattaa jäädä tupakoitsijalla huomaamatta, kun ienreunan hiussuoniston verenkierto on heikentynyt jolloin ienten punoitusta ei esiinny (Bergström ym. 2001, 680-685, Vierola 2004, 275). Suurin osa hoidon epäonnistumisista, ientaskujen uusiutumisista ja/tai kiinnityskudoskadosta tapahtuu tupakoitsijoille. Heillä parodontiitti uusiutuu nopeasti hoidon jälkeen (Bergström 2005, 268-269 Lahtinen, Ainamo 2004, 14). Mitä enemmän tupakoi päivässä ja/tai mitä kauemmin on tupakoinut, sitä vakavammin parodontaalikudos on tuhoutunut (Bergström 2005, 267). Tupakointi halvauttaa parodontaalikudokset niin, etteivät ne pysty uusiutumaan normaalisti. Tällainen vaikutus selittäisi huonomman paranemiskyvyn ja hoitotuloksen tupakoitsijoilla. Tärkeä tehtävä hampaiden kiinnityskudossairauden ehkäisemiseksi on väestön tupakoinnin vähentäminen. Hammashoidossa olisi paneuduttava erityisesti lapsiin ja nuoriin ja heidän tupakoinnin ehkäisemiseen. Jokainen tupakoinnin aloittava nuori on mahdollinen tulevaisuuden parodontaalipotilas (Bergström 2005, 269-270).

2.2.4 Suusyöpä

Suusyövät kehittyvät suun limakalvon levyepiteelissä (Merne 2005, 360). Noin 90 % suusyöivistä on limakalvon levyepiteelisyöpiä. Vuosittain todetaan vajaat 350 uutta suusyöpätapausta. Suusyövällä tarkoitetaan kielen, huulen ja suun limakalvon muiden alueiden syöpää. Suusyövän tavallisemmat oireet ovat hoitoon reagoimattomat limakalvohaavaumat ja tuumorikasvusta johtuva puheen vaikeutuminen. Lisäksi hammasproteesit käyvät sopimattomaksi suuhun. Myöhäisvaiheen oireena on kipu. Suusyövän yksittäiset vaaratekijät ovat tupakointi ja runsas alkoholinkäyttö (Käypä hoito -suositus 2006) ja lisäksi huulisyövän riskiä lisää ulkotyö ja ultraviolettisäteily (Meurman, Murtomaa 2003, 345). Näiden on arvioitu liittyvän suusyövän syntyyn noin 80 prosentissa tapauksista (Käypä hoito -suositus 2006).

Muita vaaratekijöitä ovat suusyöpävaaraa lisäävät limakalvomutokset kuten leukoplakia, erytroplakia ja lichen planus eli punajäkälä tai sen kaltaiset muutokset, ultraviolettisäteily ja ihmisen papilloomavirus eli HPV-virus. Nykyaikaisista hoitomenetelmistä huolimatta suusyöpäpotilaiden 5-vuotisennuste on alle 50 %. Tarkempi käsitys suusyövän syntymekanismista mahdollistaisi kasvaimen käyttäytymistä ennustavien menetelmien kehittämisen ja potilaan yksilöllisen hoidon, joiden seurauksena hoitotuloksia voitaisiin saada paremmiksi (Rautava 2006, 63-64).

Rautavan väitöskirjan (2006, 50) mukaan noin puolet suun levyepiteelikasvaimista (51 %) sijaitsi kielen sivussa, 26 % keratinisoituneen (kova suulaki ja ikenet) ja 23 % keratinisoitumattoman (suunpohja ja poski) epiteelin alueella. Potilaista 4,8 % oli alle 40-vuotiaita. Kolme potilasta neljästä tupakoi ja käytti säännöllisesti alkoholia. Tilastollisesti tupakoinnin todettiin lisäävän merkittävästi syöpätaudin vaikeusasetta. Viiden vuoden seuranta-aikana 42 % potilaista menehtyi tautiin. Nuorten potilaiden (≤ 40 v.) selviytymisluvut olivat paremmat kuin iäkkäiden. Tupakkaa ja alkoholia käyttäneillä potilailla oli enemmän syöpiä keratinisoitumattoman kuin keratinisoituneen tai kielen reunan epiteelin alueilla. Keratinisoituneen epiteelin alueilla sijainneiden syöpien ennuste oli huonompi kuin muiden epiteelityyppien alueiden syövillä. Rautavan mukaan

suusyövän varhainen toteaminen ja hoito ovat merkittävimmät keinot, joilla hoitotuloksia voidaan parantaa. Tupakan ja alkoholin käytön vähentämiseen tähtävällä terveystieteellisellä on tärkeä merkitys suusyövän ennaltaehkäisyssä (Rautava 2006, 46-63). Suusyövän tärkein ennaltaehkäisykeino on elintapamuutokset. Suusyövän käypä hoito - suosituksen mukaan (2006) varhainen tunnistus ja hoito parantavat ennustetta ja sen vuoksi suun limakalvojen tarkastuksen tulisi sisältyä jokaiseen suun tarkastukseen, sillä suusyöpä on alkuvaiheessa vähäoireinen ja lähettää varhain etäpesäkkeitä (Remes-Lyly 2007, 13).

2.4 Tupakoinnin lopettamisen kansantaloudelliset vaikutukset

Tupakoinnin lopettaminen on kustannustehokkain tapa vaikuttaa tupakoinnista aiheutuviin kustannuksiin ja asenteisiin lyhyellä aikavälillä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006). Tupakan merkitys on kaksitahoinen yhteiskunnalle. Tupakointi tuo valtiolle verotuloja, mutta toisaalta tuhoaa kansanterveyttä (Nieminen 1999, 30). Tupakan myynnistä kertyy valtiolle verotuloja noin 600 miljoonaa euroa vuodessa (Patja ym. 2005, 25). Tupakan yhteiskunnalliset haitat ovat terveydellisiä, taloudellisia ja sosiaalisia. Tupakoitsijat käyttävät tupakoimattomiin ikätovereihin nähden yhteiskunnan terveystieteellisiä vähintään kaksi kertaa enemmän lisääntyvän sairastavuuden takia (Nieminen 1999, 30). Vuonna 2003 tupakoinnista johtuvien sairauksien hoitoon käytettiin noin 240 000 hoitopäivää. Tupakoinnin aiheuttamat kustannukset ovat 1,5-2 miljardia vuodessa. Ne syntyvät menetetyistä elinvuosista, sairauksien hoidosta, työstä poissaoloista, sairauskorvauksista, tupakkataukojen aikana tekemättömästä työstä, tulipaloista, roskaamisesta ja tupakansavun rajaamisesta tupakointitiloihin (Patja ym. 2005, 25).

Tupakoinnista johtuvien keuhkosityövän, sydäninfarktin ja keuhkohtauman hoidosta yhteiskunnan tasolla aiheutuu odotettuja elinaikaisia kokonaiskustannuksia noin 245,8 miljoonaa euroa. Tästä miesten osuus on 205 miljoonaa euroa ja naisten osuus 40,8 miljoonaa euroa. Hoitokustannuksiin sisältyivät vuodeosastohoito, avohoito ja lääkkeiden käyttö. Naisten tupakoinnista aiheutuvat hoitokustannukset ovat miesten kustannuksia alhaisemmat. Tähän vaikuttaa naisten vähäisempi sairastavuus keuhkosityöpään,

sydäninfarktiin ja keuhkohtaumatautiin (Vitikainen ym. 2006, 28). Tupakoivan henkilön terveystuloja voidaan välttää merkitsevästi, jos henkilö lopettaa tupakoinnin pysyvästi. Tupakoinnin lopettaminen säästää tupakoinnista johtuvia odotettuja kokonaisuhoitokustannuksia suhteellisesti eniten niillä tupakoivilla, jotka lopettavat nuorena eli viimeistään 30-39-vuotiaana. Elinikäisen säästön terveystuloissa arvioidaan olevan keskimäärin 3100 euroa. Säästö terveystuloissa on sitä suurempi mitä varhaisemmassa vaiheessa henkilö lopettaa tupakoinnin. Kun tupakointi lopetetaan 70-74-vuoden iässä, syntyy säästöjä miehillä 49 % ja naisilla 50 % kokonaisuhoitokustannuksista, 80-84-vuotiaana lopettavilla enää vain 8 % (Vitikainen ym. 2006, 27).

Tupakoinnin lopettamisesta syntyy eniten säästöjä nuorimmissa ikäryhmissä, minkä vuoksi tupakoinnin ehkäisytyötä on taloudellisesti kannattavinta kohdistaa nuorempiin tupakoiviin. Nuoret olisi hyvä saada lopettamaan tupakointi varhaisessa vaiheessa, kun se ei ole vielä kovin runsasta (Vitikainen ym. 2006, 30). Suomessa nikotiinikorvaustuotteiden käytön kustannukset sukupuolesta ja ikäryhmästä riippumatta ovat 1500-3900 euroa lisäelinvuotta kohti. Tulevaisuudessa säästettävistä hoitokustannuksista huomioidaan nettokustannukseksi 700-2900 euroa lisäelinvuotta kohti (Eskola, Patja 2003, 2419-2422).

Tupakoinnin lopettamisesta aiheutuvien kustannusten korvaamisen tupakoitsijalle terveydenhuoltojärjestelmän tai sairausvakuutuksen kautta on todettu lisäävän lopettamisyrityksiä 12 kuukauden aikana noin 2 %. Kustannusvaikuttavuussuhde vaihteli 300-2600 euroa lopettanutta kohti (Kaper ym. 2005). Nikotiinikorvaushoitoa käytettäessä kustannuksia tulee noin 1,5 miljoonaa euroa vuodessa. Kustannus yhtä tupakoinnin lopettanutta kohden on kehoitusstrategiassa 830 euroa ja nikotiinikorvaushoitostrategiassa 3200 euroa sekä laatuvaikutteista elinvuotta kohti 420 euroa ja 1500 euroa (Kiiskinen ym. 2008, 118).

Suomen Syöpäyhdistys esittää tupakkatuotteiden verotuksen lisäämistä, näin tupakka-askin hinnaksi tulisi keskimäärin viisi euroa. Yhdistys toivoo tupakan verotusta ja hinnan

tarkistamista vähintään kahden vuoden välein. Seurauksena olisi tupakkatuotteiden kulutuksen väheneminen noin kymmenellä prosentilla, minkä vaikutukset terveyteen olisivat hyvin huomattavia. Tupakkatuotteiden hinnat ovat Suomessa huomattavasti matalammalla tasolla kuin esim. Isossa-Britanniassa, Norjassa tai Ranskassa (Järvi 2007, 2741). Tupakkayhtiöt pyrkivät ohjaamaan keskustelun pois tupakan haitallisuudesta ja torjumaan tupakkalainsäädännön tiukkenemisen (Hiilamo 2004, 2934).

3 HAMMASLÄÄKÄRI TUPAKOINNIN LOPETTAMISEN TUKENA

3.1 Arvot ja eettinen toiminta hammaslääkärin työssä

Hammaslääkärit ovat tärkeässä asemassa tupakoinnin lopettamisessa. Ammattilaisten antamalla tuella on myönteinen merkitys lopettamispäätöksen tekemiseen ja -yrityksen onnistumiseen. Tupakoinnin lopettamisen tukeminen on merkittävä potilaan terveyttä edistävä tehtävä hammaslääkärin työssä.

Hammaslääkäriliitto on tehnyt terveyden edistämistyötä terveyskasvatuksen nimellä jo 1970-luvulta lähtien (Keskinen 2007, 256). Hammaslääkäriliiton tämänhetkisen toimintasuunnitelman (2010) mukaan hammaslääkäreiden toiminnassa tulee huomioida terveyden edistäminen sekä terveyshyötynäkökohdat. Hammaslääkäreiden terveyttä edistävään työhön liittyy myös eettinen pohdinta, jossa arvot ohjaavat ihmisten toimintaa (Vuori-Kemilä ym. 2005, 21-22). Arvot toimivat toiminnan motiiveina, päämäärinä ja tarkoituksina ja ne liittyvät tiiviisti etiikkaan ja eettisyyteen. Terveyden edistämisessä tarvitaan erilaisia taitoja, joita ohjaa ammattieettinen perusta (Pietilä ym. 2002, 62). Hammaslääkärin ammattia hallitsee kuusi keskeistä arvoa Churchillin (2004, 29-30) mukaan: potilaan elämä ja yleisterveys, potilaan suunterveys, potilaan autonomia, hammaslääkärin toimintatapa, esteettiset arvot ja tehokas resurssien käyttö.

Hammaslääkäriliitto on asettanut omat eettiset sääntönsä jäsenilleen, johon kuuluu myös hammaslääkärin vala (Suomen Hammaslääkäriliitto 2004). Etiikka koostuu arvoista ja ihanteista, jotka koskevat hyvää ja pahaa, ja sen tehtävänä on auttaa ihmistä tekemään valintoja, ohjaamaan ja arvioimaan omaa sekä toisten toimintaa. Samalla voi tutkia myös oman toimintansa perusteita. Etiikka tarjoaa ajattelun ja pohtimisen välineitä, ei valmiita ratkaisuja (Pietilä & Länsimies-Antikainen 2008, 10-11).

Hammaslääkäreiden eettisiin ohjeisiin kuuluu, että yhtenä keskeisenä arvona pidetään hyvän potilas-lääkärisuhteen ihmisarvon kunnioittamista (Suomen Hammaslääkäriliitto

2004, Pietilä ym. 2002, 62), potilaan itsemääräämisoikeuden turvaamista ja luottamukseen perustuvaa suhdetta (Suomen Hammaslääkäriliitto 2004). Hammaslääkärin toiminnan perustana on suun terveyden edistäminen, sillä hän on alansa asiantuntija ja hänen velvollisuutensa on pyrkiä siihen, että potilaiden paras kokonaisuhoito toteutuu kaikissa olosuhteissa luottamuksellisesti potilaan tarpeen mukaan eikä syntyperä, mielipiteet, yhteiskunnallinen asema tai vajaanvaltaisuus vaikuta syrjivällä tavalla potilaan hoidon saamiseen (Suomen Hammaslääkäriliitto 2004, 2010).

Terveyden edistämisen etiikassa kysymyksenä onkin, millä oikeudella voidaan pyrkiä vaikuttamaan toisen ihmisen terveystietämiseen ja siten myös hänen terveyttään koskevaan primaariprosessiin (Buchanan 2000, 81). Onko olemassa riittävän vakuuttavaa tietoa terveydestä, jonka ammattilainen katsoisi velvollisuudekseen välittää? Hammaslääkärin eettisten ohjeiden mukaan potilaalle on annettava riittävästi tietoa hoitovaihtoehtoista, niiden eduista ja haitoista sekä kustannuksista (Suomen Hammaslääkäriliitto 2004).

Tupakoimattomuuden edistäminen sisältää tupakoinnin ehkäisyä, tupakoinnin lopettamisen tukemisen, elinympäristön savuttomuuden edistämisen sekä tupakoimattomuutta edistävän asenneilmapiirin vahvistamisen (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006). Terveyden edistämisen tavoitteenahan on muuttaa ihmisten käyttäytymistä parempaan suuntaan. Tupakoitsijaa voidaan ohjata ymmärtämään tupakoinnin lopettamisen merkitys hänen omaan terveyteensä. Samalla voidaan arvioida yksilön käyttäytymisen merkitystä yhteiskunnan kannalta (Koskinen-Ollonqvist ym. 2005, 5).

3.2 Terveyden edistäminen terveydenhuollossa

Terveyden edistäminen käsitteenä on hyvin monimuotoinen (Savola, Koskinen-Ollonqvist 2005, 8) ja sen määrittely on vaikeaa, koska se on laaja ja monenlaista toimintaa sisältävä alue. Ottawan asiakirjassa luodaan raamit terveyden edistämiseksi ja siinä tarvittavalle osaamiselle (Ottawa Charter, WHO 1986). Asiakirja sisältää myös

Alma-Atan julistuksen, joka loi pohjan ensimmäiselle maailmanlaajuiselle terveystieteelliselle ohjelmalle ”Terveyttä vuoteen 2000 mennessä” (Wass 1996, 13-14). Tähän juontaa juurensa myös Suomen nykyinen kansanterveysohjelma Terveys 2015, jossa terveys voidaan määrittää yhtenä elämän laadullisena ulottuvuutena ja olemiseen liittyvänä voimavarana (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001, Pietilä ym. 2002, 35, 63).

Ottawan asiakirjassa terveyden edistäminen määritellään seuraavasti: ”Terveysten edistäminen on toimintaa, joka lisää ihmisten mahdollisuuksia niin terveytensä hallintaan kuin sen parantamiseen. Jotta täydellinen fyysinen, henkinen ja sosiaalinen hyvinvointi voitaisiin saavuttaa, on yksilöiden ja ryhmän kyettävä tunnistamaan ja toteuttamaan toiveensa, tyydyttämään tarpeensa ja muuttamaan ympäristöä tai opittava tulemaan toimeen sen kanssa” (Ottawa Charter 1986).

Terveyden edistämisen laatusuosituksessa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006a) terveyden edistäminen jaetaan Ottawan asiakirjan (Ottawa Charter 1986) mukaisiin toimintalinjoihin. Näitä ovat 1) terveyden edistämisen toimintapolitiikka ja johtaminen, 2) terveyttä edistävät elinympäristöt, 3) terveyttä edistävä yhteistyö ja osallistuminen, 4) terveyden edistämisen osaaminen, 5) terveyttä edistävät palvelut ja 6) terveyden edistämisen seuranta ja arviointi. Terveyden edistäminen jaetaan strategiseksi osaamiseksi ja ammatilliseksi osaamiseksi. Strateginen osaaminen sisältää taidon hallinnoida ja johtaa toimintaa sekä suunnata voimavaroja oikein. Ammatillinen osaaminen on tutkimukseen perustuvaa tiedon ja menetelmien hallintaa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006).

Maailman terveysjärjestö (WHO) määrittelee terveyden täydelliseksi fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tilaksi. Terveyden edistämisen näkökulmasta WHO kuvaa terveyttä keinona tai voimavarana, joka sallii ihmisten elää yksilöllisesti, sosiaalisesti ja taloudellisesti hyödyllistä elämää. WHO määrittelee terveyden edistämisen prosessina, joka antaa ihmisille mahdollisuuden kontrolloida ja parantaa terveyttä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008c).

Terveys on tärkeä sekä yksilölle että koko yhteiskunnalle. Terveyden edistäminen on sekä yksilön että yhteiskunnan tehtävä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008c). Se on kooste toimintoja, joilla parannetaan kansalaisten mahdollisuuksia vaikuttaa omaan terveyteensä ja edistetään terveyttä sekä hyvinvointia, joilla pyritään muuttamaan sosiaalisia, taloudellisia ja ympäristöön liittyviä olosuhteita terveyttä edistäviksi. Se tarkoittaa myös toimintaa, jolla pyritään sairauksien ehkäisyyn ja sitä kautta terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen (Savola, Koskinen-Ollonqvist 2005, 8, Rootman ym. 2001, 7-38, Terho 2000, 399, Petersen, Nordhaug-Åstrom 2008, 42-50). Tarkoituksena on turvata mahdollisimman terve ja riskitön kasvu sekä kehitys ja luoda perusta aikuisiän terveydelle ja hyvinvoinnille (Terho 2000, 399).

Terveyden edistämiseen ja sairauksien ehkäisemiseen panostetaan puuttamalla riskitekijöihin, luomalla monialaisia strategioita, kehittämällä terveydenhuoltosektorin tulostavoitteellisuutta ja ohjaamalla muutoksia aktiivisesti (Petersen & Nordhaug-Åstrom 2008, 42-50). Tätä kaikkea voidaan tarkastella moniulotteisesti yksilö-, yhteisö-, terveystaloustieteiden-, ympäristö- ja yhteiskuntapolitiikan tasolla. Yksilöiden ja ihmisten vuorovaikuttamisen tasoilla se merkitsee muun muassa terveystietoisuuden lisäämistä ja oppimista, sosiaalista tukea ja rohkaisemista osallistumaan terveyttä tukeviin toimiin. Terveystaloustieteiden ja organisaatioiden tasolla terveyden edistäminen merkitsee terveystaloustieteiden asettamista ja toimintaa niiden saavuttamiseksi. Yhteiskuntapolitiikallisesti tärkeä tehtävä on muun muassa sosiaalisen oikeudenmukaisuuden varmistaminen lainsäädännön avulla (Whitehead 2006, 59-68).

Terveyden edistämisen tietoperusta on monitieteinen ja saa sisältöä terveystieteistä, käyttäytymistieteistä ja yhteiskuntatieteistä. Terveyden edistäminen perustuu arvoihin ja filosofiaan. Näitä arvoja ovat ihmisarvon ja itsenäisyyden kunnioittaminen, tarvelähtöisyys, omavoimaistaminen (empowerment), oikeudenmukaisuus, osallistuminen, kulttuurisidonnaisuus ja kestävä kehitys. Näiden arvojen pohjalta voidaan määrittää terveyden edistämisen tavoitteet promotiivisesta ja preventiivisestä näkökulmasta. Preventiivinen näkökulma terveyden edistämässä tarkoittaa sairauksien ehkäisemistä ja on ongelmalähtöistä. Preventiivinen jaetaan kolmeen osa-alueeseen.

Primaaripreventio on ehkäisevää toimintaa, jolla pyritään vaikuttamaan ennaltaehkäisevästi. Tätä on mm. terveysneuvonta. Sekundaaripreventiolla pyritään estämään sairauden paheneminen poistamalla tai vähentämällä riskitekijöitä. Tertiaaripreventiolla pyritään parantamaan työ- ja toimintakykyä ja se onkin yhteydessä kuntoutuksen käsitteeseen. Promotiivinen toiminta tarkoittaa pyrkimystä vahvistaa mahdollisuuksia myös yksilön ja yhteisön voimavaroja ja selviytymistä. Promotiivinen toiminta tarkoittaa myös vaikuttamista ennen ongelmien ja sairauksien syntyä (Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005, 8-9, Tuominen ym. 2005, 5-6, Pelto-Huikko ym. 2006, 13).

Terveyden edistämisen yksi eettisistä kysymyksistä on terveyden epäoikeudenmukainen jakautuminen. Eriarvoisuus tarkoittaa suurta määrää ennenaikaisia kuolemia, sairastumisia tai toimintakyvyn menetyksiä. Tupakointi on yksi tärkeä syy terveyseroihin, joita voidaan pienentää muun muassa tupakan verotuksen kiristämällä sekä myynti- ja markkinointirajoituksella, joilla pyritään tupakoimattomien ihmisten terveyden suojeluun. Tupakoinnin yleisyyden eroja sosiaaliluokkien tai koulutustason välillä ei ole pystytty poistamaan. Terveyserojen kaventaminen on tärkeää muun muassa eettisistä, kansanterveydellisistä ja työvoimapolitiittisista syistä, syrjäytymisen ehkäisemiseksi ja palvelujen riittävyyden takaamiseksi. Terveyserot johtuvat muutettavissa olevista elinoloihin ja elintapoihin liittyvistä seikoista. Terveyden eriarvoisuutta voidaan vähentää, mutta se vaatii yhteisiä ponnisteluja (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008).

Terveyden edistäminen on yksi terveydenhuollon päätehtävistä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008a), joka perustuu kansanterveyslakiin ja on osa kansanterveystyötä. Valtioneuvoston politiikkaohjelma korostaa terveyden edistämistä. Terveyden edistämisen politiikkaohjelman tavoitteena on väestön terveydentilan parantuminen ja terveyserojen kaventuminen. Terveyden edistäminen kuuluu kaikille kansalaisille ja jokainen meistä voi vaikuttaa omaan terveyteensä ja hyvinvointiin (Valtioneuvosto 2007).

