

Tartu Ülikool
Tervishoiu instituut

Teadmistest teadlikkuseni.
Väikelaste vanemate teadlikkus laste suu tervishoiust

Magistritöö rahvatervishoius

Hedy Lehtmaa

Juhendaja: Ene Indermitte, PhD, TÜ tervishoiu instituudi teadur

Tartu 2012

Magistritöö tehti Tartu Ülikooli tervishoiu instituudis.

Tartu Ülikooli rahvatervishoiu kaitsmiskomisjon otsustas 16. mail 2012. a lubada väitekirja terviseteaduse magistrikraadi kaitsmisele.

Retsensent: Tiia Pertel, MD,

Tervise Arengu Instituudi tervise edendamise osakonna juhataja

Kaitsmine: 6. juunil 2012. a

Magistriõpinguid ja magistritöö valmimist toetas Norra Finantsmehhanismi grant EE0016 Tartu Ülikooli tervishoiu instituudile projekti „Epidemioloogia õpe ja terviseinfo analüüs” teostamiseks.



Sisukord

Lühikokkuvõte.....	3
1. Sissejuhatus.....	5
2. Kirjanduse ülevaade.....	6
2.1. Teadlikkuse mõiste.....	6
2.2. Suuõõne levinumate infektsioonhaiguste epidemioloogia.....	6
2.2.1. Kaaries.....	7
2.2.2. Periodontiit.....	7
2.3. Suuõõne infektsioonhaiguste esinemist mõjutavad tegurid.....	8
2.3.1. Eluviis.....	8
2.3.2. Sotsiaaldemograafilised tegurid.....	8
2.4. Suu tervishoiu teenused ja andmed Põhjamaade tervishoiusüsteemis.....	9
2.5. Suu tervishoiu teenused ja andmed Eesti tervishoiusüsteemis.....	11
2.5.1. Suu tervishoiu edendustegevus Eestis.....	12
2.6. Terviseinfo Eesti rahvastiku suu tervishoiu andmetest.....	13
2.6.1. Küsitlusuuringud.....	13
2.6.2. Kliinilisi mõõtmisi sisaldavad suu tervishoiu uuringud.....	15
3. Töö eesmärgid.....	16
4. Materjal ja meetodika.....	17
4.1. Materjal.....	17
4.2. Valim.....	17
4.3. Küsimustik.....	18
4.3.1. Teadlikkuse indeks.....	18
4.4. Andmete analüüs.....	19
5. Tulemused.....	20
5.1. Valimi kirjeldus.....	20
5.2. Lapsevanemate teadmised lapse suu tervishoiust.....	21
5.3. Lapsevanemate käitumine seoses lapse suu tervishoiuga.....	22
5.4. Seosed suu tervishoiu teadmiste ja käitumise vahel.....	24
5.4.1. Kaariese nakkuslikkus ja süljekontakt.....	24
5.4.2. Süsivesikute karioosne toime ja toitmisest tingitud kaariese risk.....	24
5.5. Lapsevanemate käitumise seosed lapse vanusega.....	25
5.6. Lapsevanema teadlikkuse indeks.....	26
5.7. Lapsevanema teadlikkuse seosed sotsiaaldemograafiliste andmetega.....	27
6. Arutelu.....	28
7. Järeldused.....	33
8. Kasutatud kirjandus.....	34
Summary.....	38
Tänuavaldus.....	39
Curriculum vitae.....	40
Lisa 1. Küsimustik „Lapsevanemate suutervishoiu teadlikkuse uuring”, 2010. aastal.....	42

Lühikokkuvõte

Käesolevas magistritöös uuriti Eesti väikelaste vanemate teadlikkust laste suu tervishoiust. Töö eesmärk oli kirjeldada lapsevanemate teadmisi ja käitumist seoses laste suu tervishoiuga, uurida seoseid teadmiste, käitumise ja vastaja lapse vanuse vahel ning analüüsida seoseid lapsevanema sotsiaaldemograafiliste tegurite ja suu tervishoiu teadlikkuse vahel.

Töö põhineb 2010. aastal Eestis läbiviidud „Lapsevanemate suutervishoiu teadlikkuse uuringu” andmetel. Uuringu instrumendiks oli ankeetküsimustik. Uuringumaterjal koguti Eesti Haigekassa suu tervise edendamise projekti „Laste hammaste tervis” raames. Uuringus osalesid alla 4-aastaste laste vanemad üle riigi (N=661), vastamismäär oli 83%. Uuringus osalemine oli vabatahtlik ja anonüümne.

Lapsevanemate teadlikkuse hindamiseks kasutati 11 küsimusest moodustatud teadlikkuse indeksit, mille alusel jaotati vanemad teadlikeks ja mitteteadlikeks vastajateks. Sotsiaaldemograafilistest andmetest kasutati tunnuseid vanus, haridus, perekonnaseis ja hinnang perekonna sissetulekule. Teadlikkuse seoseid sotsiaaldemograafiliste tunnustega analüüsiti logistilise regressiooniga ja väljendati šansisuhtena koos 95% usaldusvahemikuga. Teadmiste ja käitumise vaheliste seoste hindamiseks kasutati hii-ruut testi.

Käesolevas töös leiti, et 92,8% vanematest olid head teadmised sellest, et lapse mahakukkunud luttu ei tohiks puhastada lapsevanema suus. Vastanutest 77,8% teadis, et kaariese tekkele on kõige olulisem mõju suhkru tarbimise sagedusel ja 78,2% teadis, et lapse hambaid peab hakkama pesema 6.–12. elukuul. Kehvad olid teadmised lutipudeli kasutamisest ja sellest, millal külastada lapsega esmakordselt hambaarsti.

Analüüs näitas, et lapsevanemate teadmised kaariese nakkuslikkusest ei olnud seotud teadmisega, et on väär puhastada lapse luttu vanema suus, ega käitumisega kasutada lapsega sama lusikat või kahvli. Lapsega sama lusikat oli kasutanud 45,2% vanematest. Lapsevanema teoreetilised teadmised süsivesikute sagedase tarbimise karioosset toimest ei olnud seotud lapse magusatarbimise sageduse, lutipudeli lubamisega voodisse ega sellest muu joogi peale piima või vee tarbimisega. Vanema käitumine lapse suu tervishoiu eest hoolitsemisel oli seotud lapse vanusega. Nooremad lapsed kasutasid suurema tõenäosusega veel lutipudelit ja ei olnud külastanud hambaarsti. Mida vanem oli laps, seda suurem oli lapsevanemate osakaal, kes pesi lapse hambaid üks kord päevas.

Suu tervishoiu alane teadlikkus oli parem vastajal, kes kuulus vanusrühma 30–39 eluaastat, kesk- või kõrgharidusega ja hea või rahuldava sissetuleku hinnanguga.

Edaspidi on vajalik uurida, kuidas mõjutavad lapsevanemate teadmised ja tervisekäitumine (sh valed toitmisemeetodid) (lutipudeli)kaariese, ortodontiliste või logopeediliste häirete esinemist.

1. SISSEJUHATUS

Rahvastiku suu tervishoiule on viimastel aastatel üha suuremat tähelepanu pööratud kogu maailmas (1). Suu tervishoiu häired kaaries ja periodontiit on haigused, mida peetakse inimkonna kõige levinumateks bakteriaalinfektsioonideks (2, 3).

Suuõõne infektsioonid on riskiteguriteks üldtuntud kroonilistele haigustele nagu diabeet ja südamehaigused, mistõttu nende ennetamisel on väga laialdane kasu rahva tervisele (4).

Suu tervishoiu häired mõjutavad oluliselt inimese enesetunnet ja elukvaliteeti (5). Funktsioonihäired segavad söömist ja kõnelemist (lastel kõne arengut), füüsiline valu põhjustab ärevust, üldist väsimust ja unehäireid, mis võivad segada oluliselt (õppe)tööd. Lisanduvad veel psüühilised häired, näiteks esteetilisest olukorrast või kõnehäiretest tingitud madal enesehinnang. Märkimisväärne on ka hambaarsti visiitidele kulutatav aeg, lastel koolist ja täiskasvanutel töölt puudumine (5, 6).

Suurenenud risk nakatuda suuõõne infektsioonidega on näiteks lapsel, kelle vanema või õdede ja vendade suu tervis on kehv (7, 8). Seejuures sõltub laste suu tervis ja hilisem tervisekäitumine lapsevanemate teadlikkusest, tõekspidamistest ja eeskujust (9, 10).

Poliitika ja ennetustegevuse planeerimiseks on vajalik jälgida rahvastiku suuõõne tervise olukorda ja rakendada ning hinnata rahvatervise programme (11). Kuigi tervishoiukulude seisukohast on kõige otstarbekam investeerida nakkuse ennetamisse ja suu tervise edendamisse, on oluline leevendada ka suu tervishoiust tingitud elukvaliteedi langust vanemate inimeste seas (5, 11).

Käesoleva magistritöö eesmärk oli kirjeldada Eesti väikelaste vanemate teadmisi ja käitumist seoses laste suu tervishoiuga, analüüsida seoseid uuritavate teadmiste ja käitumise vahel, uurida seoseid lapsevanema käitumise ja lapse vanuse vahel ning analüüsida seoseid lapsevanema sotsiaaldemograafiliste tegurite ja suu tervishoiu teadlikkuse vahel.

2. KIRJANDUSE ÜLEVAADE

2.1. Teadlikkuse mõiste

Teadmised ja teadlikkus on vajalikud eeldused käitumise muutmiseks, nii ka tervisekäitumises ja haiguste ennetuses (12). Arnold Beisseri teooria kirjeldab muutuste paradoksaalsust nii indiviidi kui sotsiaalsüsteemi keskselt. Muutuste eelduseks on iseenda puuduste teadvustamine ja selle olukorra aktsepteerimine. Muutumine teadlikuks annab jõudu sihikindlale ja mobiliseeritule tegutsemisele, mis kommunikatsiooni käigus soodustab kogu sotsiaalsüsteemi ühtlast arengut. Olulisem, enne indiviidi, on aga sellise ühiskonna areng, mis toetab üksikisikut tema individuaalsuses (13).

Lapsevanemate suu tervishoiu teadmiste ja käitumise seoseid analüüsinud uuringud on sageli kirjeldanud lapsevanemate häid teadmisi kaariest tekitavatest teguritest nagu katt ja süsivesikud, kuid nad ei oska või ei pea oluliseks oma teadmisi käitumises väljendada. On järeldatud, et vanemad ei mõista väärä käitumise tagajärgi ja sellepärast ei muuda oma käitumist vastavalt teadmistele, kuidas oleks õige (14, 15). Anthony Blinkhorn lisab, et vanemad vajavad ka praktilist nõustamist väikelapse suuhügieeni teostamisel, et nad oleksid suutelised rakendama oma teadmisi igapäeva praktikas (14). Sama kinnitas ka Rootsi sekkumisuuring. Individuaalkonsultatsioonid, mille käigus õpetati väikelaste vanematele ka laste suuhügieeni, olid efektiivsed. Kontrollrühmaga võrreldes esines uuringurühma lastel vähem hambakaariest ja nende vanemad väitsid sagedamini, et pesevad oma lapse hambaid ise (9).

2.2. Suuõõne levinumate infektsioonhaiguste epidemioloogia

Hea suu tervishoid on oluline inimese tervisele. Suuõõne tervise häireid on mitmesuguseid ja erineva tekkepõhjusega alates traumast, hambumuse häiretest kuni geenihäireteni. Rahvusvahelise haiguste klassifikatsiooni ICD-10 alusel on suuõõne haigused kodeeritud K00–K14. Käesolevas töös keskendutakse suu tervishoiu levinumatele bakteriaalinfektsioonidele, kaariesele ja periodontiidile, mida haiguste klassifikatsiooni alusel tähistatakse vastavalt K02 ja K05 koodidega (16).

Kaaries ja periodontiit levivad süljekontaktakusena, näiteks musitades või lapse lusikaga tema söögi temperatuuri testides (8). Hea suuhügieeni ja õige toitumise ning tervisliku toitumise korral on need haigused ennetatavad (7).

2.2.1. Kaaries

Kaaries on süljega koosmõju toimele katus ehk biofilmis olevate mikroobide *Streptococcus mutans* (SM) ja *Lactobacilli* poolt põhjustatud hamba kõvakudede lokaalne demineraliseerumine (3).

Kaariese riskitegurite hulka kuuluvad halb hügieen, ebatervislik toitumine, ebapiisav süljevoolus, suur SM bakterite hulk sülje koosluses, ebapiisav kokkupuude fluoriidiga, immunoloogilised ja geneetilised tegurid ning ortodontilise aparadi või halvasti kavandatud proteeside kandmine (7).