Valtioneuvoston (2007) mukaan kunnilla on avainasema terveyden edistämisessä. Kuntien toiminnassa terveyden edistäminen merkitsee sen hyväksymistä kuntapolitiikan

toimintalinjaksi. Kuntalaki (365/1995) määrittelee kunnan tehtäväksi väestön hyvinvoinnin edistämisen. Kuntien ja kuntayhtymien työvälineeksi on kehitetty terveyden edistämisen laatusuositus (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006), jonka tavoitteena on auttaa kuntia ja kuntayhtymiä tehokkaiden toimintakäytäntöjen kehittämisessä, suunnittelussa ja toiminnan arvioinnissa. Kunnassa terveyden edistäminen on yhteisvastuullista toimintaa. Laatusuositus jäsentää terveyden edistämisen laajaa toimintakenttää ja tukee kuntien omaa laadunhallintatyötä. Väestön hyvinvointi ja terveyden edistäminen on nostettu kaikissa kunnissa toiminnan painoalueeksi. Laatusuositus korostaa myös terveydenhuollon asiantuntijatehtävää terveyden edistämässä. Terveydenhuollon työntekijät ovat avainasemassa terveyden edistämisen puolestapuhujina.

Valtioneuvosto on linjannut kansalliset terveystavoitteet vuonna 2001 Terveys 2015 -kansanterveysohjelmassa, jossa tavoitteena ovat terveyden ja hyvinvoinnin lisääminen sekä väestöryhmien välisten terveyserojen kaventuminen. Terveys 2015 -ohjelma on kehitetty Terveyttä kaikille -ohjelman pohjalta ja se linjaa Suomen terveystoimintaa 15 vuoden ajan painottaen terveyden edistämistä ja tukemista kaikilla yhteiskunnan sektoreilla. Ohjelma on suunnattu eri aloille siten, että se korostaa terveydenhuollon ulkopuolisten asioiden kuten elämäntapojen ja ympäristön vaikutusta terveyteen. Ohjelman laatimisessa on ollut ajatuksena se, että ihmisten arkielämän ympäristöissä, kodeissa, kouluissa, työpaikoilla, palveluissa ja liikenteessä voidaan edistää terveyttä, mutta myös vahingoittaa sitä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001).

Terveys 2015 -ohjelman tavoitteiden mukaan terveyden edistämisen näkökulma tulisi ottaa nykyistä paremmin huomioon kaikkien terveydenhuollon ammattihenkilöiden koulutuksessa jo peruskoulutuksesta lähtien. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksen mukaan kehittämistarpeina ovat terveyden edistämisen määrittely ja kunkin alan roolin määrittäminen. Lisäksi muita kehittämistarpeita ovat menetelmien hallinta sekä kouluttajien terveyden edistämisen osaamisen vahvistaminen (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001).

Terveys 2015 -ohjelmassa on asetettu tavoitteita, joiden toteutumisessa tupakoinnin vähentämisellä on merkittävä osa. Muita keskeisempiä tavoitteita ovat terveiden ja toimintakykyisten elinvuosien lisääminen sekä väestöryhmien välisten terveyserojen pienentäminen. Tavoitteena tupakoinnin osalta on nuorten 16-18-vuotiaiden tupakoinnin alentaminen 15 %:iin vuoteen 2015 mennessä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001, Pennanen ym. 2006, 16-17, Rimpelä ym. 2005,61). Kaikille ikäryhmille yhteinen tavoite on, että suomalainen voi odottaa elävänsä terveenä keskimäärin kaksi vuotta kauemmin kuin vuonna 2000 (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001).

Terveyden edistämisen politiikkaohjelma on valtioneuvoston hyväksymä linjaus Suomen terveyden edistämisen ohjelmalle. Vaikuttamalla keskeisten kansansairauksien syihin voidaan hillitä terveydenhuollon palveluista, sairauspoissaoloista ja varhaisesta eläköitymisestä aiheutuvia kustannuksia. Työikäisen väestön terveyden ja toimintakyvyn ylläpitäminen ja vahvistaminen nostavat työllisyysastetta (Valtioneuvosto 2007).

Kansallinen sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisohjelma KASTE 2008-2011 (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008a) nostaa terveyden edistämisen keskeiseksi painopisteeksi seuraavalla viisivuotiskaudella. Kaste-ohjelman linjaamat tavoitteet ovat seuraavat: hyvinvointi ja terveys lisääntyvät, osallisuus lisääntyy ja syrjäytyminen vähenee, hyvinvointi ja terveyserot kaventuvat, palvelujen laatu, vaikuttavuus ja saatavuus paranevat sekä alueelliset erot kapenevat. Ennaltaehkäisy ja varhainen puuttuminen, henkilöstön riittävyyden ja osaamisen varmistaminen ja sekä ehjän palvelukokonaisuuden luominen ovat keinoja päästä em. tavoitteisiin. Kaste-ohjelma on sosiaali- ja terveysministeriön lakisääteinen ja strateginen ohjausväline kunnille, kuntayhtymille, sosiaali- ja terveydenhuollon järjestöille, yliopistoille, ammattikorkeakouluille, sosiaali- ja terveydenhuollon oppilaitoksille sekä sosiaalialan oppimiskeskuksille. Kaste-ohjelman päätavoitteet perustuvat sosiaali- ja terveydenhuollon keskeisiin strategisiin tavoitteisiin koko maassa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009).

Terveydenhuoltolain tarkoituksena on vahvistaa perusterveydenhuoltoa ja edistää terveyspalvelujen saatavuutta ja tehokasta tuottamista. Terveydenhuoltolailla halutaan varmistaa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon tiivis yhteistyö ja asiakaslähtöisyys. Valmisteilla oleva terveydenhuoltolaki (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008b) velvoittaa, että kuntien on laadittava poikkihallinnollinen suunnitelma terveyttä edistävästä ja terveysongelmista ehkäisevistä toimista ja niiden toteuttamisen seurannasta. Uusi terveydenhuoltolaki korvaisi kansanterveyslain ja erikoissairaanhoidon lain. Uusi laki on tarkoitus antaa eduskunnan käsiteltäväksi keväällä 2010 (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008b).

3.3 Terveyden edistäminen hammaslääkärin työssä

Tupakoinnin aloittamisen ehkäisy on tärkeä osa terveyden edistämistä. Painopisteen on oltava yhä enemmän tulevaisuudessa. Tupakoimattomuuden edistäminen on aloitettava tarpeeksi varhain, jotta vaikutus olisi toimiva nuortemme keskuudessa. Nuorille tulisi antaa tosiasioihin perustuvaa tietoa tupakoinnin vaikutuksista, riippuvuudesta ja seurauksista. Tupakoimattomuuden edut olisi tuotava esiin ja itseluottamusta vahvistettava luomalla positiivinen minäkuva, jotta nuori ei aloittaisi tupakkatuotteiden käyttöä. Nuorten yleisimmät harhaluulot ja väärinkäsitykset tulisi ratkaista (Sirviö 2006, 134).

Hammaslääkärin yhtenä tehtävänä on terveyden edistäminen suun terveydenhuollossa. Suu on yhteydessä koko kehoon, minkä vuoksi suun terveydenhuollon ammattilaiset ovat avainasemassa myös yleissairauksien havaitsemisessa, sillä muun muassa diabetes, munuaissairaudet ja reumataudit heijastuvat suun terveyteen. Suun terveydellä voidaan merkittäväällä tavalla edistää ihmisen kokonaisterveyttä. Yhteistyön tekeminen eri ammattiryhmien välillä tulisi lisätä yleissairauksien varhaisten toteamisen varmistamiseksi. Hammaslääkäriliiton terveyden edistämisen työryhmä on ollut aktiivinen 1970-1980-luvulla, mutta toiminta on hiipunut resurssien myötä. Se on käynnistetty uudelleen vuonna 2007 (Suomen hammaslääkärilehti 2008, 34-36).

Suun terveyden edistämistä koskevat Ottawan asiakirjassa esitetyt terveyden edistämisen osa-alueet ovat terveyttä edistävä yhteiskuntapolitiikka, terveyden edistymistä tukeva elinympäristö, kansalaisten terveystaitojen kehittäminen ja terveyttä tukeva terveystalvvelujärjestelmä. Väestön terveyteen vaikutetaan terveyttä määrittävien tekijöiden kautta. Näitä ovat yksilölliset, sosiaaliset, rakenteelliset ja kulttuuriset tekijät, jotka voivat joko heikentää tai vahvistaa ihmisen terveyttä. Terveyden edistämisen laatusuositukseen sisältyy yksityiskohtaisia haasteita myös kunnassa tapahtuvalle suun terveyden edistämislle. Kunnissa tulee varmistaa, että kuntalaiset tietävät suun terveyden edistämisen tapahtuvan arkielämän tilanteissa. Kuntalaisten tulisi huomioida terveelliset ruokailutottumukset, hyvä suuhygienia ja päihteettömyys (Hausen 2007, 256).

Vuonna 2004 on kirjattu hammaslääkäriliiton terveystalvvelitiikan tavoitteeksi väestön hyvä terveys. Terveystalvvelitiikan toiminnan painoalueiksi on määritelty terveystalvvelitiittisen keskustelun ja päätöksenteon seuraaminen ja siihen osallistuminen, väestön tietoisuuden lisääminen suun terveyteen vaikuttavista tekijöistä sekä yhteistyön tekeminen muiden terveydenhuoltoalan järjestöjen kanssa. Hammaslääkäriliitto edistää kaiken ikäisen väestön suun terveyttä ja tekee yhteistyötä muiden terveystalvvelitiittöjen kanssa. Terveyden edistäminen näkyy muun muassa Kelan äitiyspakkauksissa, jossa on mukana vauvoille oma hammaslarija (Suomen hammaslääkärilehti 2007, 256).

Suun sairauksien luonne edellyttää hammaslääkäriltä pitkäjänteistä työtä ja potilaan yksilölliseen tarpeeseen perustuvaa hoitoa. Suuontelon sairauksilla on kielteinen vaikutus elämänlaatuun, sillä niihin liittyy kipua, epämukavuutta, unettomuutta, pureskeluvaikeuksia ja syljenerityksen sekä nielemisen häiriöitä (Petersen ym. 2008, 42-50). Tupakointi on merkittävä riski suusairauksien kannalta. Säännöllisesti tapahtuvat suun tarkastukset ja potilaskontaktit mahdollistavat hampaisiin kohdistuvan terveystalvvelitiittönnän (Kentala 2007, 37, Kentala 2005, 1120).

3.4 Hammaslääkärin rooli tupakoinnin lopettamisen tukena

Terveydenhuollon ammattiryhmä osallistuu tupakoinnin ehkäisyyn ja terveysneuvontaan. Lääkärit, sairaanhoitajat ja terveydenhoitajat yleensä osallistuvat tällaiseen terveyden edistämiseen. Suun terveydenhuollon henkilökunnalle on tehty mini-interventiotutkimus tupakoinnin ehkäisystä (Kentala ym. 2005, 1114-1123). Tupakoinnin lopettamisen onnistumisen kannalta ei ole merkitystä, mikä ammattiryhmä intervention toteuttaa. Esimerkiksi nikotiinikorvaushoidon tarjoajan ammatilla ei ole lopettamisen tehokkuuteen merkitystä. Nikotiinikorvaushoidon teho on sama riippumatta terveydenhuollon ammattilaisen ammatista (Mojica ym. 2004,391). Käypä hoito -suositukseen (2006) mukaan kaikkialla terveydenhuollossa on tunnettava asiakkaan tupakointitavat, kehoitettava tupakasta luopumiseen, suositeltava korvaushoitoa ja ohjattava tarvittaessa jatkohoitoon.

Valtaosa tupakoitsijoista käy terveydenhuollon ammattilaisen, mm. hammaslääkärin, vastaanotolla kerran tai useamman kerran vuoden aikana. Tällöin on ainutlaatuinen mahdollisuus ottaa tupakoinnin lopettaminen puheeksi. Tupakoinnista kysymällä osoitetaan, kuinka tärkeänä pidetään tupakoimattomuutta terveyden kannalta (Sandström 2009,11-13). Hammaslääkärit ovat eniten tekemisissä tupakoitsijoiden kanssa kaikista terveydenhuollon ammattilaisista, minkä vuoksi he ovat tärkeässä asemassa sekä ehkäisyssä että hoitoprosessissa (Trotter & Worcester 2003 183-189).

Tupakointiin puuttumisen vuorovaikutustilanteessa tarvitaan herkkyyttä, aitoa kiinnostusta asiakkaaseen, taitoa/kykyä kuunnella häntä ja olla empaattinen sekä kykyä motivoivaan keskusteluun. Hammaslääkärin roolina on motivoida lopettaja muutokseen ja antaa välineitä sekä lopettamiseen että tupakoimattomuuden ylläpitämiseen (Sandström 2009, 11-13, Hilden 2005,83).

Tupakoinnin lopettamisen tukeminen on tehokasta hammaslääkärin vastaanotolla erityisesti nuuskan osalta. Hammaslääkärin tulisi tuntea oman alueensa tupakoinnin lopettamiseen liittyvät palvelut, nikotiinikorvaushoidon periaatteet ja lääkkeiden käytön

sekä tupakoinnin merkitys sairauksien vaaratekijänä. Tupakoinnin lopettamisen tukeminen onnistuu parhaiten moniammatillisena yhteistyönä, jossa jokainen terveydenhuollon ammattilainen tietää sekä omat että muiden tehtävät ja mahdollisuudet hoitopolussa (Sandström 2009, 11-12, Käypä hoito-suositus 2006).

Hammaslääkärit ovat halukkaita antamaan tupakoinnin ehkäisevää neuvontaa (Trotter & Worcester 2003, 183-189), jonka esteenä terveydenhuollossa on usein ajanpuute. Tämän vuoksi tarvitaan terveydenhuollon ammattilaisille ja opiskelijoille tarkoitettuja helppokäyttöisiä välineitä tukemaan potilaita, jotka haluavat lopettaa tupakoinnin (Sandström 2007,13). Tutkimuksen mukaan hammaslääkärit kokevat ammattitaitonsa puutteelliseksi tupakoinnin lopettamiskysymyksissä. Puutteena pidetään vähäistä kokemusta keskusteluista potilaan kanssa tupakoinnista ja riittämättömiä tietoja nikotiinikorvaushoidon periaatteista, hoidossa käytettävistä lääkkeistä ja muista menetelmistä, mitä ohjauksessa voidaan käyttää (Wyne ym. 2006, 35-43).

Suun terveydenhuollossa on ainutlaatuinen mahdollisuus ehkäistä ja todeta varhaisvaiheessa tupakan aiheuttamia sairauksia. Tupakan vaikutukset näkyvät suussa jo varhain. Tupakoinnin vaikutukset suun terveyteen ovat käyttökelpoinen motivointikeino ottaa tupakoinnin lopettaminen puheeksi (Lahtinen & Ainamo 2004, 3-12). Hampaiden värjäytymät, suun limakalvomuutokset, hammaskivi ja parodontiitti antavat aiheen keskustella tupakoinnista ja näyttää potilaalle suussa olevat muutokset (Lahtinen 2004, 284-288).

Hammaslääkäri auttaa potilasta päättämään tupakoinnin lopettamispäivän. Lisäksi hän keskustelee potilaan aikaisemmista lopettamisyrityksistä ja auttaa häntä tunnistamaan mahdolliset ongelmat ja selviytymään niistä. Tutkimuksen yhteydessä poistetaan hammaskivi ja värjäytymät jotta motivoidaan potilasta pitämään suunsa puhtaana tupakasta (Lahtinen 2004, 284-288). Näkyvät muutokset suussa saattavat olla tehokas keino innostaa nuori lopettamaan tupakointi, sillä nuoret ovat murrosiässä hyvin tarkkoja ulkonäöstään (Kentala ym. 2005, 1114-1123) Nuoriin suuntautuva valistus (tupakan

lopettaminen) vaatii yksilöllistä tai ryhmässä annettavaa keskusteluhoitoa, joka tähtää käyttäytymisen muutokseen (Ollila ym. 2008, 50-51).

Hammaslääkäri neuvoo yksilöllisesti potilasta ottaen huomioon terveyden riskit ja suun terveydentilan. Suussa tapahtuneet muutokset voidaan näyttää peilistä potilaalle ja selvittää, miten tupakointi vaikuttaa parodontiitin etenemiseen ja hoitotulokseen. Lisäksi keskustellaan nikotiinikorvaushoidosta ja muusta mahdollisesta lääkehoidosta. Vastaukset kirjataan potilaan hoitokertomukseen. Potilasta kehoitetaan hävittämään kaiken, mikä muistuttaa tupakoinnista. Tupakoinnin lopettamisen seuranta järjestetään, sillä uuden tapaamisen sopiminen kaksinkertaistaa onnistumismahdollisuudet. Paras tapaamisaika on viikko tai kaksi viikkoa tupakoinnin lopettamispäivästä, jolloin voidaan kontrolloida potilaan tupakointi. Samalla voidaan muistuttaa siitä, että useimmat vieroitusoireet helpottavat 2-3 viikossa, sillä vieroitusoireet ovat yleensä ohimeneviä ja vaarattomia. Useimmat yrittävät lopettaa monta kertaa ja repsahdukset kuuluvat oleellisena osana prosessiin. Hammaslääkäri voi auttaa potilasta tunnistamaan riskitilanteita ja suunnittelemaan, miten välttää sellaisia tai voittaa kiusaus (Lahtinen 2004, 284-288).

Käypä hoito -suositus (2006) suosittelee kuuden K:n mallia tupakan lopettamisessa käytettävässä ohjauksessa: Kysy potilaan tupakoinnista vähintään kerran vuodessa. Keskustele tupakoinnin lopettamisesta ja arvioi potilaan lopettamishalukkuus. Kirjaa tupakointitapa sekä tupakoinnin määrä ja kesto. Kehota potilasta lopettamaan tupakointi ja aloita tarvittaessa hoito. Kannusta ja auta lopettamisessa, anna myönteistä palautetta ja ohjaa tarvittaessa jatkohoitoon. Kontrolloi onnistumista seuraavilla käynneillä.

Tutkimuksen mukaan lääkärin kanssa käyty kolmen minuutin keskustelu tupakoinnista on vaikuttavaa (Fiore 2000, 1200-1262, West ym.2000 987-999). Vaikuttavuus lisääntyy, jos aikaa käytetään enemmän ja motivoivalla keskustelulla saadaan parempia tuloksia kuin pelkillä ohjeiden antamisella (Sandström 2009, 15). Tupakoinnin lopettamisen tukeminen sisältää myös terveysneuvonnan, jonka yksi osa on ohjaus asiakas- ja potilaskontaktissa. Ohjaus voi kohdistua ihmisen terveydentilan edistämiseen ja

ylläpitämiseen tai sairauksien ehkäisyyn tai hoitoon. Onnistunut ohjaus on kaksisuuntainen, aktiivinen vuorovaikutussuhde, jossa asiakas ja ohjaaja suunnittelevat asiakkaan tarpeista lähtevää tavoitteellista ohjausprosessia (Vertio 2003, 573, Kääriäinen & Kyngäs 2006,6).

Terveystieteiden ammattilaisen toteuttama yksilöllinen ohjaus lisää lopettamisen onnistumisen todennäköisyyttä. Ohjauskontaktin pituudella on merkitystä, sillä yli kymmenen minuutin keskustelu on vaikuttavampaa kuin kolmen minuutin keskustelu. Tulos paranee, jos kertoja lisätään ja kokonaiskestoa pidennetään (Vertio 2003, 583). Yksin tupakointia lopettava voi hakea tukea psykologilta, ohjaajalta tai terveydenhoitajalta. Yksilöohjauksessa keskustellaan tupakoinnin lopettamisen motiiveista ja arvioidaan vaikeimmat karikat. Samalla laaditaan yksilöllinen lopettamisohjelma, jonka seuraamisessa ja tukemisessa ohjaaja kannustaa ja auttaa. Tärkeää on löytää oma motivaatio ja keinot irti tupakasta (Patja ym. 2005, 96). Nikotiiniriippuvuus on krooninen sairaus ja siihen tulisi suhtautua vaikeasti hoidettavana tilana, joka vaatii toistuvaa ja jatkuvaa huomiota (Mustonen ym. 2004, 1510, Klaukka ym. 2007, 3426-3427).

Tehokkaiksi tupakoinnin lopettamisen keinoiksi on todettu neuvonnan lisäksi lopettamisen aikana annettu sosiaalinen tuki (Patja ym. 2005, 10). Potilasta kehoitetaan pyytämään tukea perheeltään ja ystäviltään (Lahtinen 2004, 284). Hypnoosia ja akupunktiota on käytetty tupakan lopettamisen tukemisessa. Tutkimusnäyttöä kummankaan tehosta ei ole (Patja ym. 2005, 100). Tupakoinnin lopettaminen on vaikeaa sen vuoksi, että se koskee ihmisen elämisen perusasioita ja kokemuksia (Patja ym. 2005, 39). Esteinä voivat olla potilaan hankala elämäntilanne ja ympäristön riittämätön tuki. Sen vuoksi ammattilaisen tuki voi olla ratkaisevaa raivattaessa esteitä matkalla tupakoimattomuuteen (Sandström 2009,13).

Tupakoitsijoista 70 % katu tupakointinsa aloittamista ja yhtä suuri osa tupakoitsijoista haluaisi lopettaa. Kuitenkin vain 7,5 % pysyy ilman tukea tupakoimattomana vähintään 5

kuukautta (Smith 2001, 429-439). Suomessa yli puolet tupakoitsijoista lopettaa 60. ikävuoteen mennessä (Vierola 2004, 316).

Hammaslääkärinä olisi hyvä tunnistaa, miten tupakoitsija itse kokee tupakoinnin ja mitä merkitystä sillä on hänelle itselleen (Sandström 2009, 11). Tupakoinnin lopettaminen on uusi elämänmuutos potilaalle, ja siinä onnistuminen on yleensä vaikeaa, sillä tupakoinnin lopettamisen edellytyksinä ovat hyvä itsetunto, vahva motivaatio ja tavan murtaminen. Uudet käyttäytymismallit täytyy oppimalla oppia, sillä lopettaminen vaatii keskittynyttä ponnistelua, aikaa, nöyryyttä ja omaa tahtoa. Kasvaminen ja kehittyminen vievät oman aikansa myös tupakoinnin lopettamisessa. Lopettamiselle tulee asettaa tavoitepäivämäärä, joka ei ole sama kuin se päivä, kun päätät lopettaa tupakoinnin. Tupakoinnin lopettaminen herättelee tupakoitsijassa esiin uusia asenteita ja arvoja, jotka vahvistavat elämänhallintaa. Samalla päätös pysyvästä tupakoimattomuudesta vahvistuu. Tupakoitsijan pitää varmistua, että muutos on hänelle henkilökohtaisesti kannattava voimainponnistus. On uskottava omiin kykyihinsä ja mahdollisuuksiinsa löytää keinoja tupakoinnin lopettamiseen (Patja ym. 2005, 51, 65-68, Vierola 2004,317).

3.5 Hammaslääkärin käsityksiä tupakoinnin lopettamistyöstä?

Vuonna 1999 EU:n alueella selvitettiin hammaslääkäreiden suhtautumista tupakan vastustamistyöhön. Valtaosa hammaslääkäreistä piti tupakan vastustamistyötä suun terveydenhuollon tehtäviin kuuluvana. Silti vain kolmannes hammaslääkäreistä tiedusteli potilaansa tupakointitapoja (Allard 2000, 99-102). Suomessa on tehty vuonna 2005 mini-interventio-tyyppinen, nuorten tupakointia koskeva tutkimus tupakoinnin vieroitus- ja ehkäisymenetelmästä terveystieteiden suun terveydenhuollossa. Tutkimus käsitteli tupakoinnin haittoja suun terveydelle ja tuloksia verrattiin koululaisten omiin havaintoihin suunsa terveydestä. Se toteutettiin Länsi-Suomessa neljässä eri Pohjanmaan kaupungissa: Vaasassa, Seinäjoella, Pietarsaareissa ja Kokkolassa yhteistyössä terveystieteidenhammaslääkäreiden ja -hoitajien kanssa. Tutkimuksessa kartoitettiin myös suun terveydenhuollon henkilöstön mielipiteitä (Kentala 2007, 41).

Keski- ja Etelä-Pohjanmaan suun terveydenhuollon henkilökunnasta 64 % oli sitä mieltä, että Suomen tupakkalaki on liian löyhä. Ankarana Suomen lakia piti vain 10 % henkilökunnasta. Kolmasosa (33 %) piti tupakan vastustamistyötä hammashuollon tehtäviin kuuluvana ja 15 % toi esille, ettei se kuulu heidän työhönsä. Kolmasosa (31 %) suun terveydenhuollon henkilökunnasta oli sitä mieltä, että tupakointiin voidaan vaikuttaa terveysneuvonnalla ja kymmenesosa (12 %) oli asiasta täysin eri mieltä. Henkilökunnasta 7 % koki kiusalliseksi potilaan tupakoinnista tiedustelemisen. Suun terveydenhuollon resurssien riittävydestä täysin samaa mieltä olivat 35 % henkilökunnasta ja eri mieltä 22 % (Kentala ym. 2005, 1116).

Kentalan tutkimuksen mukaan (2005, 1120) suun terveydenhuollon ammattiryhmissä ollaan melko valmiita tekemään tupakointiin liittyvää terveyskasvatusta. Eniten toteutusta voidaan edistää valitsemalla tehtävään motivoituneita ja koulutettuja henkilöitä. Myönteisesti terveysneuvontaan asennoituvilla on motivaatiota mini-interventio-tutkimuksen toteuttamiseen osana normaalia suun terveydenhuoltoa. Terveydenhuoltohenkilöstön oma tupakointi heijastui selvästi asenteisiin ja toimintaan. Henkilökunnalle tulisi tarjota ja järjestää ensimmäiseksi mahdollisuus tupakan vieroitukseen. Hammaslääkärin kliinisen työn ohella suoritettava terveyden edistäminen vaatii pedagogista kiinnostusta, koulutusta ja harjoitusta (Kentala 2007, 55, 57).

Kentalan tutkimuksen mukaan (2005, 1120-1122) tupakoinnin kirjaaminen ja käypä hoito-suositus edistää tärkeän asian muuntumista luontevaksi arkipäivän toiminnaksi, jota Kentala suosittelee kaikille vastaanotoille. Terveyden edistämisen ajankäyttö koettiin ongelmana, sillä työtahti on kiristynyt terveyskeskuksissa ja työn vaatimukset tuottavuuden osalta ovat kasvaneet (Widström ym. 2002, 104-107). Tämä vaikuttaa henkilökunnan mahdollisuuksiin toteuttaa terveyden edistämistyötä tupakoinnin vähentämiseksi. Kentala (2007, 57) on todennut tekemänsä mini-intervention pohjalta, että tupakkatuotteiden mahdollisen käytön ja tupakoimattomuuden edistämisen kirjaaminen hammashuollossa on tärkeää.

Kahdentoista EU-maan hammaslääkäreille vuonna 1999 tehdyn kyselytutkimuksen mukaan hammaslääkärit olivat hyvin selvillä tupakan haitoista terveydelle ja erityisesti suun terveydelle. Kyselyyn osallistuneet hammaslääkärit tupakoivat vähemmän kuin väestö keskimäärin. Päivittäin tupakoivia hammaslääkäreitä Tanskassa oli 12 %, Ruotsissa 10 %, Suomessa 3 % (Allard 2000, 99-102) ja Norjassa 7 % (Lund 2003, 168-176). Yli kaksi kolmasosaa EU-hammaslääkäreistä piti tupakoinnin vähentämistyötä tehtäviinsä kuuluvana. Vain kolmannes hammaslääkäreistä otti esille potilaitensa tupakoinnin. Heistä tupakoinnista ilmoitti kysyvänsä aina tai usein kymmenesosa (12 %) tanskalaisista, kolmasosa (33 %) suomalaisista ja suurin osa (58 %) ruotsalaisista hammaslääkäreistä (Allard 2000, 99-102). Uusilta potilailta tupakointia kysyi 63 % norjalaisista hammaslääkäreistä (Lund 2003, 168-176). Väestötutkimuksissa tupakoitsijoista 7-24 % ilmoitti saaneensa hammaslääkäriltä tupakoinnin lopettamiskehotuksen (SBU 2002). Suomessa vain 5,8 % tupakoivista oli saanut lopettamiskehotuksen hammaslääkäriltä ja viidesosa (24,6 %) lääkäriltä. Tanskassa sairausvakuutus velvoittaa yksityiset hammaslääkärit ja suuhygienistit kysymään aikuispotilailta tupakoinnista ja kertomaan tupakan vaikutuksista suuhun (SBU 2002). Suomessa tupakointi ja nuuskan käyttö kysytään jokaiselta potilaalta esitietolomakkeessa, joka täytetään ensimmäisellä käyntikerralla.

EU-maiden hammaslääkäreistä kaksi kolmasosaa ilmoitti, ettei heillä ollut esteitä tupakkaneuvonnalle. Loput pitivät suurimpina esteinä ajan, rahoituksen, valistusaineiston ja lähetemahdollisuuksien puuttumista ja potilaiden vastustusta. Myös tuloksellisuutta epäiltiin (SBU 2002). Yksi este on koulutuksen puute. EU-hammaslääkäreistä 70 % halusi koulutusta terveyden edistämiseen, sillä vain 6 % oli sitä saanut. Suomessa hammaslääkärijärjestöt tarjoavat maksuttomia tupakkavieroituskursseja oman tupakoinnin lopettamiseen hammashoitohenkilöstölle eri puolilla maata (Lahtinen 2004, 284-288).

4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSONGELMAT

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvailla hammaslääkäreiden käsityksiä tupakoinnista terveydellisenä riskitekijänä sekä omasta toiminnastaan tupakoinnin lopettamisen tukena ja terveysterveystuonnan toteuttajana. Tutkimuksen tavoitteena on, paitsi tuottaa tietoa hammaslääkäreiden toiminnasta tupakoinnin lopettamistyössä, lisätä heidän tietoisuuttaan tupakoinnin vaikutuksesta suun terveyteen ja merkittävästä roolistaan terveyden edistämisen kentällä. Tavoitteena on myös hyödyntää tutkimuksen tuloksia hammaslääkäreiden koulutuksen kehittämisessä. Tutkimuksen tarkoituksesta on saada vastauksia seuraaviin tutkimusongelmiin:

1. Millaisia käsityksiä hammaslääkäreillä on tupakoinnista terveydellisenä riskitekijänä?
2. Millaisia käsityksiä hammaslääkäreillä on omasta toiminnastaan tupakoinnin lopettamisen tukena?

5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

5.1 Tutkimusmenetelmän valinta

Tutkimusmenetelmäksi valittiin kvantitatiivinen kuvaileva kyselytutkimus, jolla tuotetaan tietoa hammaslääkäreiden käsityksistä tupakoinnista terveydellisenä riskitekijänä sekä heidän omasta toiminnastaan tupakoinnin lopettamisen tukena. Kuvailevan tutkimuksen tarkoituksena on dokumentoida tutkittavasta asiasta keskeisiä ja kiinnostavia piirteitä (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2004, 130).

Kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimus etenee yleisestä teoriasta käytäntöön, jossa korostetaan yleispäteviä syyn ja seurauksen lakeja. Kvantitatiivinen tutkimus kuuluu positivistiseen näkemykseen, joka pohjautuu empiiriseen tietopohjaan ja sen kiinnostus kohdistuu kohteiden mitattaviin ja numeraalisesti esitettäviin ominaisuuksiin (Hirsjärvi ym. 2007, 135-136, Anttila 2006, 233). Määrällisessä tutkimuksessa suoritetaan paljon vertailevaa ja selittävää tutkimusta (Anttila 2006, 233, Hirsjärvi ym. 2007,130), joka sopii suuria ihmisryhmiä kartoittaviin tutkimuksiin (Heikkilä 2005, 16). Tutkimuksen tekemisen lähtökohtana on se, että tutkitaan aikaisemman kirjallisuuden tai tutkimustulosten avulla, mitkä ovat tietojen mukaan keskeiset ja mitattavat tai verrattavat tekijät (Anttila 2006, 234).

Tutkimuksen keruumenetelmänä käytetään survey-tutkimusta, sillä aineiston keräämiseen on laadittu erillinen kyselylomake. Aineisto kerätään strukturoidussa muodossa, jolloin kaikki kyselyyn vastaajat vastaavat samalla tavalla laadittuihin kysymyksiin (Heikkilä 2005, 19, Hirsjärvi ym. 2004, 125, 182).

5.2 Tutkimusjoukko

Tutkimuksen kohdejoukko koostuu kunnallisista ja yksityisistä hammaslääkäreistä Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin alueella. Tutkittavien valinta perustuu satunnaiseen otokseen, jossa tutkimusjoukko valitaan sattumanvaraisesti (Vilka 2007,

53). Tutkimusjoukosta 100 hammaslääkäriin yhteystiedot olivat jo olemassa. He työskentelivätsuurimmaksi osaksi kunnallisella sektorilla. Heidän yhteystietonsa tutkija oli saanut työskennellessään lääke-edustajana ja markkinoidessaan tupakan vieroituslääkettä. Loput tutkimusjoukosta valittiin Pohjois-Pohjanmaan alueella työskentelevistä hammaslääkäreistä, jotka toimivat yksityisellä sektorilla. Tutkimukseen valittiin mukaan sellaiset hammaslääkärit, joille löydettiin hakemalla internetistä paikkakunnittain yksityiset toimipaikat ja yhteystietoina sähköpostiosoitteet.

Tutkimuksen otokseen valittiin 183 hammaslääkärinä, josta 55 oli Oulun kaupungin hammaslääkäreitä. Tutkimuskyselyyn vastasi 93 hammaslääkärinä. Tutkimusjoukosta 90 hammaslääkärinä ei osallistunut kyselyyn, eikä heitä tavoitettu uusintakerroksella.

5.3 Kyselylomakkeen laadinta

Tutkimuksessa käytetty mittari eli kyselylomake pohjautui aikaisempiin tutkimuksiin ja olemassaolevaan teoretietoon. Tämä on kvantitatiiviselle tutkimukselle luonteenomaista. Tutkimuksessa olevat käsitteet määriteltiin ja muutettiin mittavaan muotoon eli operationaalistettiin (Metsämuuronen 2000, 14, Anttila 2006, 127). Kyselylomakkeessa hyödynnettiin osittain aikaisemman tutkimuksen (Kentala 2007) mittaria. Mittarilla tarkoitetaan testipatteristoa, jonka tarkoitus on tuottaa tietoa tutkittavalta alueelta. Sen perusajatuksena on pyrkiä havainnoimaan ilmiötä objektiivisesti (Metsämuuronen 2000, 43). Suurimmaksi osaksi puolistrukturoitu lomake oli tutkijan itsensä laatima, jossa oli sekä avoimia että suljettuja kysymyksiä, koska ei löytynyt valmista, testattua ja hyväksi havaittua mittaria, jota olisi voitu käyttää kokonaisuudessaan.

Laadittu kyselomake sisälsi 40 kysymystä tai väittämää, joista neljä kysymystä olivat avoimia koskien hammaslääkäreiden esteitä tupakkaneuvonnalle, potilaiden tupakoinnista johtuvia fyysisiä oireita sekä merkittävimpiä suussa näkyviä oireita ja suun sairauksia. Taulukossa 1. on eritelty tarkemmin tutkimusongelmat sekä niitä vastaavat kysymykset kyselylomakkeessa.

TAULUKKO 1. Tutkimusongelmat ja niitä vastaavat kysymykset kyselylomakkeessa

Tutkimusongelma	Kysymysten numerot
Taustatiedot	1,2,3,4,5
Millaisia käsityksiä hammaslääkäreillä on tupakoinnista terveydellisenä riskitekijänä?	6.1-6.3, 6.6-6.8,6,11, 12.1-12.4, 12.6-12.8, 14-15
Millaisia käsityksiä hammaslääkäreillä on omasta toiminnastaan tupakoinnin lopettamisen tukena?	6.5, 6.9-6.10, 7-11,12.5, 12.9, 13
Millaisia käsityksiä hammaslääkäreillä on tupakoinnin yhteydestä suun terveyteen?	16-17, 18.1-18.5

Kyselylomake pyrittiin tekemään helposti vastattavaksi, sillä mittarin pituus vaikuttaa käytettävyyteen ja luotettavuuteen. Jos tutkimuslomake on pitkä, vastaajat voivat jättää vastaamatta kaikkiin kysymyksiin tai vastata huolimattomasti (Anttila 2006, 261).

Kyselylomaketta laadittaessa tehtiin yhteistyötä tilastotieteen ja ohjaavien opettajien kanssa. Kyselylomakkeen rakennetta selkeytettiin ja kysymysten sanamuotoja vaihdettiin. Kyselylomakkeen esitestasi neljä hammaslääkärinä. Tämän jälkeen kyselylomake suljettiin Internetissä ja katsottiin mahdolliset korjausehdotukset. Kyselylomaketta suun sairauksista korjattiin yhden kysymyksen osalta ja kyselyä muokattiin esitestaajilta saadun palautteen mukaisesti.

5.4 Kyselyn suorittaminen

Tutkimusaineisto on kerätty käyttämällä ZEF-kyselyllä, jonka professori Esko Alasaarela on suunnitellut arviointimenetelmäksi. Mika Nenonen on suunnitellut menetelmän visuaalisen muodon ja käytettävyyden. ZEF on Suomen suosituin ja kattavin koulutuksen itsearviointipalvelu koululaitoksille. Perusopetusta säätelevän lain 21 §:n mukaan koulutuksen järjestäjän on arvioitava järjestämäänsä koulutusta ja sen vaikuttavuutta. ZEF sisältää valmiin konseptin ja arviointipohjat eri tasoilla tapahtuviin arviointeihin

velvoitteen täyttämiseksi. Palautetta voi kerätä mm. oppilailta, opettajilta, vanhemmilta ja muilta sidosryhmiltä. Sisältöjä ovat olleet luomassa useat huippuasiantuntijat ja opetushallitus (ZEF Parhaat arvioinnin tulokset, eduZEF 2010).

Kysely suoritettiin maaliskuu 2009 - toukokuu 2009 aikana. Tutkimuslupa anottiin kirjallisesti maaliskuussa 2009 Oulun kaupungin suun terveydenhuollon palvelupäälliköltä Sakari Kärk+äiseltä hammaslääkäreiden tutkimusjoukkoa varten ja jokainen vastaaja antoi kyselyyn henkilökohtaisen suostumuksensa.

Kysely lähe4ettiin hammaslääkäreiden sähköposteihin. Sähköise~ kyselin etna on se, että mahdolliset aineistoa syöttäessä tapahtuvat lyöltivirheet jÄäwä| pois. Yhtenä etuna voidaan pitää myös taloudellisuutta ja sitowtumattomuutta aikaan. Koehenkilö voi vastath kyselyyn, millkIn hänellä parhaiten sopii (Aaltola(Valli 2007, 106-111, Vilkka`2007, 66, Hirsjärvi ym. 2007, 190-191). Zef-kyselyn avulla pyrittiin saamaan mahdollisimman paljon vastauksia. Kyselytutkimuksen haitTapuolia ovat alhamnen vastausprosentti ja siihen liitpyvä jato (Aaltola & Valli 2007, 106, Hirsjärvi ym. 2007, 191) Tutkimuksen vastiusprosentti oli 51. Kato voi klla`jopa 70-96 % riippuen siitä, mitä tutkitaan ja likä on tutkimuksen kohdejoukko (Vilkka 2007, 59). Määrälliselle tutkiúukselle on tyypillistä, että vastaajien määrä on suuri. Suositeltava tutkimusjoukon vähimmäismäärä on 100, jos tutkimuksessa käytetään tilastollisia menetelmiä (Vilkka 2007, 17).

Kadon pienentämiseksi tutkimukseen osallistujia muistutettiin vastaamisesta kolme kertaa. Hirsjärven (2007, 190-191) mukaan vastausprosentti voi nousta jopa 70-80 %:iin muistuttamisen jälkeen. Suun terveydenhuollon palvelupäällikkö oli kertonut tutkimuksesta etukäteen Oulun kaupungin hammaslääkäreille, millä voitiin varmistaa se, että mahdollisimman moni osallistui. Saatekirjeessä kerrottiin, että tutkija on opiskelija ammattikorkeakoulusta ja tekee opinnäytetyötä. Tutkimuksen tiedot luvattiin käsitellä luottamuksellisesti eikä yksityisen ihmisen henkilöllisyyttä paljastettaisi missään vaiheessa. Lisäksi kerrottiin, että kyselyyn vastaamiseen menee aikaa vain 10 minuuttia

ja tutkimuksen tavoitteena on tuottaa uutta tietoa hammaslääkäreiden koulutuksen kehittämiseen.

5.5 Aineiston analysointi

Aineiston analysointitavaksi valittiin menetelmä, joka tuo parhaiten vastauksen tutkimusongelmiin (Hirsjärvi ym. 2007, 219). Valmiissa aineistossa oli kahdenlaista materiaalia: määrällistä ja laadullista arviointia. Zef-aineisto mahdollisti sen, että aineiston syöttövaiheessa ei syntynyt virheitä. Lomakkeet tarkistettiin eikä niistä hylätty yhtään sen vuoksi, että kysymyksiin oli jätetty vastaamatta. Aineisto järjestettiin tiedon tallennusta ja analyysia varten. Määrällisen aineiston analysointimenetelmänä käytin Excel-ohjelmaa, koska sitä oli helppo käyttää ja ohjelmalla oli paremmat mahdollisuudet muokata tehtyjä pylväsdiagrammeja. SPSS-ohjelmaa ei koettu tarpeelliseksi, koska kysymyksistä saatiin Excel-ohjelmalla olennainen tieto esille laskemalla prosentit. Ristiintaulukointi ei antanut mitään uutta tietoa.

Laadulliselle materiaalille oli omat kysymyksensä, joihin hammaslääkärit vastasivat omin sanoin. Avoimien kysymysten tarkoituksena oli syventää tietoa. Kyselylomakkeen avoimet kysymykset käsiteltiin sisällönanalyysimenetelmää käyttäen (Hirsjärvi ym. 2007, 217-219). Avointen kysymysten aineistosta poimittiin samaa asiaa tarkoittavat ilmaisut ja laskettiin ilmaisujen lukumäärät ja prosenttiosuudet.

Zef-kysely pohjautuu nelikenttäarviointiin, jossa vastaaja arvioi asian tärkeyttä sekä oman suoriutumisen/osaamisen tasoa yhdessä. Y-akselille sijoittuu asian tärkeys, ulottuen ei tärkeästä tärkeään, kun taas oma suoriutuminen/osaaminen kyseisestä asiasisällöstä on sijoitettu x-akselille ulottuen huonosta hyvään. Zef-kyselyissä käytetään prosessia, joka normittaa saadun aineiston keskelle nelikenttää siten, että keskiarvot asettuvat keskelle tauluja ja pisteet hajoavat tasaisesti tauluihin. Tämä normitusprosessi kuuluu Zef-kyselyn kehittäjien suunnitelmaan saada taulukoista luotettavampia ja informatiivisempia (ZEF Parhaat arvioinnin tulokset, eduZEF 2010).

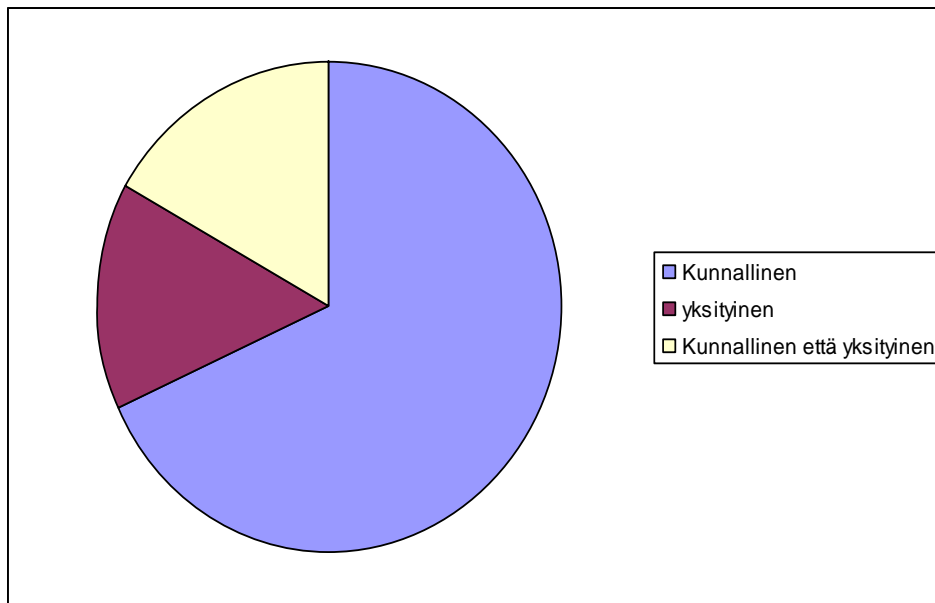
Zef-aineiston avulla saatiin valmiit vastaukset kysymyksiin ja niiden pohjalta tulkittiin tutkimustulokset. Tutkimustulokset esitellään sekä sanallisessa muodossa että kuvioiden ja taulukoiden avulla. Sanallisessa muodossa esitetyissä tuloksissa tuodaan esille tutkimuksen kannalta oleellisia tuloksia sekä tuloksia, joita ei ole tarkoituksenmukaista esittää kuvioin. Erilaisilla kuvioilla pyritään puolestaan havainnollistamaan saatuja tuloksia sekä vertailemaan eri tuloksia (Hirsjärvi ym.2007, 311). Avointen kysymysten tulokset esitetään sekä sanallisessa muodossa että kuvioin. Lopulliset tulokset on esitetty Excel-ohjelman avulla tehdyillä pylväsdiagrammeilla.

6 TUTKIMUSTULOKSET

6.1 Tutkimukseen osallistuminen ja vastaajien taustatiedot

Tutkimukseen osallistui yhteensä 96 hammaslääkärää. Kysely lähetettiin Internetin välityksellä 183 osallistujalle ja vastausprosentti oli 51.

Tutkimukseen osallistujista (n=96) noin kaksi kolmasosaa oli naisia (70 %) ja loput miehiä (30 %) Kunnallisessa hammashoitolassa työskenteli 68 %, yksityisellä 15 % ja kunnallisella sekä yksityisellä 17 % hammaslääkäreistä (Kuvio 1).



KUVIO 1. Hammaslääkäreiden toimipaikka (n=96)

Hammaslääkäreistä 25 oli erikoistunut, heistä 20 kliiniseen hammashoitoon. Kliininen hammashoito sisältää kariologian, parodontologian ja protetiikan ja purentafysiologian. Tutkimuksessa mukana oli kolme kariologia, yhdeksän parodontologia ja kuusi

protetiikan ja purentafysiologian erikoishammaslääkäreitä. Taulukossa 2. on esitetty tutkimukseen osallistuneiden erikoishammaslääkäreiden lukumäärä ja erikoistumisalat.

TAULUKKO 2. Erikoishammaslääkäreiden lukumäärä tutkimuksessa (n=25)

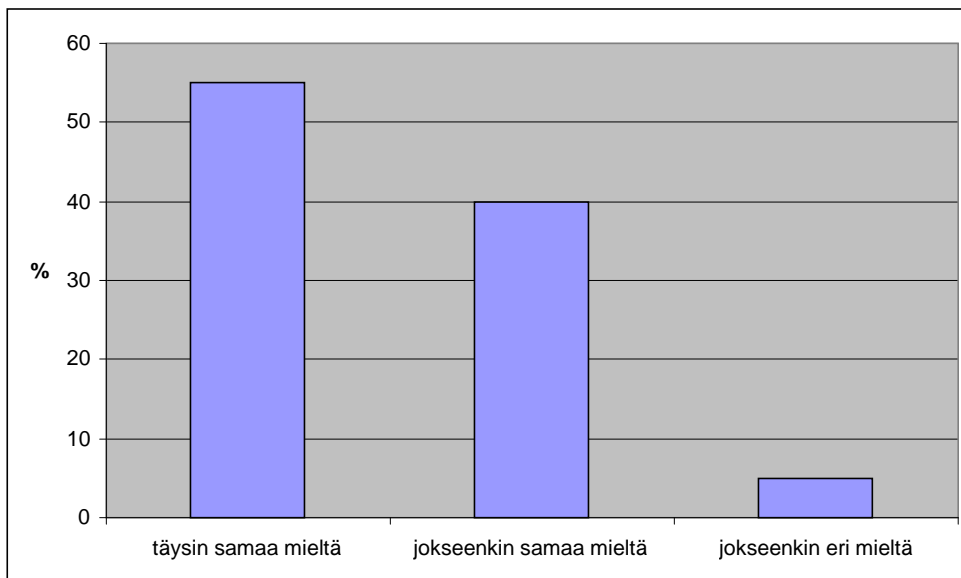
Erikoistumisala	Määrä (n)
Kliininen hammashoito	20
Oikomishoito	2
Suu- ja leukakirurgia	1
Terveydenhuolto	2

Hammaslääkäreitä (n=93) pyydettiin arvioimaan, kuinka monta tupakoivaa potilasta heillä käy prosentuaalisesti vastaanotolla. Hammaslääkärit arvioivat, että heidän vastaanotollaan käyvistä potilaista polttaa tupakkaa keskimäärin 22 %.