Hambaaugud on enamasti valutud, kuni need arenevad väga suureks hakates mõjutama hamba närve või põhjustades hamba murru. Sellega võib kaasneda abstsess lõualuus või täielik hamba kaotus. Hamba eemaldamise tagajärjel taandub hambaalune luuhari ning aja jooksul viib see protsess olukorrani, kus olenemata rahalistest ja meditsiinilistest võimalustest on proteetilised, k.a implantoloogilised tööd võimatud (17).

WHO andmetel on peaaegu 100% maailma täiskasvanud rahvastikust kaaries (2). Diagnostikameetodite erinevus uuringutes teeb keeruliseks haiguse levimuse täpse hindamise. Pigem kirjeldatakse aga viimastel kümnendikel kaariese esinemise vähenemist (7, 18). Samas ennustab liigne süsivesikute tarbimine taas kaariese levimuse tõusu (1).

Suuhügieen on kõige olulisem kaariese ennetusmeetod. See koosneb hammaste harjamisest kaks korda päevas, niidimisest, suuloputusvee kasutamisest vähemalt kord päevas ja xylitoli pastillide või närimiskummi närimisest peale sööki. Vajalik on korrapärane hammaste kontroll hambaarsti juures iga kuue kuu järel, seejuures esimene visiit hambaarstile peaks toimuma enne lapse esimese eluaasta täitumist (19, 20).

2.2.2. Periodontiit

Kaariese peapõhjustaja, katu, eemaldamata jätmise korral toimub selles mineraliseerumine ja hammastele tekib hambakivi. Katt ja hambakivi ärritavad igemeid, mille tulemuseks on igemepõletik ehk gingiviit, mis ravimata jätmise korral võib edasi areneda periodontiidiks (20).

Periodontiidiks nimetatakse mikroorganismide põhjustatud hambakinnituskudede põletikku. Selle tulemusena taanduvad igemed ja moonduvad igemetaskud, hävinevad hamba kinnituskoed, periodontaalligament ning alveolaarлуу (21).

Meestel kulgeb haigus raskemalt. See on põhjustatud sugupoolte erinevast eluviisist ja hügieenikäitumisest. Paljude teiste riskitegurite seas, mis sarnanevad kaariese riskiteguritega, on periodontiidi puhul eriti olulisteks suitsetamine ja diabeet (22, 23).

WHO andmetel lasub enamus haiguskoormusest vanemaealisel elanikkonnal, kuid harv ei ole ka puberteedia gingiviit 15–19 aastaste seas (24). Haiguse esinemine enne 35. eluaastat on seotud perekonnasiseste teguritega (21, 25).

Periodontiidi ennetamiseks on oluline hea suu hügieen – kvaliteetne hambapasta, hambavahede niiditamine, suuloputusvee kasutamine ja kontrollvisiidid hambaarstile iga poole aasta järel, raseduse ajal vajadusel sagedamini (15).

2.3. Suuõõne infektsioonhaiguste esinemist mõjutavad tegurid

2.3.1. Eluviis

Puudulik suuhügieen, sagedane magustatud jookide manustamine ja näksimine toidukordade vahel on tüüpilisemad kaariese tekkepõhjused (26). Söömise ajal muutub suukeskkond normaalsest happelisemaks, mille tulemusel laguneb hambaemailist kaltsium- ja fosfaatioone. Puhkeolekus neutraliseerub suu pH ja süljeensüümide toimel hamba pind remineraliseerub. Toidukordade vahelise näksimise tõttu domineerib demineralisatsiooniprotsess remineralisatsiooni üle ja progresseerub hambakaarieseni (3). Magusaineid nagu rinnapiim (rinnapiima asendaja), lehmapiim, (lisaaineteta) mahlad jne võib lapsele anda vaid toidukordade ajal, kindlasti ei tohiks anda lutipudelit uneaegadel voodisse kaasa (26).

Erinevate uuringute andmeil on suitsetajatel suurem tõenäosus kaariesele ja periodontiidile nagu ka paljudele teistele suu tervisehäiretele. Sealjuures algavad tervisehäired nooremalt ja kulgevad raskemalt kui mittedsuitsetajatel (27).

2.3.2. Sotsiaaldemograafilised tegurid

Tervist puudutavad sotsiaalsed tegurid on inimese sünni- kasvu-, töö- ja elukeskkond, vanus ning tervishoiusüsteem. Globaalsel, riiklikul ja kohalikul tasandil kujundab selle keskkonna inimese ümber raha, võimu ja ressursside jaotumine, mis omakorda on mõjutatud poliitilistest otsustest. Sotsiaalsete mõjurite erinevus inimeste ja rahvaste vahel avaldub tervise ebavõrdsuses (28).

Eestis arvati täiskasvanute hambaravi riiklikult hüvitatavate teenuste paketist välja 2002. aastal eesmärgiga tagada alla 19-aastaste laste teenuse kättesaadavus. Selle tagajärjel langes

neid teenuseid ostnud täiskasvanute osatähtsus märkimisväärselt, mida seostatakse suure omaosalusega. 2009. aasta uuring kirjeldab, et elanikkonna rikkama viiendiku puhul oli omaosaluse osatähtsus hambaravis kümnetes kordades suurem, kui vaeseima viiendiku oma (29, 30).

Rootsi näitel ei ole tekitatud terviselõhe lihtne parandada. Kuigi hambaravi teenus integreeriti Rootsis taas riiklikku tervishoiu süsteemi 1974. aastal, kirjeldas 1996.–1997. aasta uuring madalama haridusega, rahaliste säästude ja sünni poolset võõramaalaste uuritavate kehvemaid suu tervishoiu näitajaid. Vanemate kehvem sotsiaaldemograafiline olukord oli seotud ka laste suuõõne tervisega (31).

Soomes läbiviidud uuring toob välja, et lisaks on sotsiaaldemograafilistest teguritest lapse kehva suu tervishoiuga seotud vanemate noor iga, abieluseis ja tööhõive (10).

2.4. Suu tervishoiu teenused ja andmed Põhjamaade tervishoiusüsteemis

Põhjamaade tervisepoliitikas on olnud ja jätkub suund tagada võrdne juurdepääs sama kvaliteediga ravile sõltumata inimese sotsiaalsest taustast ja maksevõimest. Tervishoiusüsteem on Eestile sarnaselt segu avaliku sektori teenustest, osaliselt riigi poolt toetatud erateenustest ja täielikult erateenustest (32).