Tutkimukseen osallistuneista (n=96) suurin osa (93 %) ei itse tupakoinut. 7 % hammaslääkäreistä poltti itse tupakkaa, keskimäärin 9 savuketta päivässä.

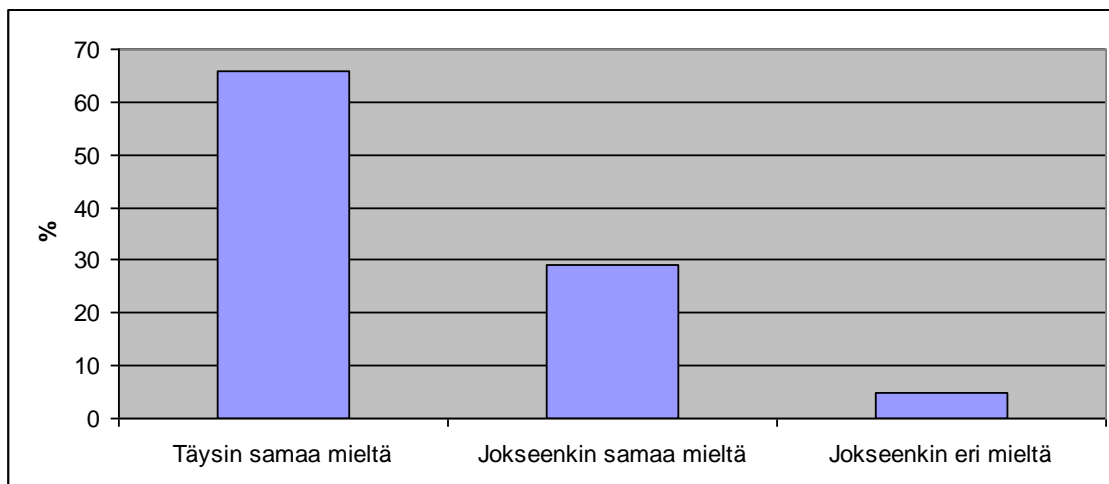
6.2 Hammaslääkäreiden käsityksiä tupakoinnista terveydellisenä riskitekijänä

Tutkimukseen osallistuneista yli puolet (55 %) koki potilaan tupakointiin puuttumisen tärkeäksi ja jokseenkin tärkeäksi kaksi viidestä (40 %) vastaajasta. Jokseenkin eri mieltä tupakointiin puuttumisesta oli 5 %. Täysin eri mieltä ei ollut kukaan vastaajista. (Kuvio 2).



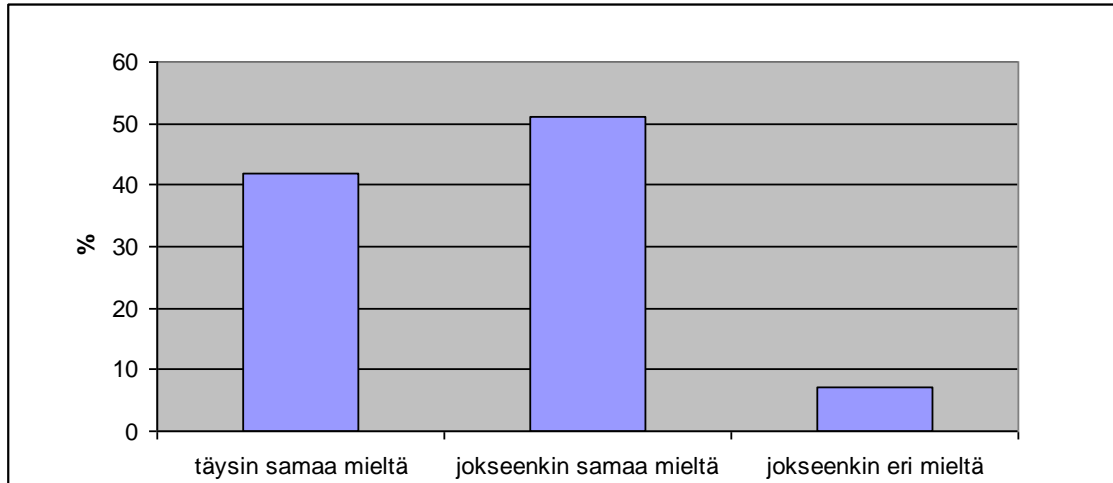
KUVIO 2. Tupakointiin puuttumisen tärkeys (n=96)

Tupakoinnin riskeistä kertominen (n=96) potilaalle oli tärkeää suurimmalle osalle hammaslääkäreistä (66 %) ja osittain samaa mieltä oli vajaa kolmannes (29 %) vastaajista. 5 % hammaslääkäreistä oli sitä mieltä, ettei tupakoinnin riskeistä kertominen ole tärkeää. (Kuvio 3.)



KUVIO 3. Tupakoinnin riskeistä kertominen (n=96)

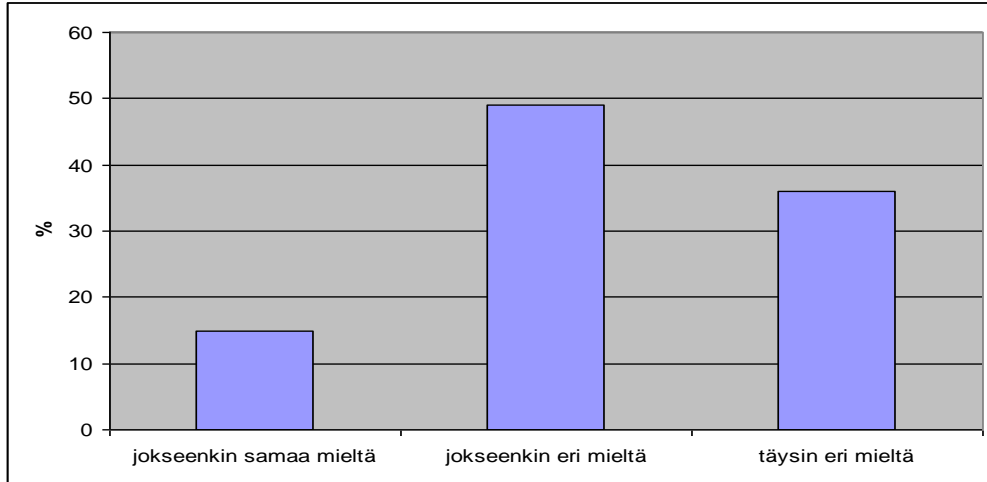
Kaksi viidestä (42 %) vastaajasta koki, että heillä on riittävästi tietoa tupakoinnin aiheuttamista terveyshaitoista ja osittain samaa mieltä oli puolet vastaajista (51 %). Vajaa kymmenesosa (7 %) hammaslääkäreistä oli sitä mieltä, että heillä ei ole riittävästi tietoa tupakoinnin terveyshaitoista.(Kuvio 4).



KUVIO 4. Riittävät tiedot tupakoinnin aiheuttamista terveyshaitoista (n=96)

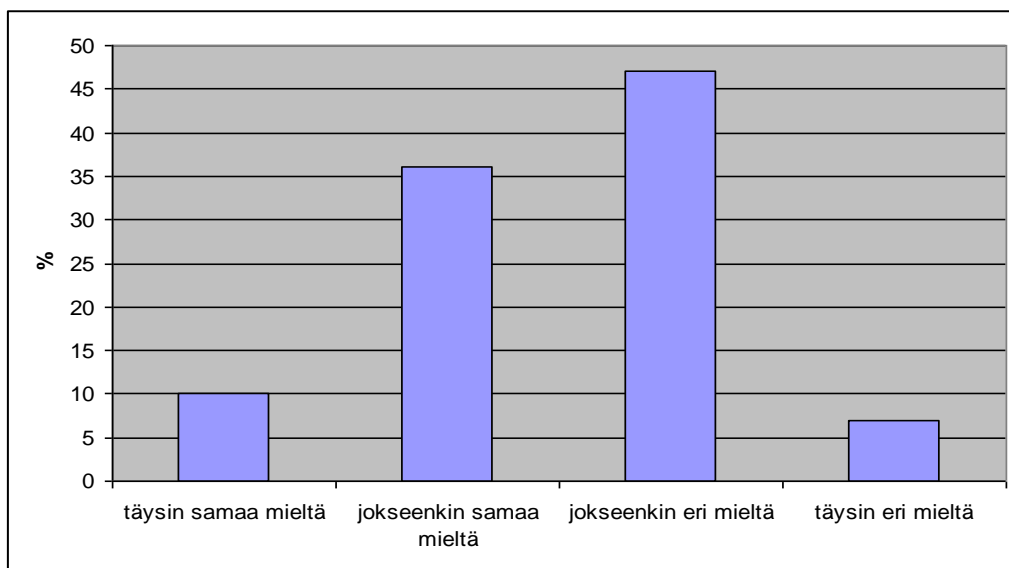
Hammaslääkäreistä (n=96) kaksi viidestä (42 %) oli sitä mieltä, että tupakointi on sairaus, johon kuuluu nikotiiniriippuvuus. Jokseenkin samaa mieltä oli reilu kolmannes (38 %). Jokseenkin eri mieltä oli 16 % vastaajista. Tupakointi ei ole sairaus 4 % mielestä.

Tupakointi on paha tapa/tottumus, jolla ei ole yhteyttä riippuvuuteen -väittämän kanssa jokseenkin samaa mieltä oli melkein kuudesosa (15 %) vastaajista. Vastaajista kolmannes (36 %) oli täysin eri mieltä, vajaa puolet (49 %) oli jokseenkin eri mieltä (Kuvio 5).



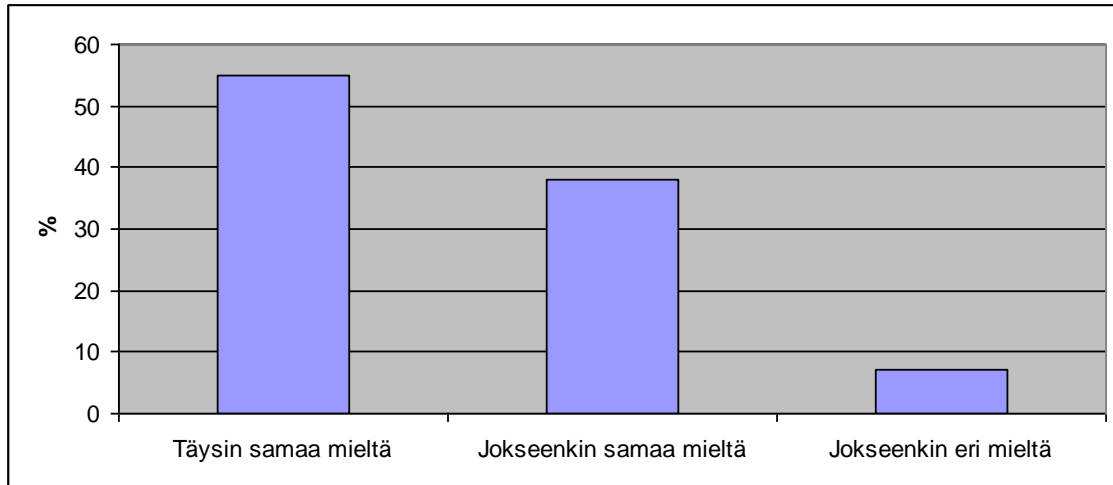
KUVIO 5. Tupakointi on paha tapa/tottumus, jolla ei ole yhteyttä riippuvuuteen (n=96)

Hammaslääkäreistä kymmenesosa (11 %) ei ollut tietoinen siitä, mitä käypä hoito -suositus tupakoinnista, nikotiiniriippuvuudesta ja vieroitushoidoista sisältää. Kaksi viidestä (40 %) oli jokseenkin tietoinen eli jokseenkin samaa mieltä. Reilu kolmasosa (39 %) oli tietoinen käypä hoito -suosituksesta. Kymmenesosa (10 %) hammaslääkäreistä oli täysin tietoinen, mitä käypä hoito -suositus sisältää (Kuvio 6).



KUVIO 6. Tietoisuus Käypä hoito-suosituksen sisällöstä (n=96)

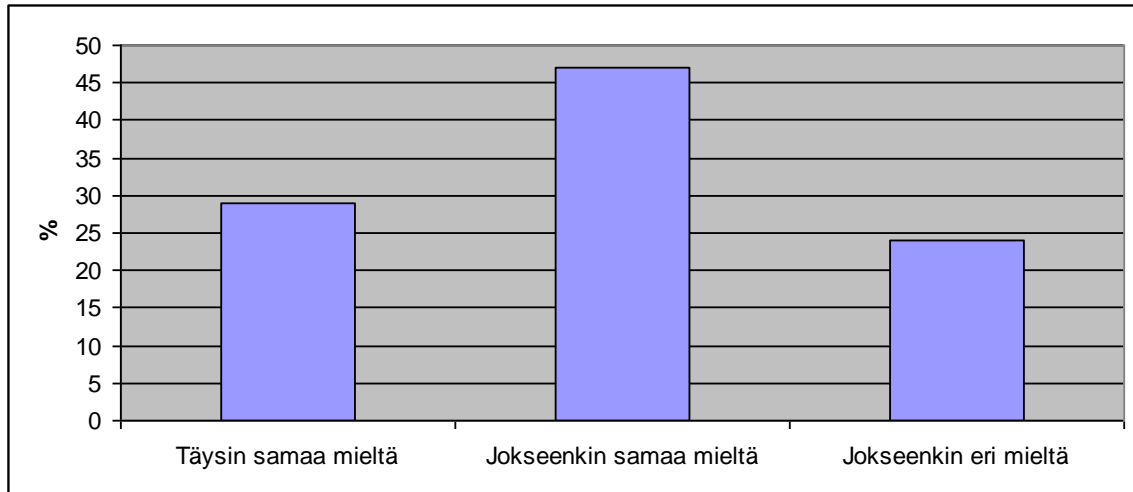
Tutkimuksessa mukana olevista hammaslääkäreistä yli puolet (55 %) pitää antamaansa tupakoinnin lopettamiskehotusta tärkeänä, josta reilu kolmannes (38 %) on jokseenkin samaa mieltä. Vain vajaa kymmenesosa (7 %) ei pidä lopettamiskehotusta tärkeänä (Kuvio 7).



KUVIO 7. Tupakoinnin lopettamiskehotus on tärkeää (n=93)

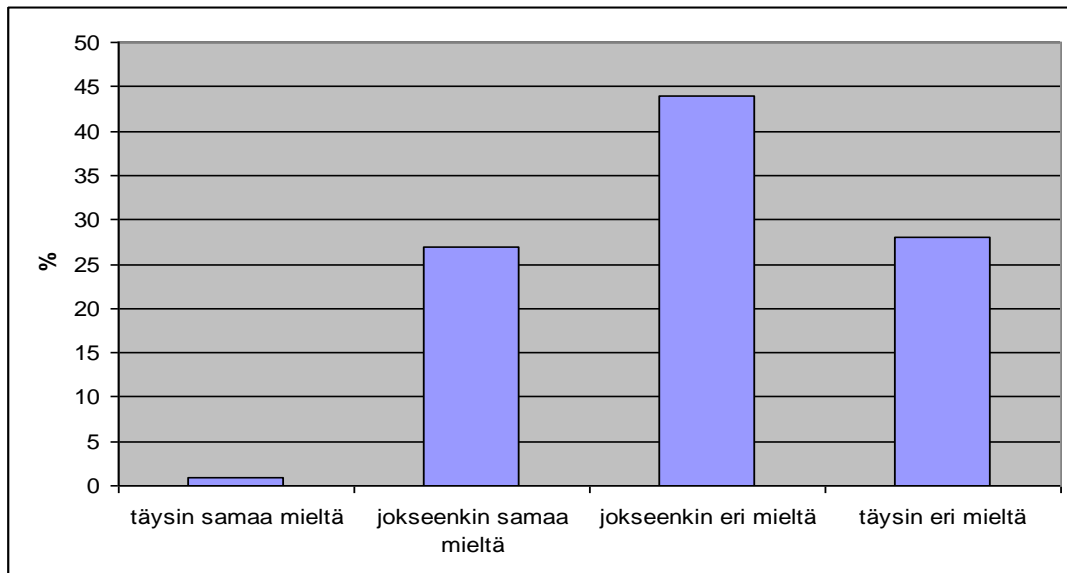
Puolet (51 %) hammaslääkäreistä koki Suomen tupakkalain olevan liian löyhä, vajaa puolet (43 %) oli jokseenkin samaa mieltä. Viidesosa (22 %) koki tupakoinnin huolestuttavasti lisääntyneen Suomessa, reilu kolmasosa (36 %) oli jokseenkin samaa mieltä.

Tupakoinnin vastustustyö kuuluu hammashuollon tehtäviin vajaan kolmanneksen (29 %) mielestä, vajaa puolet (47 %) olivat jokseenkin samaa mieltä, jokseenkin eri mieltä oli neljäsosa (24 %) hammaslääkäreistä (Kuvio 8).



KUVIO 8. Tupakoinnin vastustamistyö kuuluu hammashuollon tehtäviin (n=94)

Neljäsosa (27 %) hammaslääkäreistä oli jokseenkin samaa mieltä siitä, että tupakoinnin puheeksi ottaminen on kiusallista. Vajaa puolet (44 %) vastaajista oli jokseenkin eri mieltä. Vastaavasti reilun neljäsosan (28 %) mielestä tupakoinnin puheeksi ottaminen ei ole kiusallista (Kuvio 9).



KUVIO 9. Tupakoinnin puheeksi ottaminen kiusallista (n=94)

Suurin osa (83 %) hammaslääkäreistä oli sitä mieltä, että tupakan mainostamista ei pitäisi sallia. Puolet (56 %) vastaajista pitäisi savukkeet kalliina, jotta nuoret lopettaisivat tupakoinnin. Jokseenkin samaa mieltä oli yli kolmasosa (37 %) tutkimukseen osallistuneista. Enemmistö tutkimuksen osallistuneista (86 %) oli sitä mieltä, että tupakoinnilla on merkitystä terveyteen, kymmenesosa (12 %) oli jokseenkin samaa mieltä.

Lähes kolmasosa itse tupakoivista hammaslääkäreistä (29 %) koki, että heidän oma tupakointinsa vaikuttaa potilaan tupakointiin puuttumiseen. Suurin osa (71 %) oli sitä mieltä, ettei heidän oma tupakointinsa vaikuta potilaan tupakoinnin puuttumiseen.

Tutkimuksessa mukana olleilta hammaslääkäreiltä kysyttiin, millaisia fyysisiä oireita heidän potilaillaan on tupakoinnista. He saivat vastata kysymykseen avoimesti (Taulukko 3).

Pitkittynyttä, kroonista yskää oli oireista eniten. Useimmilla potilailla on vaikeuksia olla yskimättä hammashoitotoimenpiteen aikana. Muita fyysisiä oireita olivat värjäymät hampaissa, limakalvomuutokset sekä piilevä parodontiitti, joka on usein pitkälle edenneenä vähäoireinen. Tupakoitsijalla on pahanhajuinen hengitys ja hammaskiveä enemmän. Lisäksi tupakoivilla potilailla saattaa olla hengenahdistusta, joka tulee esille selällään maatessa hammashoitotilanteessa sekä (potilaiden) lisääntyntä suun limaisuutta.

TAULUKKO 3. Tupakoinnin fyysiset oireet

Tupakoinnin fyysiset oireet	Määrä (n)
Yskää	23
Värjäytymät hampaissa	16
Limakalvomuutokset	11
Pahanhajuinen hengitys	11
Piilevä parodontiitti	10
Ientulehdus	9
Hammaskiveä enemmän	8
Hengenahdistusta	7
Limaisuutta	5

Lisäksi hammaslääkärit mainitsivat monia muita oireita, mm. haavojen hitaampi paraneminen, huono suuhygienia, yleisterveydelliset ongelmat, plakki ja hengitystieinfektiot.

*”Huono verenkierto parodontaalialueella peittää ongelmia, joista potilas ei yleensä ole tietoinen ennen kuin vauriot tukikudoksissa ovat pitkällä”
... ”reikiintyminen pastillien syömisen seurauksena”*

Kuvattiin myös muita fyysisiä oireita, joita olivat sydämen sykkeen nousu, maku- ja hajuaistin huononeminen, karvakielisyyys ja luukato sekä hermostuneisuus.

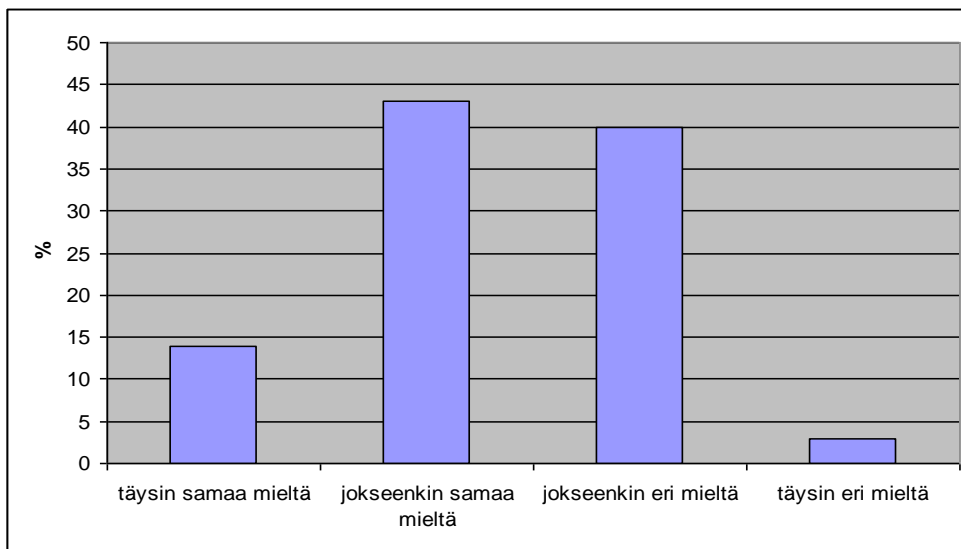
*”vakavimmissa tapauksissa keuhkojen toimintakyvyn heikkenemistä”
... ”suusyöpää, pahimmillaan keuhkohtaumaa...”*

Muutama hammaslääkäri (n=5) mainitsi, etteivät he tiedä tai tunnista tupakoinnin fyysisiä oireita niiden monimuotoisuudesta johtuen.