Täiskasvanute hambaravi osutavad enamasti erateenuse pakkujad. Soomes, Rootsis ja Taanis hüvitatakse suur osa raviteenustest riikliku tervisekindlustuse poolt, Norras ja Islandil tasub ravi eest patsient. Laste hambaraviteenus on Soomes, Rootsis, Norras ja Taanis lastele tasuta, Islandil olenevalt teenusest väikese omaosalusega. Kõikides riikides on laste suu tervishoiu edendamine kõrge prioriteet ja vastavalt individuaalsele vajadusele kutsutakse laps hammaste läbivaatusele piirkonna ravikeskusesse (33).

Sellest hoolimata on vanemaid, kes keelduvad koostööst või ei pea oluliseks last hambaarstile viia, seades ohtu oma lapse suu tervise. Rootsi uuring kirjeldas, et selline käitumine oli seotud vanemate enda hirmudega hambaravi ees ja nende madala teadlikkusega suu tervishoiust (34).

Vanemate madal teadlikkus on ka kõrge kaariese esinemise sageduse üheks riskiteguriks lastel. Uuringutest on selgunud, et teadmiste kitsaskohtadeks seoses hammaste tervisega on aspektid toitumisest ja oskamatus väikelapse suu tervise eest hoolitseda (14, 15). Seejuures on vanemate enda magusa tarbimine ja suuhügieeni harjumused oluliselt seotud laste tervisekäitumisega (35). On avastatud, et oma hambaid regulaarselt pesevate ja niiditavate emade lastel esineb kaariest vähem kui nendel lastel, kelle vanemad seda ei tee (10).

Põhjamaades läbiviidud uuringute kohaselt on olulisteks kaariese riskiteguriteks ka vanemate sotsiaaldemograafilised tegurid (31). Marja-Leena Mattila toob välja, et kõrgema haridusega vanematel on sagedamini lapse hambad terved ning sama seos leidub parema töökohaga. Ema vanus lapse sünni ajal üle 25 eluaasta on samuti positiivselt seotud lapse parema suuõõne tervisega (10). Lisaks loetletule on Norra uuringu kohaselt immigrandi staatus, sõltumata teistest sotsiaaldemograafilistest tunnustest, oluline kaariese riski suurendav tegur (36).

Marja-Liisa Laitala uuringu tulemusena mõjutavad suuõõne haiguste ennetusprogrammid oluliselt laste suu tervishoidu. Seejuures SM ülekandumise ennetamine võib kahandada eeldatava riskirühma lapse kaarieseriski teiste samasse kohorti kuuluvate lastega samale tasemele (37). Rootsi uuring tõestab, et efektiivne lahendus riskirühma laste kaariese ennetamisel on lapsevanema individuaalnõustamine väikelapse elu algusaastatel (9).

Rootsi on eeskujuks nii laste kui eakate inimeste suu tervisehoiu näitajatega (tabel 1). Seevastu Soomes, kus WHO poolt korraldatud 12-aastaste laste DMFT (ingl. decayed, missing or filled teeth; *kaariesest kahjustatud, eemaldatud ja ravitud hambad*) indekse võrdluses ollakse aastaid esimeste seas, on hambutute vanurite osakaal rahvastikus küllaltki suur (33, 38, 39). DMFT indeks on WHO poolt tunnustatud riikide vahelise suu tervisehoiu võrdlemise indikaator (40). Alates 1990ndatest näitab kaariese haigustrend langustendentsi kõigis Põhjamaa riikides. Alla 12-aastaste DMFT indeksi väärtus oli 2000ndate algusaastateks kõigis viies Põhjamaa riigis alla 1,5. Eestis oli samaealiste laste hammaste tervise indikaatori väärtuseks 2,4, Leedus ja Lätis 3,5–3,9 (38).

Tabel 1. Keskmise DMFT indeksi ja kaariesevabade laste osakaal 12-aastaste hulgas ning hambutute osakaal üle 65-aastaste seas Põhjamaades 1996–2002 (Widström E et al.)

Riik	Aasta	12 aastased		Hambutud 65+ %
		DMFT=0 %	DMFT keskmise	
Taani	2002	61	0,88	36
Soome	2000	38	1,2	40
Island	1996	48	1,5	55
Norra	2000	48	1,5	35
Rootsi	2002	63	1,1	17
Eesti ¹	2000	-	2,4	-

¹-WHO (38)

Islandi uuringu kohaselt võivad riikidevahelise 12-aastaste laste DMFT indeksi võrdluses esitatud andmed olla pealiskaudsed. Helga Agustsdottir selgitab, et esitatud andmete kriteeriumid vastavad kõik WHO poolt esitatud tingimustele, kuid on riigiti erinevad. Ta

leiab, et võrdluse aluseks peaks kasutama indikaatorit, mis näitab ühe kolmandiku kõrgema kaarise sagedusega rahvastikrühma DMFT indeksite keskmist (41).

Terviseinfot rahvastiku suu tervishoiu kohta kogutakse alla 19-aastaste laste kohta iga-aastaselt Rootsis, Norras ja Taanis ning iga kolme aasta järel Soomes. Täiskasvanud rahvastikus kogutakse Soomes ja Taanis andmeid üleriigiliste uuringutega, teistes riikides on andmed piirkondlikud (42).

Põhjamaade probleemid seoses suu tervishoiuga on madala hariduse ja sissetulekuga inimeste ebavõrdsus teenuste kättesaadavuses, hambaravi personali vähesus maapiirkondades ning suu tervishoiuga seotud teenuste kulutõhususe hindamise süsteemi puudumine (33, 39).

2.5. Suu tervishoiu teenused ja andmed Eesti tervishoiusüsteemis

Eesti ravikindlustussüsteemi korraldab Eesti Haigekassa (EHK). Eesti ravikindlustuse eesmärk on katta kindlustatud isikute tervishoiukulud haiguste ennetamiseks ja raviks, rahastada ravimite ja meditsiiniliste abivahendite ostmist ja maksta ajutise töövõimetuse jm rahalisi hüvitisi. Eesti ravikindlustus järgib solidaarsuse printsiipi. Tööd tegevate inimeste eest makstud sotsiaalmaksust tasub haigekassa ka nende inimeste tervishoiuteenuste eest, kes parasjagu ei tööta (43).