*”Potilaani ovat suurimmalta osalta 7-18-vuotiaita, jotka eivät oikein itse tunnista tai halua tunnistaa oireita, koska useimpien tupakointi on osaksi vielä kokeilua”
”Potilaani ovat niin nuoria, ettei varmaan vielä mitään, tuskin tupakoivat kovin paljon”*

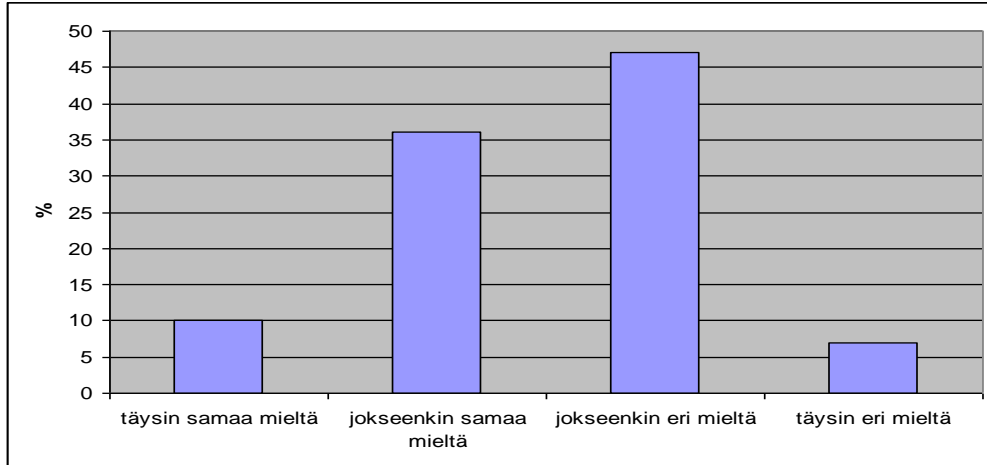
6.3 Hammaslääkäreiden käsityksiä omasta toiminnastaan tupakoinnin lopettamisen tukena

Lähes joka seitsemäs (14 %) vastaaja koki, että heillä on riittävät tiedot tupakan vieroitustyöhön. Jokseenkin samaa mieltä oli reilusti alle puolet (43 %) vastaajista. Jokseenkin eri mieltä oli kaksi viidestä (40 %) hammaslääkäristä ja vain 3 % tutkimukseen osallistuvista koki, ettei heidän tietonsa tupakan vieroitustyöhön ole riittävät (Kuvio 10).



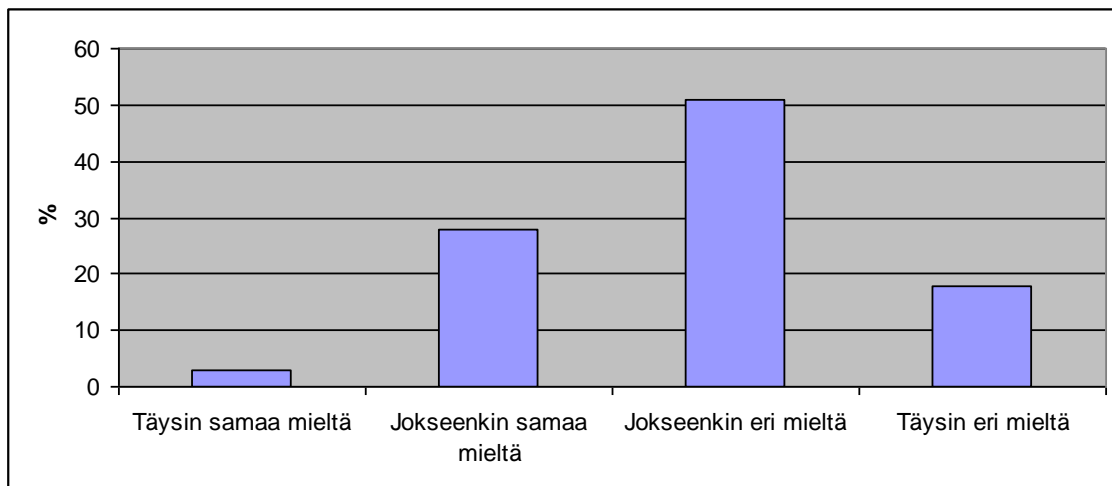
KUVIO 10. Riittävät tiedot tupakan vieroitustyöhön (n=96)

Kymmenesosa (10 %) hammaslääkäreistä koki, että heillä on riittävät ohjaustaidot tupakan vieroitustyöhön. Jokseenkin samaa mieltä oli reilu kolmannes (36 %) vastaajista. Jokseenkin eri mieltä oli lähes puolet (47 %) hammaslääkäreistä. Vajaa kymmenesosa (7 %) koki riittämättömäksi oman tupakan ohjaustaitonsa (Kuvio 11).



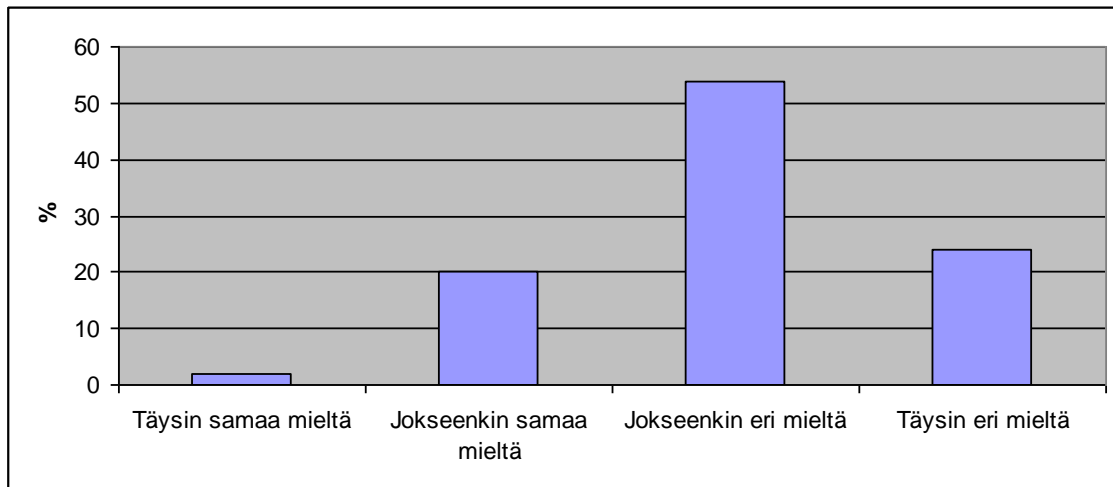
KUVIO 11. Riittävät ohjaustaidot tupakan vieroitustyöhön (n=96)

3 % hammaslääkäristä auttoi potilaita tunnistamaan mahdolliset kriittiset tupakointitilanteet, jokseenkin samaa mieltä oli vajaa kolmannes (28 %). Vajaa viidesosa (18 %) hammaslääkäreistä (n=96) ei auta potilaitaan tunnistamaan tupakointia ylläpitäviä tilanteita. Jokseenkin samaa mieltä oli puolet (51 %) vastaajista (Kuvio 12).



KUVIO 12. Hammaslääkärin opastaminen potilasta tunnistamaan tupakointia ylläpitävät tilanteet (n=96)

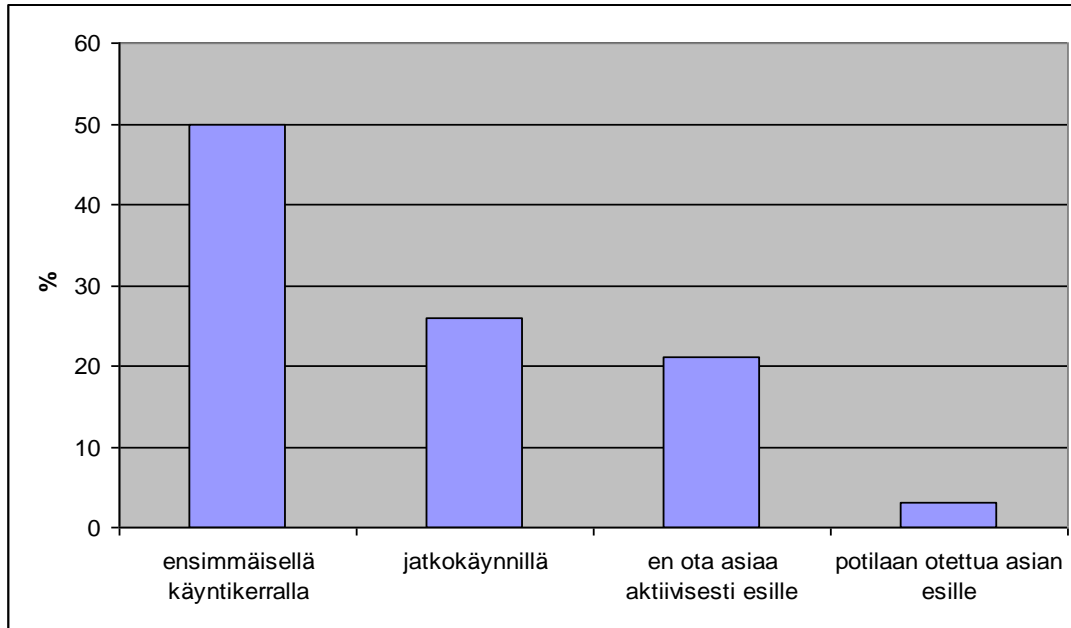
Vain 2 % totesi auttavansa potilastaan suunnittelemaan tupakoinnin ylläpitämisen välttämiseksi erilaisia tilanteita, viidesosa (20 %) oli jokseenkin samaa mieltä. Vajaa neljännes (24 %) tutkimukseen osallistuvista ei auta potilasta suunnittelemaan tupakoinnin ylläpitämisen välttämiseksi tilanteita, puolet (54 %) vastaajista oli jokseenkin samaa mieltä. (Kuvio 13).



KUVIO 13. Hammaslääkärin avustaminen potilaan tupakoinnin välttämiseksi (n=96)

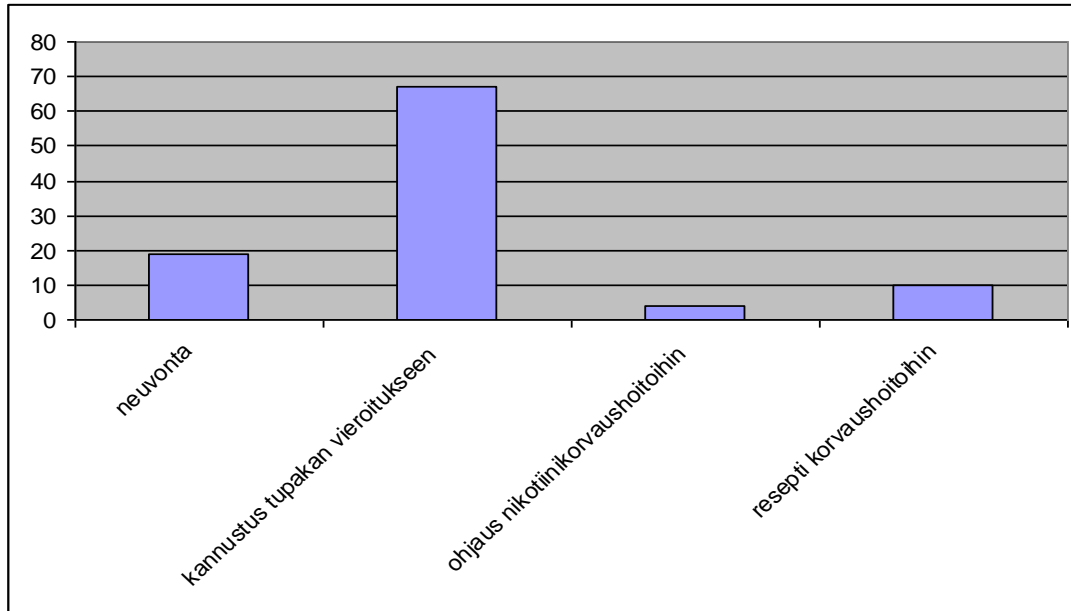
Suurin osa (77 %) hammaslääkäreistä puuttuu tupakointiin keskustelemalla potilaan kanssa ja kirjaamalla tupakoinnin ylös potilaspapereihin. Vajaa neljännes (23 %) osallistuneista ei puutu potilaan tupakoinnin käyttöön, ellei potilas itse ota asiaa esille.

Puolet (50 %) hammaslääkäreistä on ottanut tupakoinnin esille ensimmäisellä käyntikerralla ja neljäsosa (26 %) jatkokäynnillä. Viidesosa (21 %) ei ota aktiivisesti tupakointia esille ja 3 % ottaa tupakoinnin esille potilaan otettua asiaan ensiksi kantaa (Kuvio 14).



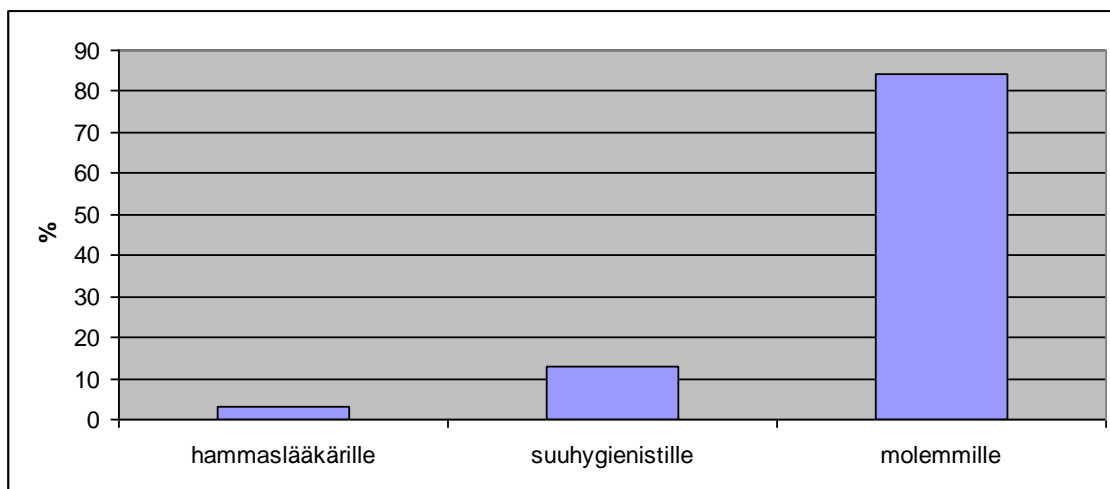
KUVIO 14. Keskustelu tupakoinnista vastaanotolla (n=95)

Kaksikolmasosa (67 %) vastaajista kannusti potilaita tupakan vieroitukseen. Vajaa viidesosa (19 %) neuvoi vieroitukseen liittyvässä asiassa. Kymmenesosa (10 %) kirjoitti reseptin korvaushoitoihin ja vain 4 % ohjasi nikotiinikorvaushoitoihin kuten purukumin, laastarin tai inhalaattorin käyttöön (Kuvio 15).



KUVIO 15. Avun tarjonta tupakan vieroituksessa (n=95)

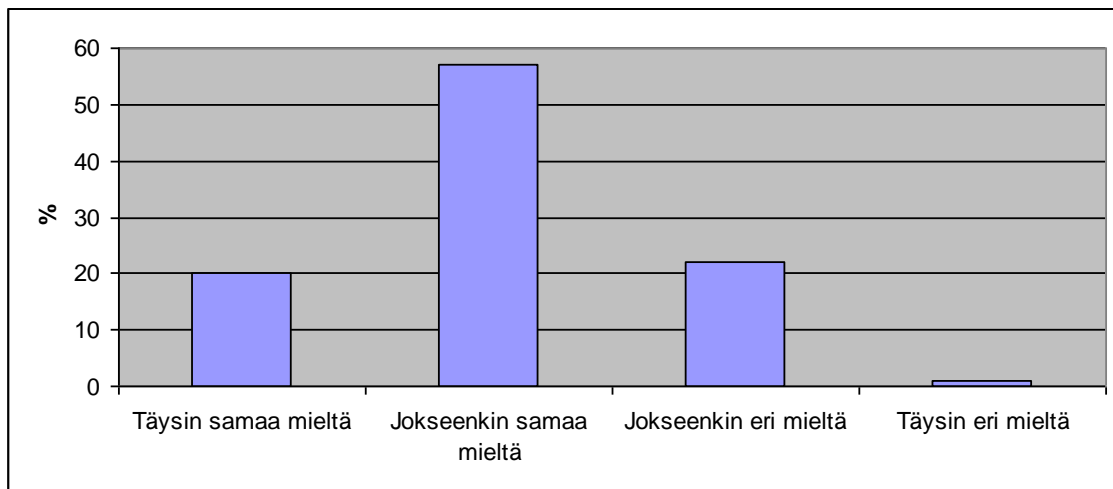
Suurin osa (84 %) oli sitä mieltä, että tupakan vieroitus kuuluu sekä hammaslääkärille että suuhygienistille. Kymmenesosan (13 %) mielestä tupakan vieroitus kuuluu vain suuhygienisteille. Vastaajista 3 %:n mielestä tupakan vieroitus kuuluu pelkästään hammaslääkärille. (Kuvio 16.)



KUVIO 16. Tupakoinnin lopettamisen ohjaus (n=95)

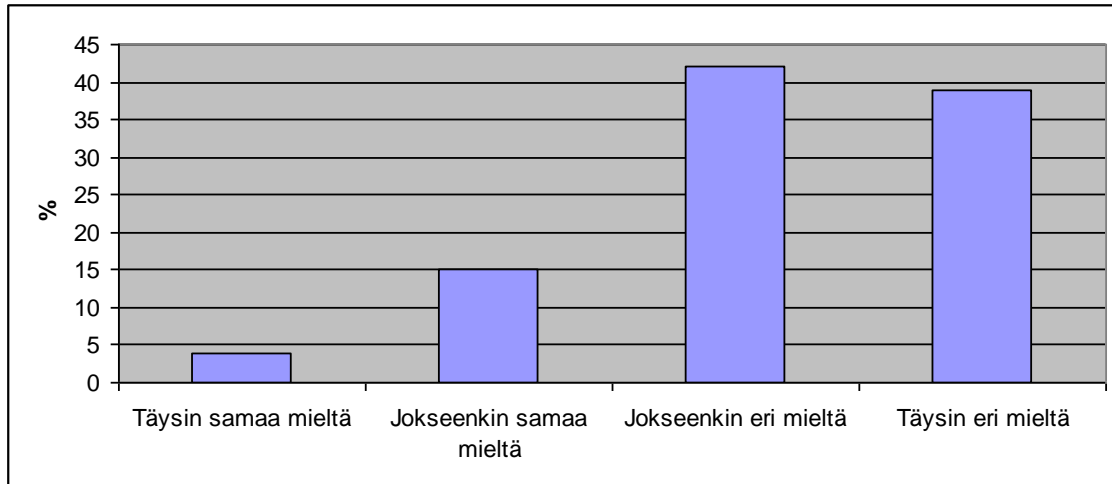
Neljäsosa (26 %) jaksottaa potilaan hoitokäynnit, jotta voi tukea samalla tupakan vieroitusta. Suurin osa (74 %) ei huomioi lainkaan potilaan tupakasta vieroituksen tukemista hoitojakson käynneillä.

Viidesosa (20 %) hammaslääkäreistä on sitä mieltä, että tupakointiin voidaan ratkaisevasti vaikuttaa terveysterveystieteillä. Jokseenkin samaa mieltä on yli puolet (57 %) vastaajista. Asiasta jokseenkin eri mieltä on viidesosa (22 %). (Kuvio 17)



KUVIO 17. Tupakointiin voidaan vaikuttaa terveysterveystieteillä (n=94)

Hammashuollon resurssit eivät reilun kolmanneksen (39 %) mielestä ole riittävät tupakoinnin vastustustyöhön. Vain 4 % hammaslääkäreistä oli sitä mieltä, että resurssit riittävät. Jokseenkin samaa mieltä oli melkein kuudesosa (15 %) vastaajista. (Kuvio 18).



KUVIO 18. Hammashuollon resurssit ovat riittävät tupakoinnin vastustustyöhön (n=94)

Hammaslääkäreiltä kysyttiin avoimen kysymyksen avulla, mitkä taulukossa 4 kuvatuista tekijöistä he kokevat suurimmaksi esteeksi tupakkaneuvonnalle. Ajanpuute ja kiire nousivat suurimmaksi esteeksi. Muita esteitä ovat riittämätön tiedon ja taidon puute, hammaslääkärin oma asenne ja resurssien puute.

TAULUKKO 4. Esteet tupakkaneuvonnalle

Esteet tupakkaneuvonnalle	Määrä (n)
Ajanpuute/kiire	46
Riittämätön tiedon ja taidon puute	17
Asenne	11
Resurssien puute	4

Hammaslääkärit kuvasivat avoimesti suurimpia esteitä tupakkaneuvonnalle. Tässä muutamia lainauksia heidän vastauksistaan:

*”Luulen, että esteitä ei ole olemassa, jos ymmärtää asian tärkeyden ”
 ”... osa hammaslääkäreistä ei usko omiin vaikutusmahdollisuuksiinsa”
 ”esteet ovat ’korvien välissä’”*

”Varattava riittävästi aikaa, ettei valistus jää vain reunahuomautukseksi”
”...tavattoman vaikeaa saada potilasta muuttamaan totuttua tapaa”
Suurimmat esteet hammaslääkärin tupakkaneuvonnalle olivat ajanpuute/kiire, sillä aikaa ei tahdo löytyä vastaanotolta. Työ koetaan toimenpidevoittoiseksi. Ehkäisevää hoitoa ei luokitella toimenpiteeksi, joten siitä ei saa korvausta. Yksityisellä vastaanotolla tupakkaneuvonnasta haluttaisiin selkeä infopaketti ja selvyys siitä miten asiasta laskutettaisiin, sillä ajankäyttö ei ole ilmaista.
”Aikaa ei kerta kaikkiaan ole riittävästi”
”Kunnallisella puolella aikoja potilaalle liian harvoin ja ajat lyhyet”
”Työ on toimenpidevoittoista”
”keskittyminen pääasiallisesti hampaiden hoitamiseen”
”Potilaan asenne: mitä siinä kyselet, tee työsi, siitähän sinulle maksetaan”

Muita esteitä ovat riittämätön tiedon ja taidon puute. Koulutusta kaivataan vieroitushoidoista ja siitä, miten potilaan voisi ohjata hoitoon. Korvaushoidoista tietoa on liian vähän, jotta voisi määrätä lääkityksen. Valistustietojen puute tupakan aiheuttamista vaikutuksista mietityttää. Perusopetuksessa oli tullut liian vähän tietoa tupakan aiheuttamista vaikutuksista suuhun, hampaisiin, tukikudoksiin, leukaluuhun, paranemiseen ja hoitovasteeseen.

*”...pitäisi tehdä kampanja, ensi televisiossa kaikki informaatio ja useampaan kertaan...
...olisi pohja, josta alkaa ja menisi vähemmän aikaa”*

Asenne vaikuttaa monen hammaslääkärin tupakkaneuvontaan. Osa hammaslääkäreistä kokee haluttomuutta puuttua tupakointiin.

”Valistus kuluttaa hammaslääkäreitä ja tupakointi on yksityisasia”

Lisäksi on häveliäisyyttä ja epämiellyttävää ottaa tupakointi esille.

”hammaslääkärit ovat laiskoja ja häveliäitä ottamaan asian puheeksi”
”haluttomuus puuttua ...tupakointi on potilaan yksityisasia”

Muutaman vastaajan mielestä (n=4) tupakointiin puuttuminen ei kuulu hammaslääkärille vaan on suuhygienistin tai lääkärin tehtävä.

” Hammaslääkärin ei tule tänä päivänä tehdä mitään sellaista työtä, jonka joku muu vähemmän koulutettu ihminen voi tehdä...

”Eikö olisi paljon tärkeämpää kaikki valistustyö siirtää suuhygienisteille”

”Tupakointi on toki riski myös suun terveydelle, mutta ehdottomasti suurempi riski muulle elimistölle, joten kuuluu enemmän lääkäripuolelle”

”Puhetyö ei lyhennä jonoja”

Tupakointi otetaan esille, kun sillä on merkitystä potilaan suun terveyden kannalta mm. parodontiitti ja suun limakalvomuutospotilaat. Hammaslääkärit kokevat, että parodontologisesti suuntautuneet hammaslääkärit koetaan kaikkein motivoituneimmiksi tupakkavalistukseen.

6.4 Hammaslääkäreiden käsityksiä tupakoinnin yhteydestä suun terveyteen

Kyselylomakkeessa suun sairaudet osiossa kysyttiin hammaslääkäreiltä kaksi avointa kysymystä, johon he pystyivät vastaamaan vapaasti. Ensiksi kysyttiin tupakoinnin aiheuttamista merkittävimmistä suussa näkyvistä oireista (Taulukko 5).