Alates 1990. aastate keskpaigast on tervisesüsteemi rahastamisel avaliku sektori roll vähenenud ja inimeste omaosalus suurenenud, olles põhiliselt tingitud hambaravile ja ravimitele tehtavate kulutuste suurenemisest (44).

Hambaraviteenuse osutamist reguleerivad „Tervishoiuteenuste korraldamise seadus”, „Ravikindlustuse seadus” ja Sotsiaalministeeriumi määrus nr 145: „Täiskasvanute hambaraviteenuse hüvitise määrad, maksmise kord ning hambaravihüvitise saamiseks vajalike dokumentide loetelu, neis sisalduvate andmete koosseis ja dokumentide esitamise kord” (45–47). Hambaraviteenuste kvaliteedi ja teenuseosutajate järelevalve on jäetud peamiselt erialaühenduse ja Terviseameti ülesandeks (44).

Hambaraviteenuse hinnad ei ole täiskasvanute puhul seadusega reguleeritud, sest puudub asutus, kes vastutaks hindade jälgimise eest (48). Laste hambaravi kuulub EHK-ga lepingu sõlminud teenuseosutajate juures ravikindlustussüsteemi poolt hüvitamisele ja valitsus reguleerib teenuste hindade kujundamist (44). Teenuseosutajad, kellel lepingut ei ole, võivad kehtestada patsientidele „mõistlikud” tasud, mida ei reguleerita (49).

Hambaravi kiiresti tõusvad hinnad ja suurenev vajadus täiskasvanute hambaravi järele on vähendanud hambaarstide huvi EHK lepingut taotlema (50). Vähem oluline ei ole ka järjest suurenev välisriikide kodanike arv, kes Eestis hambaraviteenuseid kasutada soovivad (48).

Eestis nagu ka mujal maailmas on prioriteediks tõusnud võrdne õigus tervisele ja ebavõrdsuse vähendamine seoses inimeste erinevate sissetulekute ning elukohast tingitud ebasoodsate tingimustega terviseteenuseid kasutada. Eesti tervisesüsteemis on ebavõrdsus tervises põhjustatud suures osas just hambaravi teenuse ja ravimite ostmises (51).

2.5.1. Suu tervishoiu edendustegevus Eestis

Täiskasvanud rahvastiku suuõõne tervishoid ei kuulu EHK hüvitatavate teenuste loetellu (46). Seega puuduvad ka riiklikud sekkumisprogrammid üle 19-aastaste kodanike suu tervishoiu säilitamiseks või edendamiseks.

Prioriteetsed probleemid suu tervishoius on „Rahvastiku Tervise Arengukava 2009–2020” alavaldkonna, „Laste ja noorte turvaline ning tervislik areng”, alusel eelkooliealiste laste ennetavate tervisekontrollide ebaregulaarsus ja kõrge hambakaariese esinemissagedus eelkooliealistel lastel (52).

EHK on rahastanud lastele suunatud hammaste tervise ennetusprogrammi alates 1990ndate aastate keskelt. See hõlmab suuhügieeni koolitust koolides ja individuaalseid hambaravikonsultatsioone, vajadusel silandi kasutamist ning fluoroterapiat ravikabinetis. Nende programmide sihtrühm on lapsed vanuses 6–12 eluaastat. 2005. aastal osales ennetusprogrammis ligikaudu 50% sellesse vanusrühma kuuluvast rahvastikust (44).

2010. aastal alustati projekti „Laste hammaste tervis”. Projekti eesmärk on vähendada kaariese esinemist lapseas, kujundada oskuslikke hügieeniharjumusi ja tõsta vanemate teadlikkust varajaste hambaarsti visiitide vajalikkusest suu tervise arengul.

2011. aastal olid projekti „Laste hammaste tervis” strateegilised tegevussuunad kooskõlastatud ka sotsiaalministri 2010. aasta määrusega nr 2 „Perearsti ja temaga koos töötavate töötajate tööjuhend”. Koostöö erialaspetsialistide vahel muudab ennetustegevuse efektiivsemaks ja sihtgrupile kättesaadavamaks.

Laste suuõõne tervisest parema ülevaate saamiseks on muutunud ka EHK lepinguliste teenuseosutajate arvete esitamise kord. Alates 2011. aastast märgitakse laste profülaktilise läbivaatuse arvetel laste suu tervishoiu indikaatori, DMFT indeksiga seotud andmeid. Indeksi kasutamine võimaldab edaspidi hinnata laste suu tervishoiu olukorda ja projekti tegevuste tulemuslikkust (43).

2.6. Terviseinfo Eesti rahvastiku suu tervishoiu andmetest

Rahva tervisest tervikliku ülevaate saamiseks on vajalik informatsioon nii riiklikest andmekogudest kui teadus- ja rakendusuuringutest (53). Suuõõne haiguste levimuse kui ka inimeste teadlikkuse hindamiseks jääb aga praeguste andmete olemasolu ahtaks. Eesti rahvastiku suu tervishoid on hinnatav vaid küsitlusuuringute või kliinilisi mõõtmisi sisaldavate uuringute abil.

2.6.1. Küsitlusuuringud

Suuremad suu tervishoiu teemat käsitletud küsitlusuuringud Eestis on olnud „NORBALT”, „Finbalt” ja „EUROSTAT” (tabel 2). Küsitlusuuringud on puudutanud suu tervishoiu teemat väga põgusalt ja need kirjeldavad pigem noorukite ning täiskasvanud rahvastiku hambaravi teenuse kasutamist kui tervisekäitumist.

Küsimused, mida uuringutes seoses suu tervishoiuga käsitletakse on: „Kui sageli külastate hambaarsti”?; „Millal viimati külastasite hambaarsti?” ja „Millistel põhjustel ei külasta?” („Elanike ootused arstiabi suhtes”, „NORBALT”, „EUROSTAT”, „Elanike hinnangud tervisele ja arstiabile”) (54–60). „Finbalt” uuringus käsitletakse hambavalu esinemise kohta viimase 30 päeva jooksul ja „Mitu oma hammast vastajal on eemaldatud?” ning „Kui tihti peseb vastaja hambaid?” (61–64). Tervisekäitumise küsimusi hambavahede niiditamise, hambaharja vahetamise sageduse, söögikordade vaheliste näksimiste või karastusjookide tarbimise kohta ei ole senini küsitlusuuringutesse lülitatud.