Hammaslääkäreiden mielestä hampaiden ja limakalvojen värjäymät näkyvät eniten tupakoitsijan suussa. Hampaat, jotka tupakan terva on värjännyt, ovat yleensä keltaiset. Myös kieli värjäytyy. Erilaiset limakalvomuutokset mainittiin toisena oireena. Niihin kuuluvat tummentuneet limakalvot, erilaiset plakiat (leukoplakia) ja lichenoidi muutoksia.

TAULUKKO 5. Tupakoinnin merkittävimmät suussa näkyvät oireet n=87

Suussa näkyvät oireet	Määrä (n)
Värjäymät	50
Limakalvomuutokset	42
Ientulehdus	21
Parodontiitti	17
Hammaskivi	14

Tässä muutamia hammaslääkäreiden kommentteja:

”nuuskasta `norsunnahka`limakalvot”

”mustat ienpapillat”

”...limakalvomuutokset, jotka voivat viitata maligneihin muutoksiin

Ientulehdus voi esiintyä peittyvänä. Ientaskut ovat syventyneet ja ikenen alaista hammaskiveä on runsaasti. Potilaalla voi olla kuivat limakalvot ja ääreisverenkierrosta johtuva limakalvojen hiussuonten supistuminen on voimakasta, joten limakalvot eivät vuoda niin herkästi. Ikenen verenvuodon heikkeneminen voi antaa paremman kuvan parodontiitista, kuin tilanne todellisuudessa on.

”eriasteinen ientulehdus (gingiviitti, hankalin tietenkin parodontiitti ja siitä johtuva hampaiden menetys)”

”karies johtuen tupakan hajun peittämiseksi imeskelyjen karkkien syömisestä”

Muita suussa näkyviä oireita ovat mm. hengityksen pahanhajuisuus (n=7), erilaiset limakalvo-oireet ja ärsytys (n=5), suun kuivuminen (n=3), huono suuhygienia (n=3) ja pehmytkudosten huono paraneminen kirurgisten toimenpiteiden jälkeen (n=3).

Toisessa avoimessa kysymyksessä hammaslääkäreitä pyydettiin vastaamaan tupakoinnin yhteydessä oleviin suun sairauksiin (Taulukko 6).

Reilusti yli puolet vastaajista koki parodontiitin merkittävimmäksi tupakointiin yhteydessä olevaksi suun sairaudeksi. Toisena merkittävänä sairautena mainittiin suusyöpä. Tupakointi on yhteydessä suu- ja huulisyöpään. Muita olivat limakalvomuutokset (leuko- ja erythroplakiat, lichenoidia), ientulehdus ja limakalvosairaudet (Taulukko 6).

TAULUKKO 6. Tupakoinnin merkittävimmät suun sairaudet (n=84)

Tupakoinnin merkittävimmät suun sairaudet	Määrä (n)
Parodontiitti	52
Suusyöpä	35
Limakalvomuutokset	14
Ientulehdus	13
Limakalvosairaudet	10

Suurin osa (87 %) hammaslääkäreistä kokee, että he ovat vastuussa potilaalle antamastaan tiedosta parodontiitista ja sen hoidosta. Tupakointi lisää sairastumisalttiutta parodontiittiin ja vaikuttaa kudostuhon etenemiseen lähes kaikkien (91 %) hammaslääkäreiden mielestä. Suurimman osan (75 %) vastaajista mielestä tupakoinnin määrän lisääntyessä parodontiitin vaikeusaste kasvaa. Lähes kaikki (81 %) olivat sitä mieltä, että parodontiitin ehkäisyä ja hoitoa on motivointi ja rohkaisu tupakoinnista luopumiseen. Tupakoinnin käytön vähentämisellä (73 %) voitaisiin ehkäistä suusyöpää.

7 POHDINTA

7.1 Tutkimustulosten tarkastelua ja johtopäätökset

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvailla hammaslääkäreiden käsityksiä tupakoinnista terveydellisenä riskitekijänä sekä omasta toiminnastaan tupakoinnin lopettamisen tukena ja terveysneuvonnan toteuttajana. Tutkimuksen tavoitteena on, paitsi tuottaa tietoa hammaslääkäreiden toiminnasta tupakoinnin lopettamistyössä, lisätä heidän tietoisuuttaan tupakoinnin vaikutuksesta suun terveyteen ja merkittävästä roolistaan terveyden edistämisen kentällä. Tavoitteena on myös hyödyntää tutkimuksen tuloksia hammaslääkäreiden koulutuksen kehittämisessä.

Tutkimus oli määrällinen tutkimus, johon osallistui 96 henkilöä. Vastaajista naisia oli 70 % ja miehiä 30 %. Hammaslääkärit työskentelivät Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin alueella sekä kunnallisella että yksityisellä toimialueella.

Suurin osa hammaslääkäreistä oli naisia, jotka työskentelivät kunnallisessa hammashoitolassa. Yksityisellä työskenteli 15 % ja loput olivat töissä sekä kunnallisella että yksityisellä. 51 hammaslääkäreistä oli vastannut kysymykseen erikoishammaslääkäriin oikeuksista, joita oli 25 hammaslääkärillä. Heistä suurin osa oli erikoistunut kliiniseen hammashoittoon.

Hammaslääkärit arvioivat prosentuaalisesti vastaanotolla käyneet tupakoivat potilaat. Lähes kaikki olivat kysymykseen vastanneet, vaikka prosentuaalinen arvio voi olla vaikeaa. Hammaslääkärit arvioivat keskimäärin viidesosan potilaistaan tupakoivan. Hammaslääkäreistä vain pieni osa (7 %) poltti itse tupakkaa. Putkon selvityksen mukaan suomalaisia käy vuosittain 67,5 % hammaslääkäriin vastaanotolla, joten heillä on erinomaiset mahdollisuudet toimia aktiivisesti tupakan vastaisessa työssä. Tutkimukseen osallistujat olivat Suomen Hammaslääkäriliiton jäsenrekisteristä poimittuja hammaslääkäreitä. Tutkimuksen mukaan hammaslääkäreistä 6 % poltti tupakkaa, 20 % oli lopettanut tupakoinnin ja 75 % ei ollut koskaan tupakoinut (Putko 2009, 1-22).

7.1.1 Hammaslääkäreiden käsityksiä tupakoinnista terveydellisenä riskitekijänä

Tutkimuksen mukaan tupakointiin puuttuminen ja tupakoinnin riskeistä kertominen koettiin hammaslääkäreiden keskuudessa tärkeäksi. Vajaa puolet tutkittavista on saanut riittävästi tietoa tupakoinnin aiheuttamista terveyshaitoista. Hammaslääkäreistä suurimman osan mielestä tupakointi on sairaus, johon kuuluu nikotiiniriippuvuus. Reilu kymmenesosa oli sitä mieltä, että tupakointi on paha tapa/tottumus, jolla ei ole yhteyttä riippuvuuteen. Riippuvuus voi olla nuorille ajankohtainen este tupakoinnin lopettamiselle, sillä nikotiini muokkaa keskushermoston pysyvää toimintaa nopeasti. Osalla nuorista on havaittu esiintyvän merkkejä riippuvuudesta kuten vieroitusoireita ja tupakkahimoa jo ensimmäisten tupakointiviikkojen aikana (DiFranza 2008, 82-87).

Hammaslääkäreistä lähes puolet oli tietoisia, mitä tupakoinnin käypä hoito -suositus sisältää. Hammaslääkäreiden keskuudessa ko. suosituksen noudattamista tai tunnettavuutta ei ole selvitelty. Vuonna 2006 ja 2007 tehdyssä kyselytutkimuksessa apteekissa työskentelevät tunsivat Käypä hoito -suosituksen (45 %) paremmin kuin terveydenhoitajat (36 %) tai perusterveydenhuollon lääkärit (25 %). Mitä paremmin ammattilaiset tuntevat em. suosituksen, sitä paremmin he toimivat sen mukaan. Käypä hoito -suosituksen tunteminen lisää luottamusta omaan osaamiseen (Sandström ym. 2009, 21-23).

Hammaslääkäreiden antamaa tupakoinnin lopettamiskehotusta pidettiin tärkeänä. Hammaslääkärin toiminnalle eettisen perustan muodostavat eettiset arvot ja Hippokrateen vala. Pitkäsen (2007, 28-29) tutkimuksen mukaan hammaslääkärit pitävät tärkeänä työssään potilasta ja hänen hyvää hoitoa. Potilastyössä onnistuminen on siis tärkeää. Terveyden edistämisen tehtävänä on mahdollisuuksien tarjoaminen tupakasta selviytymiseen ja arjen hallintaan (Koskinen-Ollonqvist ym. 2007, 13).

Tutkimuksen mukaan puolet tutkittavista piti Suomen tupakkalakia liian löyhänä. Viidenneksen mielestä tupakointi on huolestuttavasti lisääntynyt Suomessa. Tupakoinnin vastustamistyö kuuluu kolmanneksen mielestä hammashuollon tehtäviin.

Suurin osa tutkittavista koki, ettei tupakoinnin puheeksi ottaminen ole kiusallista ja vastaavasti kolmannes koki sen kiusalliseksi. Viidesosan mielestä tupakointiin voidaan ratkaisevasti vaikuttaa terveysneuvonnalla. Wynen ym. (2006, 35-43) mukaan hammaslääkärit kokevat ammattitaitonsa puutteelliseksi tupakoinnin vieroituskysymyksissä. Puutteena pidetään vähäistä kokemusta tupakoinnista keskusteluista potilaiden kanssa. Lisäksi esiintyy riittämättömiä tietoja esimerkiksi nikotiinikorvaushoidon periaatteista, hoidossa käytettävistä lääkkeistä ja muista menetelmistä vieroituksessa (Wyne ym. 2006, 35-43).

Suun terveydenhuollon asenteet tupakasta vieroitukseen ovat pääosin myönteiset. Käytännön työssä aktiivisuus on kuitenkin vaatimatonta (Sandström 2009, 25) Pohjanmaalla tehdyssä Kentalan tutkimuksessa (2005, 1114-1123) hammashuoltajat ja hammashoitajat uskoivat hammaslääkäreitä enemmän yleisen terveysneuvonnan tehoon. Kentalan tutkimuksen (2007, 45) mukaan suurin osa hammaslääkäreistä piti tupakoinnin ennaltaehkäisyä tärkeänä tekijänä omassa työssään.

Suurin osa hammaslääkäreistä ei sallisi tupakoinnin mainostamista. Puolet tutkittavista pitäisi savukkeet kalliina, jotta nuoret lopettaisivat tupakoinnin, sillä tupakoinnin terveyshaitoilla on merkitystä terveyteen. Yhteiskunnallisella tasolla nostamalla tupakan hintaa pystytään vähentämään tehokkaasti erityisesti nuorten tupakointia (Ding 2005, 37-44). Yleiset tupakointikiellot ja savuttomat elinympäristöt tukevat savuttomuutta koko elämänkaarella (Hatsukami ym. 2008, 2027-2038).

Kolmasosa hammaslääkäreistä oli sitä mieltä, että heidän oma tupakointitapansa vaikuttaa potilaan tupakointiin puuttumiseen. Kuitenkin suurin osa hammaslääkäreistä oli sitä mieltä, ettei oma tupakointi vaikuta potilaan tupakoinnin puuttumiseen. Sandströmin ym. (2009,24) tutkimuksen mukaan tupakointiin liittyvää koulutusta saaneet lääkärit ja hammaslääkärit puuttuivat asiakkaiden tupakointiin 1,5-2 kertaa useammin kuin koulutusta vaille jääneet. Lisäksi he sopivat useammin tupakoinnin lopettamispäivästä ja kontrolliajasta sekä tarjosivat itseopiskelumateriaalia ja lääkkeellistä hoitoa.

Terveydenhuoltolainsäädännössä useat eri lait takaavat sen, että potilas-lääkäri-suhteessa hammaslääkäri toimii roolissaan yhteiskuntamme arvomaailman mukaisesti (Pitkänen 2003, 15-21). Kentalan tutkimuksen mukaan (2007, 45) hammaslääkäreiden omat tupakointitavat heijastuvat selvästi heidän asenteissaan tupakointikysymyksiin ja terveystkasvatukseen. Tupakoitsijat ovat myös kriittisempiä tupakkalakia kohtaan kuin ei-tupakoitsijat.

7.1.2 Hammaslääkäreiden käsityksiä omasta toiminnastaan tupakoinnin lopettamisen tukena

Puolet tutkimuksessa mukana olevista koki saavansa riittävästi tietoa tupakan vieroitustyöhön ja heillä oli omasta mielestään riittävät ohjaustaidot. Riittämättömäksi ohjaustaitonsa koki vajaa kymmenesosa. Vajaa puolet tutkimukseen osallistuvista ei auta potilaita tunnistamaan tupakointiin liittyviä tilanteita eivätkä hammaslääkärit suunnittele potilaiden kanssa tupakoinnin ylläpitämistä välttäviä tilanteita.

Suurin osa hammaslääkäreistä puuttuu potilaansa tupakointiin keskustelemalla ja kirjaamalla sen ylös potilaspapereihin. Viidesosa ei puutu tupakointiin, ellei potilas ota asiaa esille. Puolet hammaslääkäreistä otti tupakoinnin esille ensimmäisen käynnin aikana, neljäsosa jatkokäynnillä ja viidesosa ei ottanut asiaa aktiivisesti esille ja vain kolme hammaslääkäriä otti tupakoinnin esille potilaan omasta aloitteesta. Tutkimuksen mukaan potilasta kannustetaan tupakan vieroitukseen. Viidesosa neuvoi vieroitukseen liittyvissä asioissa. Neljä hammaslääkäriä ohjasi nikotiinikorvaushoitoihin ja yhdeksän vastaajaa kirjoitti reseptin korvaushoitoihin.

Tupakan vieroitus kuuluu tutkimuksen mukaan sekä hammaslääkärille että suuhygienistille. Kolmen hammaslääkärin mielestä vieroituksen ohjaus kuuluu vain heille. 12 vastaajaa oli sitä mieltä, että ohjaus kuuluu suuhygienistille. Hammaslääkäreille on tärkeää ammatillinen autonomia, sillä he arvostavat käytännönläheistä toimintaa ja itsenäisyyttä (Champers 2001, 1430-1439). Ammattiroolin keskeisemmät periaatteet tutkimuksen mukaan olivat oikeudenmukaisuus, tasa-arvo, rehellisyys, eettisyys ja humanismi. (Pitkänen 2007, 28-29). Hyvällä hammashoitotiimin yhteistyöllä, johon

Terveyskeskustelu ammatillisena toimintana edellyttää työntekijän haastattelutaitojen jatkuvaa harjaannuttamista ja kykyä ymmärtää, että toiminnasta seuraa aina jotain. Tämä edellyttää asiakkaan tuntemista, kiinnostusta yksilön tilanteeseen ja halua selvittää, mistä on kyse. Terveyskeskustelun lähtökohtana oleva asiakkaan tunteminen voi jäädä saavuttamatta, mikäli asiakas ei halua kertoa asioistaan. (Hirvonen ym. 2002, 237-239.)

Yli puolet vastaajista koki hammashuollon resurssit riittäviksi tupakoinnin vastustustyöhön. Luku on suurempi kuin Kentalan tutkimuksessa (2007, 46), jossa vain 35 % hammaslääkäreistä koki hammashuollon resurssit riittäviksi. Kentala (2007, 51) mainitsi myös potilaalle annettavan materiaalin puutteen ja hammaslääkäreiden epävarmuuden antaa neuvoja tupakoinnista. Ajanpuute ja epävarmuus hammaslääkärin taidoista vaikuttavat siihen, kuinka he voivat avustaa potilaita tupakoinnin lopettamisessa.

Hammaslääkäreillä on rooli tupakoinnin lopettamisen neuvonnassa. Samoihin tuloksiin tuli Kentala (2007) omassa tutkimuksessaan. Tupakoinnin lopettamisessa on tärkeää luoda katkeamaton hoitopolku. Hoitopolussa on oltava toimiva palautejärjestelmä terveydenhuollon eri ammattiryhmien välillä. Tupakoinnin lopettamistyö kannattaa sitoa tupakoivan potilaan kokonaisarvioon, jotta tupakoinnista keskusteleminen ja lopettamiseen kannustaminen ja tukeminen ovat osana jokaisen tupakoivan hoitoa. Kirjaamiskäytännöistä, seurannasta ja palautteesta pitää sopia etukäteen (Sandström ym. 2009, 11, 28).

Tutkimuksen mukaan suurimmat esteet hammaslääkärin tupakkaneuvonnalle olivat ajanpuute/kiire, tarvittavan tiedon ja taidon puute, asenne ja resurssit. Francken (ym.2008, 38) mukaan amerikkalaisessa tutkimuksessa organisaation johdon ja vertaisten antama tuki, riittämätön henkilöstömäärä ja ajanpuute olivat suurimmat esteet tupakan vieroitukselle. Ajanpuutetta pidettiin suurimpana haasteena tupakan vieroitustyölle niin perusterveydenhuollon lääkäreiden, terveydenhoitajien, apteekkilaisten kuin hammaslääkäreiden keskuudessa (Fiore ym, 2008, Stacey ym. 2006, 109-113, Vogt ym,

2005, 1423-1431). Suun terveydenhuollossa kansainvälisen tutkimuksen mukaan esteitä tupakan vieroitustyölle olivat myös puutteellinen vieroitusosaaminen ja kannustimien puute (Stacey ym. 2006, 109-113).

Aikuisväestön suun terveydenhuollon palvelujen käyttö on lisääntynyt terveystieteissä 2000-luvulla, kun samanaikaisesti lasten ja nuorten suun terveydenhuollon käyttö on vähentynyt. Yksityisiä hammaslääkäripalveluja käytti noin miljoona suomalaista vuonna 2008. Oulun läänissä oli vuonna 2008 eniten terveystieteissä suun terveydenhuollon asiakkaita ja palveluja käytettiin eniten suhteutettuna väestöön (Tilastoraportti 17/2009, 1-8).

Vaikka hammaslääkärit tietävät tupakoinnin haitalliset vaikutukset, he eivät tunne Kentalan (2007, 51) mukaan itseään varmaksi keskustellakseen tupakointiin liittyvistä kysymyksistä potilaan kanssa. Monet hammaslääkärit kokivat, että on tarkoituksenmukaista kysyä potilaan tupakoinnista. Kuitenkaan hammaslääkärit eivät suunnitelmallisesti kysy potilaansa tupakoinnista.

Johtopäätöksenä voidaan todeta, että tupakoinnin lopettamisen tukeminen on tärkeä asia, johon tulee saada koulutusta. Koulutusmateriaalia ja vieroituspalveluita tulisi järjestää helpommin saatavaksi mm. hyödyntämällä Internetiä. Henkilöstölliset koulutuksien resurssit tulisi myös työnantajan taata.

7.1.3 Hammaslääkäreiden käsityksiä tupakoinnin yhteydestä suun terveyteen

Hammaslääkärit kuvasivat runsaasti tupakoinnin fyysisiä oireita potilailla. Kroonista yskää oli eniten ja värjäytymiä hampaissa. Muita oireita olivat limakalvomutokset, pahanhajuinen hengitys, piilevä parodontiitti ja ientulehdus. Hammaskiveä oli enemmän kuin tupakoimattomilla, myös hengenahdistusta ja limaisuutta. Bruno-Ambrosiuksen ja kumppaneiden (2005, 190-196) tutkimuksen mukaan ruotsalaisten teini-ikäisten tyttöjen huonot syömistavat ja tupakointi liittyivät merkittävästi kariesin kasvuun. Fyysiset ja psyykkiset vieroitusoireet ovat pahimmillaan ensimmäisellä viikolla tupakoinnin

lopettamisesta. Oireet lievenevät asteittain pääosin 2-4 viikon kuluessa. Oireiden voimakkuudessa ja hiipumisessa on yksilöllisiä eroja, sillä joillakin oireiden loppuminen voi kestää kuukausia (Hatsukami ym.2008, 2027-2038). Hammaslääkärit pitivät tupakointiin puuttumista ja sen riskeistä kertomista tärkeänä.

Kentalan (2007, 44-48) tutkimuksen mukaan nuorten tupakointi näyttää olevan merkittävä tekijä parodontaali-sairauksien hoidon tarpeen kannalta. Tupakoivilla nuorilla parodontaali-sairauksien hoidon tarve oli 1.6-2.0 -kertainen tupakoimattomiin verrattuna. Bergströmin (2003, 107-113) mukaan parodontiitin puhkeaminen ja eteneminen oli 1.4-20-kertainen tupakoitsijoilla verrattuna ei tupakoitsijoihin. Tupakoinnin määrän lisääntyessä parodontiitin vaikeusaste kasvaa. Motivointi ja rohkaisu tupakoinnista luopumiseen on ko. sairauden ehkäisyä ja hoitoa.

Lähes kaikki hammaslääkärit olivat sitä mieltä, että he ovat vastuussa potilaalle antamastaan parodontiittiin ja sen hoitoon liittyvästä tiedosta. Vastaajat tiesivät, että tupakointi lisää sairastumisalttiutta parodontiittiin ja vaikuttaa kudostuhon etenemiseen.

Johtopäätöksenä voidaan todeta, että hammaslääkärit pitivät suun terveyden edistämistä tärkeänä. Parodontiitin ehkäisyä ja hoitoa on motivointi ja rohkaisu tupakoinnin lopettamiseen. Tupakoinnin käytön vähentämisellä voitaisiin ehkäistä suusyöpää. Tupakoinnin ja suun sairauksien yhteydestä halutaan lisää tietoa. Ennalta ehkäisevä ja terveyttä edistävä työ voisi olla tulevaisuudessa enemmän esillä hammaslääkäreiden työssä. Hammaslääkäreille tulisi antaa koulutuksen kautta valmiuksia ottaa potilaan tupakointi esille ja sen yhteys suun terveyteen.

7.2 Tutkimuksen luotettavuus

Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida kahdesta näkökulmasta. Reliaabelius tarkoittaa tutkimuksen kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia ja validius tarkoittaa tutkimuksen kykyä mitata sitä, mitä tutkimuksessa on tarkoitus mitata. Myös objektiivisuutta eli puolueettomuutta pidetään tärkeänä. Reliaabelius ja validius

muodostavat yhdessä tutkimuksen kokonaisluotettavuuden. Reliabiliteetti arvioi tutkimustulosten pysyvyyttä ja tarkkuutta tai tutkimuksen toistettavuutta tutkimuksesta toiseen. Tutkija arvioi tutkimuksen suorittamisen aikana mittaukseen liittyviä asioita ja tarkkuutta tutkimuksen toteutuksessa. Tutkimuksen validius eli luotettavuus liittyy käytetyn mittarin rakentamiseen ja toimintaan eli miten onnistuneesti tutkija on kyennyt siirtämään tutkimuksessa käytetyn teorian käsitteet ja ajatuskokonaisuuden lomakkeeseen eli mittariin. Lisäksi luotettavuutta kuvaa se, kuinka hyvin kysymykset antavat vastauksia asetettuihin tutkimusongelmiin (Hirsjärvi ym. 2007, 226-228, Vilka 2007, 149-152, Heikkilä 2005, 19-21, 186).

Tutkimus on luotettava ja tarkka, kun toistetussa mittauksessa saadaan sama tulos riippumatta tutkijasta. Tutkimuksen tarkkuudella tarkoitetaan, että tutkimukseen ei sisälly satunnaisvirheitä (Metsämuuronen 2000, 50, Vilka 2007, 149). Tutkimuksen reliabiliteettia parannettiin siten, että kyselyyn laadittiin selkeät ja yksiselitteiset vastausohjeet, jotka tulivat osittain ZEF-kyselyn mukana automaattisesti. Näin pystyttiin minimoimaan sattumanvaraisten tulosten mahdollisuus. Ohjeiden avulla pyrittiin estämään systemaattiset virheet, sillä niiden syntyminen aineiston keräämiseen liittyvästä tekijästä olisi vaikuttanut tutkimuksen luotettavuuteen heikentävästi (Heikkilä 2005, 186). Tutkimuksen ulkoista reliabiliteettia saattoi heikentää vastausolosuhteet, sillä hammaslääkäreillä on vastaanottoajat täynnä ja kyselyihin on vastattava yleensä työajan ulkopuolella. Kyselylomake saattoi myös olla liian pitkä.

Tutkimuksen hyvällä asetelmalla ja oikealla käsitteen muodostuksella sekä teorian johtamisella että otannalla voidaan varmistaa ja parantaa tutkimuksen validiteettia (Metsämuuronen 2000, 50,41). Validiteettia pyrittiin parantamaan suorittamalla esitestaus ennen varsinaista tutkimusta, minkä perusteella selvitettiin, vastaako kyselylomake asettamiini tutkimusongelmiin. Esitestauksen jälkeen yhtä kysymystä muutettiin ennen tutkimuskyselyn lähettämistä.

Mittarin käsitteiden määrittelyssä pyrittiin huolellisuuteen. Mittari mittaa väärää asiaa, jos käsitteiden muokkaaminen mittariksi epäonnistuu (Metsämuuronen 2000, 15).

Mittaria rakentaessa hyödynnettiin samantyyppisiä mittareita. Tutkimuksen vastausprosentti oli 51. Tutkimuksen kokonaiskato jäi kahden karhuamiskierroksen jälkeenkin turhan suureksi. Tämä saattaa heikentää tutkimuksen luotettavuutta sillä kadon suuruus merkitsee sitä, että vastausten jakauma on vino (Anttila 2006, 183).

7.3 Tutkimuksen eettinen näkökulma

Tutkimuksen eettiset kysymykset liittyvät keskeisesti tutkimuksen osallistumisen vapaaehtoisuuteen ja tutkimuksen osallistuvien tietoon tutkimuksen tarkoituksesta ja tietojen käytöstä ja raportoinnista. Ihmisarvon kunnioittaminen oli tutkimuksen lähtökohtana. Osallistuneille lähetetyssä saatekirjeessä kerrottiin tutkimuksen tarkoitus. Ihmisten itsemääräämisoikeutta kunnioitettiin tässä tutkimuksessa sillä, että ihmisille annettiin mahdollisuus päättää, haluavatko he osallistua tutkimukseen. Kyselyyn vastaaminen oli vapaaehtoista ja jokaisella oli oikeus keskeyttää tutkimus missä tahansa vaiheessa. Vastaajien henkilöllisyys ei tule missään tutkimuksen vaiheessa ilmi, eikä vastauksista voida tunnistaa yksittäistä vastaajaa. Lisäksi kerrottiin, että vastauksia käytetään ainoastaan tähän tutkimukseen ja kyselylomakkeet tuhotaan tutkimusraportin valmistuttua. Hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti kyselyyn osallistuneiden nimet tai muut henkilötiedot eivät tule kenenkään ulkopuolisen tietoon ja säilyvät tuntemattomina koko tutkimuksen ajan (Vilka 2007, 164).

Tutkimuksen jokaisessa vaiheessa on otettu huomioon eettisesti hyvän ja luotettavan tutkimuksen periaatteet. Tutkimus on suunniteltu, toteutettu ja raportoitu hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti. Tutkimuksen jokaisessa vaiheessa on mietitty eettisiä ratkaisuja aina tutkimusmenetelmän valinnasta tutkimusraporttiin saakka. Säännöllinen ohjaus lisäsi tutkimuksen eettisyyttä, sillä ohjauksessa korjattiin mahdolliset tutkimuksen virheet ja heikkoudet. Tutkimuksella ei ole tilaajaa eikä rahoittajaa, joten ristiriitoja ei syntynyt tutkimusta tehtäessä. Tutkija pyrki objektiivisuuteen ja huolellisuuteen koko tutkimuksen ajan. Tutkimustuloksia esiteltäessä tutkija mietti tarkkaan kirjoitustyyliä ja asioiden esittämistapaa. Tutkija huomioi, että julkaistut tutkimustulokset eivät loukkaa tai vahingoita tutkimukseen osallistuneiden elämää millään tavalla (Vilka 2007, 164).

Tutkimusraportin kirjoittamisessa on noudatettu Oulun seudun ammattikorkeakoulun kirjallisen raportin ohjeita (Vilkkä 2007, 97, 164).

Tutkimusta tehtäessä tutkijan tuli huomioida Henkilötietolaki 1999/523 ja Laki viranomaisten toiminnan julkisuudesta 1999/621. Lainsäädännöllä säädellään sitä, että henkilötietoja kerätään, käytetään, säilytetään ja luovutetaan asianmukaisella tavalla (Kuula 2006, 79). Tietosuojalla tarkoitetaan sitä, että tutkija kunnioittaa ihmisen yksityisyyttä ja velvoittaa hänet huolehtimaan siitä, että tutkittavien yksityisyyden suoja ei loukata ja henkilötiedot suojataan muuttamalla ne tunnistamattomiksi. Näin asiattomat eivät pääse käsiksi henkilötietoihin ja käyttämään niitä väärin (Kuula 2006, 64).

Suomen henkilötietolakia tulee noudattaa, kun tutkimuksessa käytetään Internet- ja sähköpostiaineistoja. Tunnisteellisten tietojen kerääminen Internetissä tai sähköpostitse tutkimusaineistoksi edellyttää tutkimuslupaa (Kuula 2006, 193, 178). Ihmisten itsemääräämisoikeutta kunnioitettiin ja heitä kohdeltiin rehellisesti. Tutkimuksen osallistuvilta pyydettiin suostumus osallistumisesta asianomaiselta itseltään (Kuula 2006, 178). Heillä oli oikeus tietää tutkimuksesta ja siitä, miten heidän osallistumisensa vaikuttaa tutkimukseen. Oulun kaupungin hammaslääkäreille kerrottiin saatekirjeessä, että tutkimuslupa oli saatu hammashuollon palvelupäälliköltä ja heidän yhteystietonsa, mm. nimensä ja sähköpostiosoitteensa. Tutkittavia informoitiin tutkimuksesta etukäteen. Tähän tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista ja tutkittavilla oli mahdollisuus kieltäytyä ja keskeyttää tutkimus niin halutessaan. Oma eettisyyteni tutkijana näkyi siinä, että ZEF-ohjelmisto oli suojattu, joten tutkimuslomakkeeseen pääsi vain minun tunnuksillani. Loppuraporttia kirjoittaessani säilytin sitä omalla koneellani ja muistitikullani.

7.4 Jatkotutkimusehdotukset

Terveystieteiden edistämisen merkitys on korostunut viime vuosina. Asiaa voisi lähestyä kvalitatiivisen tutkimuksen näkökulmasta ja syventää tietoa lisää. Hammaslääketieteen opiskelijoiden mielipiteitä koskeva tutkimus tupakoinnista hammaslääketieteen

perusopetuksessa olisi hyvä jatkotutkimusaihe. Näin voisi vertailla opiskelijoiden ja hammaslääkäreiden mielipiteitä toisiinsa. Mukaan voisi ottaa myös suuhygienistien mielipiteet.

Ammattilaisten antamalla tuella on myönteinen vaikutus lopettamispäätöksen tekemiseen ja yrityksen onnistumiseen. Terveystieteiden ammattilaisten tulee lisätä aktiivisuuttaan tupakointiin puuttumisessa. Puuttumisessa tarvitaan herkkyyttä vuorovaikutustilanteessa, kykyä motivoivaan keskusteluun sekä perustietämystä vieroituslääkkeen käytöstä ja ominaisuuksista. Keskeistä onnistuneessa vieroituksessa on tunnistaa, miten tupakoitsija kokee itse tupakoinnin ja mitä merkitystä sillä on hänelle itselleen. Olisi hyvä myös selvittää, mitkä ovat ne myönteiset puolet, joita tupakoitsija kokee tupakoidessaan, ja miten hän pystyy korvaamaan ne lopettaessaan tupakoinnin. Tupakoitsija ei välttämättä ole tarpeeksi tietoinen tupakoinnin vaaroista. Tupakoitsijat kaipaavat ohjausta ja kannustavaa omia voimavaroja voimistavaa ja vahvistavaa neuvontaa. Tupakoinnin vieroitus on kiinteä osa potilaan hoitoa.

LÄHTEET

Aaltola, J. & Valli, R. toim. 2007. Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1 uudistettu painos. Metodien valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. PS-kustannus. Juva.WS Bookwell Oy .

Aho, S., Nieminen, A. & Uitto, V-J. 2008. Parodontiitin kokonaisriskin voi määrittää yksilöllisesti. Suomen Hammaslääkärilehti 6; 18-24

Allard, RH. 2000. Tobacco and oral health: attitudes and opinions of European dentists. A report of the EU working group on tobacco and oral health. Int Dent J 50;99-102.

Alkhatib, MN., Holt, RD. & Bedi, R. 2005. Smoking and tooth discolouration: findings from a national cross-sectional study. BMC Public Health 5; 27 www. Biomedcentral.com/1471-2458/5/27

Althuis, M., Sexton, M. & Prybylski, D. 1999. Cigarette smoking and asthma symptom severity among adult asthmatics. J Asthma 36; 257-264.

Anttila, P.2006. Tutkiva toiminta ja ilmaisu, teos, tekeminen. Akatiimi Oy.Tallinna. AS Paket

Bergström, J. 2005. Tupakointi ja krooninen kudosta tuhoava parodontaalisairaus. Suomen Hammaslääkärilehti 5; 266-271.

Bergström, J. 2003. Tobacco smoking and risk for periodontal disease. J. Clin Periodontol 30; 107-113.

Bergström, J. & Boström, L. 2001. Tobacco smoking and periodontal hemorrhagic responsiveness. J Clin Periodontol.28; 680-685.

Bergström, J., Eliasson, S. & Dock, J. 2000. Exposure to tobacco smoking and periodontal health. J Clin Periodontol 27; 61-68.

Bolinder, G. 2000. Nuuskan aiheuttama sydän- ja verisuonisairauksien sekä kuolemien lisääntyminen. Suomen Hammaslääkärilehti 7;16; 986-997.

Bousquet, J. & Vignola, AM. 2001. Exposure to environmental tobacco smoke and adult asthma. Allergy 56; 466-469.

Bruno-Ambrosius, K., Swanholm, G. & Tvetman, S. 2005. Eating habits, smoking and toothbrushing in relation to dental caries: a 3-year study in Swedish female teenagers. In J Paediatric Dent 15; 190-196.

Buchanan, D.R. 2000. An Ethnic for Health Promotion. Rethinking the Sources of Human Wellbeing. Oxford University Press. New York.

- Canoy, D., Wareham, N., Luben, R., Welch, A., Bingham, S., Day, N. & Khaw, K-T. 2005. Cigarette smoking and fat distribution in 21 828 British men and women: a population-based study. *Obes Research* 13; 1466-1475.
- Chambers, D. W. 2001. The role of dentists in dentistry. *J Dent Educ.* 65;12;1430-1439.
- Churchill, J. L. 2004. What`s a dentist to do? Values part one. *Northwest Dentistry* 83; 6; 29-30
- Craig, WY., Palomäki, GE. & Haddow, JE., 1989. Cigarette smoking and serum lipid and lipoprotein concentrations: an analysis of published data. *Brit Med J* 298; 784-788.
- Department of Health and Human Services 2004. The health consequences of smoking: a report of the Surgeon General. U.S Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease. Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; Atlanta.
- Davis, JM. 2005. Tobacco Cessation for the Dental team: A Practical Guide Part 2: Evidence based interventions. *J Contemp Dent Pract* 6; 178-186.
- DiFranza, J.R. 2008. Hooked from the first cigarette. *Sci Am* 298;5;;82-87.
- Ding, A. 2005. Curbing adolescent smoking: a review of the effectiveness of various policies. *Yale J Biol Med* 78;1; 37-44.
- Doll, R., Peto, R., Boreham, J. & Sutherland, I. 2004. Mortality in relation to smoking :50 years observations on male British doctors. *BMJ* 328;1519.
- Eskola, E. & Patja, K. 2003. Nikotiinikorvaushoidon kustannustehokkuus 35-65-vuotiailla tupakoitsijoilla Suomessa. *Suomen Lääkärilehti* 58;22; 2419-2422
- Ezzatti, M., Lopez, A.D., Rodgers, A., Vander Hoom, S. & Murray, C.J. 2002. Selected major risk factors and global and regional burden of disease. *Lancet* 360; 1347-1360
- Fiore, MC. & Jaen, CR. 2008. Treating tobacco use and dependence; 2008 update US department of health human services, Public Health Service, May 2008
- Fiore, MC. 2000. U.S Public Health Service Clinical Practice Guideline: Treating tobacco use and dependence. *Respir Care* 45; 1200-1262
- Francke, AL., Smit, MC., de Veer, AJE. & Mistiaen, P. 2008. Factors influencing the implementation of clinical guidelines for health care professionals: a systematic meta-review. *BMC Medical Informatics and Decision Making* 8; 38

Godeau, E., Rahav, G. & Hubert, A. 2004. Tobacco smoking. In: Young People's Health in Context: international report from the HBSC 2001/02 Survey. Health policy for children and adolescents, issue 4 pp. 63-72. Eds. Currie, C., Roberts, C., Morgan, A., Smith, R., Setterbulte, W., Samdal, O., Rasmussen, V. WHO Regional office for Europe, Copenhagen

Godtfredsen, NS., Lange, P., Prescott, E., Osler, M. & Vestbo, J. 2001. Changes in smoking habits and risk of asthma: a longitudinal population based study. Eur Respir. J 18; 549-554

Cook, Dg., & Strachan, DP. 1997. Parental smoking and prevalence of respiratory symptoms and asthma in school age children. Thorax 52; 1081-1094

Hatsukami, D.K., Stead, L.F. & Gupta, P.C. 2008. Tobacco addiction. Lancet 371; 9629; 2021-2038

Hausen, H. 2007. Hammaslääkäri ja terveyden edistämisen teemavuosi. Suomen Hammaslääkärilehti 5; 256

Health Evidence Network 2003. Which are the most effective and cost-effective interventions for tobacco control? Copenhagen. WHO lainattu kirjasta: Kiiskinen, U., Vehko, T., Matikainen, K., Natunen, S., Aromaa, A. 2008. Terveyden edistämisen mahdollisuudet. Vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:1 Helsinki

Hect, SS. 1997. Tobacco and cancer: approaches using carcinogen biomarkers and chemoprevention. Ann NY Acad Sci 833; 91-111.

Hect, SS. 1999. Tobacco smoke carcinogens and lung cancer. J Natl Cancer Inst 91; 1194-1210.

Heikkilä, T. 2005. Tilastollinen tutkimus . 5-6 painos. Helsinki. Edita Publishing Oy.

Helakorpi, S., Paavola, M., Prättälä, R. & Uutela, A. 2009. Suomalaisten aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys, kevät 2008. Health Behaviour and Health among the Finnish Adult Population, Spring 2008. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 2. Helsinki.

Hiilamo, H. 2007. Tupakkateollisuuden tutkimusrahoitus synnytti myötämielisen todistajaverkoston. Teoksesta: Valheen mesenaatit-suomi tupakkateollisuuden manipuloiman lääketieteen näyttämönä. Suomen ASH ry 2004, Lääkärin sosiaalinen vastuu ry. Suomen Lääkärilehti 34; 2934

Hilden, S-M. 2005. Tupakasta vieroittajan opas- motiivoinnin avulla eroon tupakkariippuvuudesta. WSOY

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Keuruu. Otavan Kirjapaino Oy.

Hirvonen, E., Pietilä, A-M. & Eirola, R. 2002. Terveyskeskustelu- tavoitteena dialogi terveyden edistämässä. Teoksessa: Pietilä, A-M., Hakulinen, T., Hirvonen, e., Koponen, P., Salminen, E-M., & Sirola, K.(toim.) Terveyden edistäminen. Uudistuvat työmenetelmät. Helsinki. WSOY.

Houston, T., Person, S., Pletcher, M., Liu, K., Iribarren, C. & Kiefe, C. 2006. Active and passive smoking and development of glucose intolerance among young adults in a prospective cohort: CARDIA study. *Brit Med J* 332; 7449;1595-1599.

Ikäheimo, P. 2008. Suomalaisen aikuisen astma-kysely- ja rekisteritutkimus vuonna 2000. *Acta Universitatis Ouluensis D Medica* 965. Oulun yliopisto.

Jaakkola, MS., Piipari, R., Jaakkola, N. & Jaakkola, JJK. 2003. Environmental tobacco smoke and adult onset asthma: a population-based incident case-control study. *Am J Public Health* 93;2055-2060

Jensen, M.N. 1998. Good gums for better overall health. *Consumer`s Research Magazine* 9;28-31

Joensuu, T. & Pienihäkkinen, K. 2009 Työnjako suun terveydenhuollossa-katsaus tutkimuksiin pääasiassa lasten ja nuorten parissa. Hakupäivä 9.4.2010.
<http://www.hammaslaakariliitto.fi/hammaslaeaeakeriliitto/julkaisuja/>

Jones, C.V. 1998. The importance of oral hygiene in nutritional support. *British Journal of Nursing* 7; 74-83

Jounala, M. 2005. Cardiovascular risk factors and their associations with markers of subclinical atherosclerosis in young adults. The Cardiovascular Risk In Young Fins Study. *Ser D* 645. Medica. Turun yliopisto.

Järvi, U. 2007. Syöpäjärjestöt: Tupakka-askin hinta viiteen euroon. *Suomen Lääkärilehti* 32

Kailaru, S., Frangos, SG., Chen, AH., Gortler, D., Dhadwal, AK., Aram, O. & Sumpio, Be. 2001. Nicotine: a review of its role in atherosclerosis. *J Am Coll Surg* 193; 544-552.

Kantola, S., Richardson, R., Salo, T. 2005. Suun lichen planus. Hoitoperiaatteet kirjallisuuden valossa. 2005. *Suomen Hammaslääkärilehti* 13-14;790-799

Kaper, J., Wagena, E.J., Severens, J.L. & Van Schayck, C.P. 2005. Healthcare financing systems for increasing the use of tobacco dependence treatment: *Cochrane Database of Systematic Reviews: Reviews*.

Kassiser, B. 1994. Smoking as risk factors for gingival problems, periodontal problems and caries. Univ.Tor Dent J 7;6-10

Kemppainen, U. 2007. Ninth-Grade Adolescents Health Behavior in the Pitkätanta District(Russian Karelia) and in Eastern Finland. A Comparative and Predictive Cross-Cultural Study. Kuopio University Publications e. social Sciences 146. University of Kuopio

Kentala, J. 2007. Smoking Prevention in Oral Health Care. Brief Intervention among Adolescents. Acta Universitatis Tamperensis 1228.University of Tampere

Kentala, J., Utriainen, P., Pakkala, K. & Mattila, K. 2005. Nuorten tupakointia ehkäisevä mini-interventio. Suomen Hammaslääkärilehti 12;19; 1114-1123

Keskinen, H. 2007. Hammaslääkäri ja terveyden edistämisen teemavuosi. Suomen Hammaslääkärilehti 5; 256

Kiiskinen, U., Vehko, T., Matikainen, K., Natunen, S. & Aromaa, A. 2008. Terveyden edistämisen mahdollisuudet. Vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus. Sosiaali- ja Terveysministeriön julkaisuja 2008:1. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.

Kinnunen, T. 2007. Keuhkohtaumataudin sairaalahoito Suomessa: hoitoajan pituus ja sen yhteys ennusteeseen. Acta Universitatis Ouluensis D 915.Oulun yliopisto.

Klaukka, T., Helin-Salmivaara, A., Huupponen, R. & Idänpään-Heikkilä, J.E. 2007. Nikotiinikorvaushoidosta usein vain tilapäinen apu tupakasta vieroittumiseen. Suomen Lääkärilehti 38; 3426-3427

Klinge, B. 2000. Oral infektioner inflammationer och allmän hälsa. Tandhygienist tidningen 5; 29-33

Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Tampere. Vastapaino.

Koskinen-Ollonqvist, P., Aalto-Kallio, M., Mikkonen, N., Nykyri, P., Parviainen,, H., Saikkonen, P. & Tamminiemi, K. 2007. Rajoilla ja ytimessä. Terveyden edistämisen näyttäytyminen väitöskirjatutkimuksissa. Terveyden edistämisen keskuksen julkaisuja 2. Helsinki.

Käypä hoito suositus.2004. Keuhkohtaumatauti. Duodecim. Hakupäivä 24.8.2008, www.kaypahoito.fi/

Käypä hoito suositus. 2001. Keuhkosityöpä. Duodecim. Hakupäivä 24.8.2010, <http://www.kaypahoito.fi/>

- Käypä hoito suositus. 2006. Tupakointi, nikotiiniriippuvuus ja vieroitushoidot. Duodecim. Hakupäivä 1.10.2007, <http://www.kaypahoito.fi/>
- Käypä hoito suositus. 2006. Suusyöpä. Duodecim. Hakupäivä 1.10.2008, <http://www.kaypahoito.fi/>
- Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2006. Ohjaus-tuttu, mutta epäselvä käsite. Sairaanhoitaja 2006: 10; 18-20
- Könönen, E. 2008. Parodontiitti, suomalaisen aikuisväestön yleisin suun infektio. Suomen Hammaslääkärilehti 2; 40-41
- Lahtinen, A. & Ainamo, A. 2004. Miten autan tupakoivaa lopettamaan? Opas suun terveydenhuollon henkilöstölle. Forssa: Nordmanin Kirjapaino Oy
- Lahtinen, A. 2004. Miten suun terveydenhuolto voi auttaa tupakoinnin lopettamisessa. Suomen Hammaslääkärilehti 11;5; 284-288
- Lenander-Lumikari, M. 2000. Vanheneva väestö ja suu. Suuhygienisti 3; 8-9
- Lindfors, A., Wickman, M., Hedlin, G., Pershagen, G., Rietz, H. & Nordvall, SL. 1995. Indoor environmental risk factors in young asthmatics: a case-control study. Arch Dis Child 73; 408-412
- Lundbäck, B., Lindberg, A., Lindström, M., Rönmark, E., Jonsson, E., Larsson, LG., Andersson, S., Sandström, T. & Larsson, K. 2003. Obstructive Lung Disease In Northern Sweden Studies. Not 15 but 50 % of smokers develop COPD? Report from the Obstructive Lung Disease in Northern Sweden Studies. Resp Med 97; 115-122
- Lundbäck, B., Lindberg, A., & Lindström, M. 2003 b Epidemiological aspects and early detection of chronic obstructive airway diseases in the elderly. Eur Respir J 40; 3-9
- Lund, KE., Lund, M. & Rise, J. 2003. Tobakksforebygging i norsk tannhelsetjeneste. Resultater fra en nasjonal undersokelse blant tannleger og tannpleiere. Nor Tannlegeforen Tid 113; 68-176.
- Machado, MC., Krishnan, JA., Buist, SA., Bilderbach, AL., Fazolo, GP., Santarosa, MG., Queiroso, F., Jr. & Vollmer, VM. 2006. Sex differences in survival of oxygen-dependent patients with chronic obstructive pulmonary disease. Am J Respir Cri Care Med 174; 524-529
- Machtei, EE., Dunfordm R., Hausmann, E., Grossi, Sg., Powell, J., Cummins, D., Zambon, JJ. & Genco, RJ. 1997. Longitudinal study of prognostic factors in established periodontitis patients 24; 102-109.