„Finbalt” uuringu tulemused hammaste puudumise kohta on avaldatud ainult 2010. aastal. Täielikult on avaldamata analüüs küsimuse kohta „Kui tihti peseb vastaja hambaid?”. 2004.–2010. aasta „Finbalt” uuringu tulemustest selgub, et hambavalu viimase 30 päeva jooksul oli esinenud keskmiselt 13,6–17,4% vastajaist. Seejuures kõige sagedamini esines valu nooremas vanuserühmas 16–24-aastastel uuritavatel: 17,1–22,2% meestel ja 17,6–23,9% naistel. Läbi aastate oli kogu uuringurühma keskmine hambaarsti külastatavus 48,3–54,4%. Seejuures oli hambaarsti külastamine läbi aastate naiste seas levinum kui meeste seas, vastavalt 55,0–62,2% ja 39,0–44% (61–64).

„NORBALT II” andmetel oli küsitlusele eelnenud kuue kuu jooksul hambaarsti visiidil käinud samuti rohkem naised kui mehed. Oluline oli seejuures ka vastaja kõrgem haridus ja sissetulek (65).

Tabel 2. Küsitlusuuringud Eestis, mis sisaldavad küsimusi suutervishoiust, 1994–2010

Uuringuaasta	Valimi suurus	Uuringu nimi	Korraldaja
1994 1999	4883 5500	NORBALT I and II: Living Conditions in the Baltic Countries (56)	Statistikaamet
2001 2002	503 999	Elanike ootused arstiabi suhtes (54, 55)	Eesti Haigekassa, Sotsiaal- ministeerium
2003	2211	Elanike rahulolu arstiabiga (66)	Eesti Haigekassa
2004 ja edasi igal paaris aastal	5000	Finbalt Health Monitor (Finbalt) Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuring (61–64)	Tervise Arengu Instituut
2006	6436	Euroopa Nõukogu Statistikaorganisatsiooni (EUROSTAT), Eesti terviseuuring (60)	Tervise Arengu Instituut
2006 2009 2010	1500 1500 1524	Elanike hinnangud tervisele ja arstiabile (57–59)	Eesti Haigekassa, Sotsiaal- ministeerium
2007 2008	1571 1521	Patsientide hinnangud tervisele ja arstiabile (67)	Eesti Haigekassa

„EUROSTAT” uuring tõi välja, et 2006. aastal oli hambaarsti külastanud 42,7% meestest ja 55,9% naistest. Märkimisväärne on, et 1976.–1980. aastal sündinud meestest ei olnud kunagi hambaarsti külastanud 5% vastajatest (60).

Uuringu „Elanike hinnangud tervisele ja arstiabile” andmetel ei mäletanud viimast hambaarstikäiku või ei olnud kunagi hambaarstil käinud 21% vastajaist. Inimesi, kes visiteerivad hambaarsti harvemini kui kord aastas, oli keskmisest enam meeste seas (57%); inimeste seas, kelle leibkonna sissetulek ühe liikme kohta jäi 2009. aastal alla 3000 krooni (62%); kes elasid väikelinnades (59%), Lääne-Eestis (58%) või Virumaal (62%) ja olid kodused või töötud (60%). Hambaarsti mittekülastamise põhjenduseks esitati kõige sagedamini vajaduse/kaebuste puudumise (59%) või majanduslikud põhjused (29%) (58). Kord aastas või sagedamini hambaarstil käivate elanike osakaal langes 2005.–2010. aastani 12% võrra. Võrreldes varasemate aastatega oli 2010. aastal avaldatud tulemustes vähenenud drastilistelt nende inimeste osakaal, kes ei külasta hambaarsti vajaduse puudumise tõttu ja suurenenud majanduslikel põhjustel minemata jätnute osakaal (59).

2.6.2. Kliinilisi mõõtmisi sisaldavad suu tervishoiu uuringud

Kliinilisi mõõtmisi sisaldavad uuringud on peamiselt keskendunud haiguse või riskitegurite levimuse hindamisele (tabel 3). 1990ndate esimesel poolel ei olnud Eesti kooliealiste laste suuhügieeni harjumused uuringus osalenud Euroopa riikidega võrdsel tasemel. Eesti kuulus uuringus kaheksa riigi hulka, kus kooliealistest lastest vähem kui pooled pesid kaks korda päevas hambaid (68).

Põhjamaadega võrreldes on kaariese esinemise sagedus Eesti lastel kõrgem (69). 1990ndate teisel poolel oli Eesti kooliealiste laste hammaste tervise indikaatori näitajad oluliselt halvemad kui Taani samaealistel lastel. Eesti laste DMFT indeksi väärtuseks oli seitsmeaastastel lastel 7,7 ja kaheteistkümneaastastel 2,1, seevastu Taani samaealistel lastel vastavalt 5,3 ja 1,3 (70).

Tabel 3. Kliinilisi mõõtmisi sisaldavad suu tervishoiu uuringud Eestis, 1993–2008

Uuringuaasta	Valimi suurus	Uuringu nimi	Autorid ja ulatus
1993	3059	Hambakaariese, fluoroosi ja hüpoplaasia levimus fluoririkast joogivett tarvitavatel Eesti kooliõpilastel (71)	Vihm N, et al. (piirkondlik)
1993–1994	EST 3516	Health behaviour in school-aged children – a WHO cross-national survey, the HBSC Study (68)	Kuusela S, et al. (üleriigiline)
1994–1999	740	Xylitol candies in caries prevention: results of a field study in Estonian children (72)	Alanen P, et al. (piirkondlik)
1995	188	Polyol-combinant saliva stimulants: a 4-month pilot study in young adults (73)	Mäkinen KK, et al. (piirkondlik)
1997	EST 140 DK 1279	Dental caries in schoolchildren of an Estonian and a Danish municipality (70)	Dragheim E, et al. (piirkondlik)
2002	368	Hambafluoroosi ja -kaariese haigestumus Tartu linna lastel seoses joogivee fluorisisaldusega (74)	Russak S, et al. (piirkondlik)
2004–2006	80	Periodontal disease in mothers indicates risk in their children (25)	Pähkla ER, et al. (piirkondlik)
2006	472	Dental health and oral mutans streptococci in 2–4-year old Estonian children (69)	Olak J, et al. (üleriigiline)
2008	522	Measuring dental caries in the mixed dentition by ICDAS (75)	Honkala E, et al. (piirkondlik)

Alla 4-aastaste laste DMFT indeksi väärtus varieerus 2006. aasta uuringu kohaselt piirkonniti 1,1 Tartus vs 2,4 Võrus. SM bakteriga oli nakatunud 58% ja kaaries esines 42% uuritavatest (69). 2008. aastal oli Eesti seitsmeaastaste laste DMFT indeks paranenud 5,9-le (75).

3. TÖÖ EESMÄRGID

Magistritöö üldeesmärk oli kirjeldada väikelaste vanemate teadlikkust suu tervishoiust.

Alaesmärgid:

1. kirjeldada lapsevanemate teadmisi lapse suu tervishoiust;
2. kirjeldada lapsevanemate käitumist seoses lapse suu tervishoiuga;
3. analüüsida seoseid suu tervishoiu teadmiste ja käitumise vahel;
4. uurida lapsevanema tervisekäitumise seoseid lapse vanusega;
5. analüüsida sotsiaaldemograafiliste tegurite seoseid lapsevanema teadlikkusega suu tervishoiust.

4. MATERJAL JA METOODIKA

4.1. Materjal

Magistritöö põhineb Eesti Haigekassa 2010. aasta üleriigilise projekti „Laste hammaste tervis” raames läbi viidud „Lapsevanemate suutervishoiu teadlikkuse uuring” (LSTU) andmetel. Projekti kohta käiv informatsioon on kättesaadav: <http://lastehammastetervis.perekool.ee>.

Uuringu sihtrühmaks olid kuni 4-aastaste laste vanemad. Uuringu instrumendiks oli ankeetküsimustik, mis koosnes valikvastustega küsimustest. Ankeet oli osalejatele saadaval nii eesti- kui venekeelsena.

LSTU uuringut koordineeris ja andmeid analüüsis käesoleva töö autor. Andmekogujad olid õendustöötajad, kes viisid läbi projekti tegevusi lasteaedades. Õendustöötajaid oli kokku 16, nendest 7 olid pereõed ja 9 hambaravis töötavad õed. Projekti tegevusteks oli laste suutervishoiualase infotunni korraldamine lapsevanematele.

Õendustöötajad edastasid ankeedid projekti ürituste käigus iga maakonna lasteasutuste juhatajatele. Lasteaia juhataja jagas ankeedid omakorda lasteaias käivate kuni 4-aastaste laste vanematele ja kogus täidetud ankeedid kokku. Küsimustikule vastamine oli anonüümne ja vabatahtlik. Ankeedid tagastati suletud ümbrikutes uuringu koordinaatorile projekti õendustöötajate vahendusel. Uuringu perioodiks oli 5 kuud (01.05–30.09.2010).

4.2. Valim

Uuring viidi läbi kaheksas perearstikeskuses ja viieteistkümnes lasteasutuses üle riigi. Uuringusse planeeriti kaasata igast maakonnast üks lasteaed ja üks perekeskus, kuid perekeskuste kaasamine takerdus pereõdede vähesel projektis osalemise soovi tõttu. Lasteaed ja perearstikeskus igast maakonnast valiti käepärasuse põhimõttel, kuid sarnaselt WHO üleriigiliste suu tervishoiu uuringute kriteeriumitele (40). Minimaalne osalejate arv igas maakonnas oli 25, pealinnas 100 ja suuremates linnades 50. Hiiu-, Saare-, Võru-, Järva- ja Pärnumaal kaasati uuringusse keskustes asuvad lasteaiad, teistes maakondades kõrvalasulates paiknevad lasteasutused. Lapsevanematele jagati kokku 661 ankeeti, nendest lasteaedades 468 ankeeti ning perekeskustes 193 ankeeti. Tagastatud ankeete oli 548, vastamismäär oli 83%. Uuringust kõrvaldati 17 ankeeti, kus osa teadlikkuse indeksi moodustanud küsimustest oli vastamata. Uuringus osalemine oli lapsevanematele vabatahtlik.

4.3. Küsimustik

Ankeetküsimustiku autor on Tartu Ülikooli Kliinikumi stomatoloogia kliiniku vanemõde Tiina Silgu. Küsimustikku on kasutatud Tartu linna lasteaedades käivate väikelaste vanemate teadlikkuse uurimiseks 2005. aastal (76). Küsimustiku eesmärgiks on hinnata väikelaste vanemate teadmisi ja käitumist seoses laste suu tervishoiuga.

Küsimustikus on 31 valikvastustega küsimust, mis jagunevad nelja kategooriasse:

- lapsevanema sotsiaaldemograafilised tegurid
- teadmised suu tervishoiust
- käitumine seoses oma lapse suu tervishoiuga
- teave kasutatavate infoallikate kohta

Küsimustik on esitatud lisas 1.

4.3.1. Teadlikkuse indeks

Teadlikkuse indeks moodustati ankeedi „Lapsevanemate suutervishoiu teadlikkuse uuring” küsimustest. Varasematest uuringutest on selgunud, et indiviidi suuõõne tervis on oluliselt seotud väikelapse hügieeni, toitmis- ja toitumisharjumustega (10). Seepärast on teadlikkuse hindamiseks valitud ankeedist neid teemasid puudutavad küsimused. Küsimuse kaasamiseks indeksisse oli eeldus, et õige vastusevariant oleks teaduslikult tõestatud.

Teadlikkuse hindamiseks valiti ankeedist 11 küsimust, nendest 8 lapsevanemate teadmisi kirjeldavat küsimust (küsimused 10, 13, 14, 19, 20, 23, 26, 27) ja 3 käitumist kirjeldavat küsimust (küsimused 12, 17, 24).

Lapsevanem on väikelapse suuhügieeni teostaja, ta vastutab tema toitmise eest ja kujundab harjumused tulevikuks (9, 10). Selleks, et tõsta vanemate teadlikkust ja oskuslikkust väikelapse suuõõne tervise eest hoolitsemisel, soovitatakse külastada lapsega hambaarsti enne tema aastaseks saamist (19). Lapsevanemate teadmise ja suhtumise selgitamiseks ennetava hambaravi visiidi vajalikkuse kohta on ankeedist valitud indeksisse küsimused 26 ja 27. Teadmisi väikelapse suuhügieenist hinnatakse küsimustega 23 ja 24.