- Metsämuuronen, J. 2000. Metodologian perusteet ihmistieteissä. Metodologia- sarja 1. Viro
- Meurman, J. H., Murtomaa, H. 2003. Suun ja hampaiden sairaudet. Teoksessa: Koskenvuo, K.(toim.) 2003. Sairauksien ehkäisy. Duodecim. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim.
- Merne, M.2005. Nuuskan vaikutukset suun limakalvoon. Suomen Hammaslääkärilehti 6; 360-362
- Merne, M. 2000. Nuorten nuuskankäyttö- haaste suun terveydenhuollolle. Suomen Hammaslääkärilehti 7;16; 972-984
- Mojica, WA., Suttorp, MJ., Sherman, SE., Morton, SC., Roth, EA., Maglione, MA., Rhodes, SL. & Shekelle, Pg. 2005. Smoking-Cessation Interventions by Type of Provider A Meta-Analysis. American Journal of Preventive Medicine 26; 5;391-401
- Murray, C.J. & Lopez, A.D. 1997. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. Lancet 349; 1498-1504
- Murtomaa, H., Keto, A., Lehtonen, E. & Roos, M. 2003 Suun terveyden edistäminen. Teoksessa: Meurman, J., Mustonen, H., Le Bell, Y., Autti, H.(toim.) Therapia Odontologica, Hammaslääketieteen käsikirja. Helsinki. Academica-Kustannus Oy.
- Mustonen, T., Mustonen, J. & Kava, T., 2004. Tupakkariippuvuuden etiologia ja tupakoinnin keskeiset terveydelliset vaikutukset. Suomen Lääkärilehti 14; 1505-1510
- Nieminen, R. 1999. Vapaaksi tupakasta. Therapia Generalia. Pharmacia &Upjohn Oy. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy.
- Ollila, H., Broms, U., Laatikainen, T. & Patja, K. 2008. Nuoret ja tupakoinnin lopettaminen. Tutkimuksesta käytännön tukeen. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B37/2008. Kansanterveyslaitos. Helsinki
- Parhaat arvioinnin tulokset, eduZEF 2010. Hakupäivä 25.5.2010, www.zefolutions.com
- Patja, K. & Haukkala, A. 2004. Tupakkakertomus 2003. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B2/2004. Kansanterveyslaitos. Helsinki
- Patja, K., Iivonen, K. & Aatela, E. 2005. Pystyt kyllä eroon tupakasta. Duodecim. Jyväskylä.Gummerus Kirjapaino Oy.
- Pelto-Huikko, A., Karjalainen, K. & Koskinen-Ollonqvist, P. 2006. Terveyden edistämisen toimintamallit. Terveyden edistämisen hankkeissa kehitettyjen toimintamallien arviointi ja kehittäminen. Terveyden edistämisen keskuksen julkaisuja 4/2006. Helsinki

- Pennanen, M., Patja, K. & Joronen, K. 2006. Tupakkakertomus 2006. Oikeus savuttomaan elämään. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B3/2006. Helsinki
- Perry, IJ., Wannamethee, SG., Walker, MK., Thompson, AG., Whincup, PH. & Shaper, AG. 1995. Prospective study of risk factors for development of non-insulin dependent diabetes in middle aged British men. *Brit Med J* 310; 560-564
- Petersen, P.E. & Nordrehaug-Åstrom, A. 2008. Terveysten edistäminen 2000-luvulla- periaatteita ja strategioita. *Suomen Hammaslääkärilehti* 3; 42-50
- Pietilä, A-M. & Länsimies-Antikainen, H. 2008. Eettinen perusta terveyden edistämisen opiskelussa. *Pro Terveys* 1;10-12
- Pietinaho, A. 2003. Tupakoinnin haitat ja savuttomuuden hyödyt. *Suomen Lääkärilehti* 46; 4701-4704
- Piipari, R., Jaakkola, JJ. & Jaakkola, MS. 2004. Smoking and asthma in adults. *Eur Respir J* 24; 734-739
- Pitkänen, A.2007. Arvot, työ ja profession- tutkimus haja-asutusalueen hammaslääkäreiden arvomaailmasta. Pro gradu. Terveysthallinnon ja - talouden laitos. Kuopion yliopisto.
- Pitkänen, A. 2003. Potilaan ja lääkärinsuhde terveydenhuoltolainsäädännössä. Kandidaattitutkielma. Terveysthallinnon ja- taloudenlaitos. Terveysthallintotiede. Kuopion yliopisto.
- Plaschke, P., Janson, C., Norrman, E., Björnsson, E., Ellbjär, S. & Järholm, B. 2000. Onset and remission of allergic rhinitis and asthma and the relationship with atopic sensitization and smoking. *Am J Respir Crit Care Med* 162; 920-924
- Pride, NB. 1995. Chronic obstructive pulmonary disease. Epidemiology, etiology and natural history. In : Brewis, RAL., Corrin, B., Geddes, DM. & Gibson, GJ. (Eds) *Respiratory medicine*, WB Saunders Ltd. Second edition, 2; 1021-1033.
- Poskiparta, M.2002. Neuvonnan keinoin kohti terveyskäyttäytymistä. Teoksessa: Tirkkola, S. (toim.) Terveystviestintä. Vammala. Kustannusyhtiö Tammi. 24-28.
- Putko, E. 2009. Hammaslääkäreiden suhtautuminen tupakan vastaiseen terveysneuvontaan-kyselytutkimus. Syventävien opintojen kirjallinen työ. Suu- ja leukakirurgia. Hammaslääketieteen laitos. Turun yliopisto
- Ramseier, CA. 2005. Potential impact of subject-based risk factors control on periodontitis. *J Clin Periodontol* 32;6; 283-290

- Rautava, J. 2006. Tupakka ja alkoholi keskeisiä tekijöitä suusyövän synnyssä. Turun yliopisto.
- Remes-Lyly, T. 2007. Hyvä suun terveys tuo ikäihmisen elämään laatua. 6; 10-13
- Rimm, EB., Chan, J., Stampfer, MJ., Golditz, GA. & Willet, WC. 1995. Prospective study of cigarette smoking, alcohol use, and the risk of diabetes in men. *Brit Med J* 310;555-559
- Rimpelä, A., Rainio, S., Pere, L., Lintonen, T. & Rimpelä, M. 2005. Use of tobacco products and substance use in 1977-2005. Adolescent Health and Lifestyle Survey. 2005. Reports of the Ministry of Social Affairs and Health. Helsinki
- Rimpelä, A., Rainio, S., Huhtala, H., Lavikainen, H., Pere, L. & Rimpelä, M. 2007. Nuorten terveystapatutkimus. Nuorten tupakkatuotteiden ja päihteiden käyttö 1997-2007. Sosiaali- ja Terveysministeriö. Helsinki
- Rootman, I., Goodstadt, M., Potvin, L. & Springett, J. 2001. A framework for health promotion evaluation. In I. Rootman, M., Goodstadt, B., Hyndman, D., McQueen, L., Potvin, J., Springett, & Ziglio, E. (Eds.) Evaluation in health promotion. Principles and perspectives. WHO Regional Publications, European Series. 2001; 92.; 7-38 Denmark. WHO
- Rönnemaa, T., Rönnemaa, EM., Puukka, P., Pyörälä, K. & Laakso, M. 1996. Smoking is independently associated with high plasma insulin levels in nondiabetic men. *Diabetes Care* 19; 1229-1232.
- Salaspuro, V. 2006. Interaction of alcohol and smoking in the pathogenesis of upper digestive tract cancers - possible chemoprevention with cysteine. University of Helsinki.
- Salaspuro, M., Kiiänmaa, K. & Seppä, K. (toim.) 2003. Päihdelääketiede. Duodecim. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy
- Sandström, P., Leppänen, A. & Simonen, O. (toim.) 2009. Tupakasta vieroituksen organisointi ja käytännöt. Sosiaali- ja Terveysministeriön julkaisuja 15. Helsinki 2010
- Sandström, P. 2007. Tupakasta vieroitus terveydenhuollon koulutukseen. *Kansanterveys* 7
- Savola, E. & Koskinen-Ollonqvist, P. 2005. Terveyden edistäminen esimerkein. Käsitteitä ja selityksiä. Terveyden edistämisen keskus ry. Terveyden edistämisen keskuksen julkaisuja-sarja 3/2005. Helsinki.
- Seidell, JC., Cigolini, M., Deslypere, JP., Charzewska, J., Ellisinger, B. & Cruz, A. 1991. Body fat distribution in relation to physical activity and smoking habits in 38- year- old European men. The European Fat Distribution Study. *Am J Epidemiol* 133;3; 257-263.

Siroux, V., Pin, I., Oryszczyn, MP., Le Moual, N. & Kauffmann, F. 2000. Relationships of active smoking to asthma and asthma severity in the EGEA study. *Eur Respir J* 15; 470-477

Sirviö, K. 2006. Lapsiperheiden osallisuus terveyden edistämässä-mukanaolosta vastuunotoon. Asiakastilanteiden arviointia sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöiden ja perheiden näkökulmista. *Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet* 132

Smith, S.S., Jorenby, D.E., Fiore, M.C., Anderson, J.E., Mielke, M.M., Beach, K.E., Piasecki, T.M. & Baker, T.B. 2001. Strike while the iron is hot: can stepped-care treatments resurrect relapsing smokers? *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 69; 429-439

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma. Kaste 2008-2011. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen julkaisuja 2008:6. Helsinki.

Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus. Kaste-ohjelma valtakunnallinen toimeenpanosuunnitelma vuosille 2008-2011. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen julkaisuja 2009:9. Helsinki.

Stacey, F., Heasman, PA., Heasman, L., Hepburn, S., McCracken, GI. & Peshaw, PM. 2006. Smoking cessation as a dental intervention-views of the profession. *Br. Dent. J.* 201; 109-113.

Statens Beredning för medicinsk utvärdering SBU. 2002 Rökning och ohälsa i munnen. En evidensbaserad kunskapsöversyn. Rapport nr.157Tukholma. Hakupäivä 15.9.2008, www.sbu.se

Strachan, DP., Butland, BK. & Anderson, HR. 1996. Incidence and prognosis of asthma and wheezing illness from early childhood to age 33 in a national British cohort. *BMJ* 312; 1195-1199

Suomen Hammaslääkärilehti 2005. Kroonisen parodontitiitin ehkäisy, diagnoosi ja hoito. Referaattikatsaus.19; 1139-1140

Suomen Hammaslääkäriliitto. Hakupäivä 21.4.2010, <http://www.hammaslaakariliitto.fi/fileadmin/pdf/Hammaslaakarilehti/2008/16/034-036-terv-ed.pdf>

Suomen Hammaslääkäriliitto Toimintasuunnitelma 2010. Hakupäivä 23.3.2010, http://www.hammaslaakariliitto.fi/fileadmin/pdf/Hammaslaakariliitto/toimintasuunnitelma_2010.pdf

Suomen Hammaslääkäriliitto 2004. Hammaslääkäreiden eettiset ohjeet. Hakupäivä 23.3.2010, <http://www.hammaslaakariliitto.fi/hammaslaakariliitto/eettiset-ohjeet/#Eettisetohjeet>

Suominen-Taipale, L., Nordblad, A., Vehkalahti, M. & Aromaa, A .toim. 2004. Suomalaisen aikuisten suunterveys. Terveys 2000-tutkimus. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B16/2004 Helsinki

Syöpäjärjestö 2010. Hakupäivä 20.10.2010,
<http://www.cancer.fi/syovanehkaisy/tupakka/nuuskahaitat/>

Terho, P.2000. Terveyskasvatus. Teoksessa Terho, P., Ala-Laurila, E-L., Laakso, J., Krogius, H. & Pietikäinen, M.(toim.) Kouluterveydenhuolto. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim. 398-405

Terveyden edistämisen eettiset haasteet. 2008c Etene-julkaisuja 19. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki 2008

Terveyden edistämisen laatusuositus.2006. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006:19. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki 2006

Terveyden edistämisen politiikkaohjelma. Valtioneuvosto 5.12.2007. Hakupäivä 4.1.2010,
<http://www.vn.fi/toiminta/politiikkaohjelmat/terveys/ohjelman-sisaeltoe/fi.pdf>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2010. Hakupäivä 13.4.2010,
http://www.ktl.fi/portal/suomi/tietoa_terveydesta/elintavat/tupakka

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.2009. Suun terveydenhuolto terveystieteissä 2002-2008. Tilastoraportti 17/2009. Hakupäivä 12.4.2010,
http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2009/Tr17_09.pdf

Thorn, J., Brisman, J. & Toren, K. 2001. Adult –onset asthma is associated with self-reported mold or environmental tobacco smoke exposure in the home. *Allergy* 56; 287-292

Trotter, L. & Worcester, P. 2003. Training for dentists in smoking cessation intervention. *Aust Dent J* 48; 183-189

Tuominen, P., Savola, E. & Koskinen-Ollonqvist, P. 2005. Terveyden edistämisen avainsisällöt. Kansalaisjärjestöjen terveyden edistämisen koulutuksen tukemiseen. Terveyden edistämisen keskus. Helsinki. Oy Trio-Offset Ab

Tähtinen, T. 2006. Insuliinireistenssiin liittyvät kardiovaskulaariset riskitekijät suomalaisilla varusmiehillä. Tupakoinnin yhteys riskitekijöihin. *Acta Universitatis Ouluensis D Medica* 907. Oulun yliopisto.

Uusi terveydenhuoltolaki.2008. Terveydenhuoltolakityöryhmän muistio. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2008: 28. Helsinki

- Valtioneuvoston periaatepäätös. Terveys 2015-kansanterveysohjelmasta. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2001:4. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.
- Vertio, H. 2003. Terveysneuvonnan perusteet. Teoksessa: Koskenvuo, K.(toim.) 2003. Sairauksien ehkäisy. Duodecim. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim.
- Vierola, H. 2004. Tupakka-miehen tietokirja. Helsinki. Hakapaino
- Vilkka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Helsinki 2007.
- Vitikainen, K., Peuhkurinen, M., Kiiskinen, U. & Mikkola, H. 2006. Kannattaako tupakoinnin lopettaminen? Tupakoinnista aiheutuvien eliniänaikeisten hoitokustannusten ja tupakoinnin lopettamisesta syntyvien säästöjen arviointia. Stakes. Raportteja 2006:1. Helsinki 2006.
- Vogt, F., Hall, S. & Marteau, TM. 2005. General practitioners and family physicians negative beliefs and attitudes towards discussing smoking cessation with patients: a systematic review. *Addiction* 100;10;1423-1431
- Vuori-Kemilä, A., Lindroos, S., Nevala, S. & Virtanen, A. 2005. Ihmisen hyvä –etiikka hoitotyössä. Helsinki. WSOY
- Wass, A. 1996. Promoting Health. The primary health care approach. Australia: Southwood press.
- West, R., Mc Neill, A. & Raw, M. 2000. Smoking cessation guidelines for health professionals: an update. *Thorax* 55;987-999
- Whitehead, D. 2006. Workplace health promotion: the role and responsibility of health care managers. *Journal of Nursing Management* 14; 59-68
- WHO 1986. Ottawa Charter for health promotion. First international conference on health promotion. Ottawa. Canada. Hakupäivä 4.1.2010, www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf
- Widström, E., Pietilä, I., Huhtala, S. & Suominen-Taipale, L. 2002. Hammashuoltouudistuksen käynnistyminen terveyskeskuksissa. Suomen Hammaslääkärilehti 3; 104-107
- Willberg, J., Wideman, L. & Syrjänen, S. 2008. Suun limakalvomuutosten tutkiminen ja hoito. Suomen Lääkärilehti 63; 1383-1390
- Williams, K.B. & Gadbury-Amyot, C.C., Bray, K.K., Manne, D. & Collins, P. 1998. Oral Health-Related Quality of Life: A Model for Dental Hygiene. *Journal of Dental Hygiene* 2;19-25.

Winn, DM. 2001. Tobacco use and oral disease. *J Dent Edu* 65; 306-312

Wyne, AH., Chohan, AN., Al-Moneef, MM. & Alym-Saad, AS. 2006. Attitudes of general dentists about smoking cessation and prevention in child and adolescents patients in Riyadh, Saudi Arabia. *J. Contemp Dent Pract* 7; 35-43

LIITTEET

LIITE 1. TUTKIMUKSEN SAATEKIRJE

Arvoisa hammaslääkäri

Olen Kati Kumpula ja opiskelen Oulun seudun ammattikorkeakoulussa, sosiaali- ja terveysalan yksikössä ylempää ammattikorkeakoulututkintoa Terveyden edistämisen koulutusohjelmassa. Opiskeluuni sisältyy 30 opintopisteen opinnäytetyö. Opinnäytetyöni tarkoituksena on kuvailla hammaslääkäreiden käsityksiä tupakoinnista terveydellisenä riskitekijänä sekä omasta toiminnastaan tupakoinnin lopettamisen tukena ja kuvata tupakointiin liittyvän terveysneuvonnan toteutusta. Tutkimuksen tavoitteena on hammaslääkäreiden tietoisuuden lisääminen tupakoinnin vaikutuksesta suun terveyteen ja tämän perusteella potilaan suun terveyden edistäminen. Tavoitteena on myös hyödyntää tutkimuksen tulosta hammaslääkäreiden koulutuksen kehittämisessä.

Pyydän Teitä ystävällisesti suostumaan tutkimukseni tiedonantajaksi ja täyttämään kyselylomakkeen. Teidän mielipiteenne ovat arvokkaita. Vastaamiseen menee aikaa noin 10 minuuttia. Antamanne tiedot käsitellään luottamuksellisesti eikä yksityisen ihmisen henkilöllisyys paljastu missään vaiheessa. Aineiston numeraalisen tallentamisen jälkeen vastauslomakkeet hävitetään.

Pyydän teitä ystävällisesti vastaamaan pvm mennessä.

Vastaamisen voitte aloittaa klikkaamalla seuraavaa linkkiä tai kopioimalla linkin Internet- selaimen osoiteriville.

Lämmin kiitos!

Iloisin terveisin!

Kati Kumpula

O4paka00@students.oamk.fi

LIITE 2. KYSELYLOMAKE HAMMASLÄÄKÄREILLE

Demografiset tekijät

1. Mikä on sukupuolesi?

1.1 Nainen

1.2 Mies

2. Minkä alan erikoishammaslääkärin oikeudet sinulla on

3. Toimin tällä hetkellä

3.1 Kunnallisessa hammashoitolassa

3.2 Yksityisellä

3.3 Kunnallisella sekä yksityisellä

4. Arvioi, kuinka monta tupakoivaa potilasta sinulla on _____%

5. Tupakoitko itse?

1. Kyllä, kuinka monta savuketta päivässä ? _____

2. En tupakoi

Tupakointi terveydellisenä tiskitekijänä ja hammaslääkärin lopettamisen tukena

6. Pyydän teitä vastaamaan seuraaviin väittämiin. Valitse yksi sopivin vaihtoehto.

1=Täysin samaa mieltä

2=Jokseenkin samaa mieltä

3=Jokseenkin eri mieltä

4=Täysin eri mieltä

6.1 Hammaslääkärinä koet potilaan tupakointiin puuttumisen tärkeäksi

1 2 3 4

6.2 Tupakoinnin riskeistä kertominen on tärkeää potilaalle

1 2 3 4

6.3 Hammaslääkärinä sinulla on riittävästi tietoa tupakoinnin aiheuttamista terveyshaitoista

1 2 3 4

6.4 Hammaslääkärinä koet sinulle olevan riittävät tiedot tupakan vieroitustyöhön

1 2 3 4

6.5 Hammaslääkärinä koet sinulla olevan riittävät ohjaustaidot tupakan vieroitustyöhön

1 2 3 4

6.6 Tupakointi on mielestäsi sairaus, johon kuuluu nikotiiniriippuvuus

1 2 3 4

6.7 Tupakointi on mielestäsi paha tapa/tottumus, jolla ei ole yhteyttä riippuvuuteen

1 2 3 4

6.8 Hammaslääkärinä olet tietoinen mitä Käypä hoito-suositus; tupakoinnista nikotiiniriippuvuudesta ja vieroitushoidoista sisältävät

1 2 3 4

6.9 Autat potilaitasi tunnistamaan tupakointiin ylläpitäviä tilanteita

1 2 3 4

6.10 Autat potilaitasi suunnittelemaan tupakoinnin ylläpitämisen välttämiseksi tilanteita

1 2 3 4

6.11 Pidät hammaslääkärin antamaa tupakoinnin lopettamiskehotusta tärkeänä

1 2 3 4

Pyydän teitä vastaamaan seuraaviin väittämiin. Valitse yksi sopivin vaihtoehto.

7. Miten puutun tupakoinnin käyttöön?

7.1 Keskustelen ja kirjaan ylös potilaspapereihin

7.2 En puutu lainkaan, jos potilas ei ota asiaa esille

8. Milloin otan tupakoinnin esille potilaan hoitojakson aikana?

8.1. Ensimmäisellä käyntikerralla

8.2. Jatkokäynnillä

8.3. En ota asiaa aktiivisesti esille

8.4. Potilaan itse otettua asian esille

Pyydän teitä valitsemaan yhden tai useamman vaihtoehdon.

9. Millaista apua tarjoat potilaallesi tupakan vieroitukseen?

9.1. Neuvon vieroitukseen liittyvässä asiassa

9.2. Kannustan tupakan vieroitukseen

9.3. Ohjaan nikotiinikorvaushoitoihin (purukumi, laastari, inhalaattori..)

9.4. Kirjoitan reseptin korvaushoitoihin

10. Mielestäni tupakan vieroituksen ohjaus kuuluu

10.1. hammaslääkärille

- 10.2. suuhygienistille
- 10.3. molemmille

11. Miten huomioit potilaan tupakasta vieroittamisen hoitojakson käynneillä?
- 11.1 Jaksotan hoitokäynnit, jotta voin tukea tupakan vieroitusta
 - 11.2. En huomioi lainkaan

12. Mitä mieltä hammaslääkärinä olette seuraavista väittämistä? Valitse seuraavien väittämien vastausvaihtoehdoista yksi mielipidettänne vastaava vaihtoehto.

- 1=Täysin samaa mieltä 2=Jokseenkin samaa mieltä**
3=Jokseenkin eri mieltä 4=Täysin eri mieltä

12.1 Suomen tupakkalaki on liian ankara

1 2 3 4

12.2 Tupakointi on huolestuttavasti lisääntynyt Suomessa?

1 2 3 4

12.3 Tupakoinnin vastustamistyö kuuluu hammashuollon tehtäviin

1 2 3 4

12.4 Tupakoinnin puheeksi ottaminen on kiusallista

1 2 3 4

12.5 Tupakointiin voidaan ratkaisevasti vaikuttaa terveysneuvonnalla

1 2 3 4

12.6 Tupakan mainostamista ei pitäisi sallia

1 2 3 4

12.7 Savukkeiden pitäisi olla kalliimpia, jotta nuoret lopettaisivat tupakoinnin

1 2 3 4

12.8 Tupakoinnin terveyshaitoilla ei ole merkitystä, koska terveyteen liittyy paljon muitakin riskitekijöitä

1 2 3 4

12.9 Hammashuollon resurssit ovat riittävät tupakoinnin vastustustyöhön

1 2 3 4

13. Mitkä ovat mielestäsi suurimmat esteet hammaslääkärin tupakkaneuvonnalle?

14. Jos tupakoit, vaikuttaako se potilaasi tupakoinnin puuttumiseen ?

14.1 Kyllä

14.2 Ei

15. Millaisia fyysisiä oireita potilaallasi on tupakoinnista?

Tupakoinnin yhteys suun sairauksiin

16. Mitkä ovat mielestäsi merkittävimmät tupakoinnin suussa näkyvät oireet?

17. Mitkä ovat mielestäsi merkittävimmät tupakointiin yhteydessä olevat suun sairaudet?

18. Mitä mieltä hammaslääkärinä olet seuraavista väittämistä? Pyydän sinua vastaamaan seuraaviin väittämiin. Valitse sinulle yksi sopivin vaihtoehto.

1=Täysin samaa mieltä 2=Jokseenkin samaa mieltä
3=Jokseenkin eri mieltä 4=Täysin eri mieltä

18.1 Hammaslääkärinä olen vastuulla potilaalle antamastani tiedosta parodontiittiin ja sen hoidosta

1 2 3 4

18.2 Tupakointi lisää sairastumisalttiutta parodontiittiin ja vaikuttaa kudostuhon etenemiseen.

1 2 3 4

18.3 Tupakoinnin määrän lisääntyessä parodontiitin vaikeusaste kasvaa

1 2 3 4

18.4 Parodontiitin ehkäisyä ja hoitoa on motivointi ja rohkaisu tupakoinnin luopumiseen

1 2 3 4

18.5 Tupakoinnin käytön vähentämisellä voitaisiin ehkäistä suusyöpää

1 2 3 4