26. Kuidas Te aru saate, et Teie lapsel on kaaries?

27. Millal võiks esimest korda lapse hambaarsti juurde viia?

23. Millises vanuses peaks lapsevanem alustama lapse hammaste puhastamisega?

24. Mitu korda päevas pesete lapse hambaid?

Toitumise teemal on hammaste tervise seisukohast oluline vältida liigset süsivesikute tarbimist ja hoiduda sagedastest vahepaladest, et võimaldada suu mikroflooral neutraliseeruda

(3). Küsimustikust sobis indeksisse vanemate teadlikkuse hindamiseks antud teemal küsimused 14 ja 17.

14. Suhkur aitab kaariese tekkele kaasa. Mis on seejuures kõige tähtsam?

17. Kas Teie laps peale piima või vee veel midagi lutipudelilist joob/ sööb?

Vanemate teadlikkus toitmismeetoditest on oluline, et vältida kaariest tekitavate bakterite ülekandumist vanemalt lapsele ja ennetada kaariesest või lutipudeli väärkasutamisest tingitud kõnehäireid (6, 8). Vanemate teadmiste selgitamiseks on indeksisse valitud küsimused 10, 12, 13, 19 ja 20.

10. Kas kaaries on nakkushaigus?

12. Kas Te olete söömise ajal kasutanud lapsega sama lusikat või kahvli?

13. Kas peate õigeks, et lapsevanemad puhastavad oma suus lapse mahakukkunud luttu?

19. Paljud lapsed kasutavad lutipudelit. Mis te arvate, milline oleks õige vanus sellest võõrutamiseks?

20. Mis Te arvate, milline oleks õige vanus tassist joomise alustamiseks?

Teadlikuks märgiti vastajad, kes vastasid 11-st küsimusest õigesti vähemalt seitsmele ehk 63% küsimustele. Õiged vastused on märgitud ankeedis paksus kirjas (lisa 1).

4.4. Andmete analüüs

Andmeanalüüsis kasutati 531 ankeeti. Vastajate teadmiste, käitumise, sotsiaaldemograafiliste andmete ja teadlikkuse kirjeldamiseks kasutati sagedustabeleid. Tabelites on tunnuste jaotus protsentides esitatud kümnendik komakoha täpsusega, seetõttu ei ole mõnes tabelis tunnuse jaotuse summaks täpselt 100%. Seoste hindamiseks kasutati hii-ruut testi. Statistiliselt olulised seosed ($p \leq 0.05$) on tabelites märgitud paksus kirjas. Laste suu tervishoiu teadlikkuse seoseid sotsiaaldemograafiliste teguritega analüüsiti logistilise regressioonimudeliga, kus sõltuvaks tunnuseks oli lapsevanema teadlikkus (väärtused: 1 – teadlik, 0 – mitte-teadlik) ning sõltumatuteks tunnusteks oli vanus, haridus, perekonnaseis ja hinnang sissetulekule. Arvutati välja šansisuhe (*odds ratio* – *OR*) koos 95% usaldusvahemikuga (95% CI). Logistilise regressioonanalüüsi mudelis kohandati šansisuhe kõigile sotsiaaldemograafilistele teguritele.

Andmed sisestati tabelarvutusprogrammi MS Excel 2007 ja analüüsiti statistikapaketiga STATA 11.1 (77).

5. TULEMUSED

5.1. Valimi kirjeldus

Uuringus kasutati 531 vastaja andmeid (tabel 4). Valdav enamus küsitlusele vastajatest olid emad (86,8%). Rohkem kui pooled uuritavad olid omandanud keskhariiduse (51,6%) ja kuulusid vanuserühma 20–29 eluaastat (48%). 85,9% isadest ja 57,4% emadest omasid ankeedi täitmise hetkel töökohta, 57,8% vastajatest hindas perekonna sissetulekut rahuldavaks. Vastanutest oli 67,4% abielus ja 22,4% vallalisi.

Tabel 4. Sotsiaal-demograafiliste tegurite jaotus valimis, LSTU, 2010

Vastaja	Ema		Isa		Vastamata		Kokku	
	arv	%	Arv	%	arv	%	arv	%
Kokku	461	86,8	44	8,3	26	4,9	531	100,0
Vanuserühm								
17–19 aastat	5	1,1		0,0		0,0	5	0,9
20–29 aastat	239	51,9	16	36,4		0,0	255	48,0
30–39 aastat	172	37,3	21	47,7		0,0	193	36,3
40–47 aastat	37	8,0	6	13,6		0,0	43	8,1
Vastamata	8	1,7	1	2,3	26	100,0	35	6,6
Haridus								
Põhiharidus	44	9,5	9	20,5		0,0	53	10,0
Keskharidus	245	53,1	29	65,9		0,0	274	51,6
Kõrgharidus	170	36,9	6	13,6	1	3,8	177	33,3
Vastamata	2	0,4		0,0	25	96,2	27	5,1
Perekonnaseis								
Abielus, kooselus	328	71,1	29	65,9	1	3,8	358	67,4
Lahutatud	14	3,0	1	2,3		0,0	15	2,8
Vallaline	108	23,4	11	25,0		0,0	119	22,4
Vastamata	11	2,4	3	6,8	25	96,2	39	7,3
Hinnang sissetulekule								
Hea	159	34,5	12	27,3	6	23,1	177	33,3
Rahuldav	267	57,9	29	65,9	11	42,3	307	57,8
Halb	34	7,4	3	6,8	6	23,1	43	8,1
Vastamata	1	0,2		0,0	3	11,5	4	0,8
Ema tööhõive								
Töötab	277	60,1	27	61,4	1	3,8	305	57,4
Ei tööta	158	34,3	15	34,1		0,0	173	32,6
Õpib	23	5,0	1	2,3		0,0	24	4,5
Vastamata	3	0,6	1	2,3	25	96,2	29	5,5
Isa tööhõive								
Töötab	412	89,4	43	97,7	1	3,8	456	85,9
Ei tööta	32	6,9	1	2,3		0,0	33	6,2
Õpib	1	0,2		0,0		0,0	1	0,2
Vastamata	16	3,5		0,0	25	96,2	41	7,7

5.2. Lapsevanemate teadmised lapse suu tervishoiust

Tabelis 5 on toodud sagedusjaotus lapsevanemate teadmisi kirjeldavatest küsimustest. Kaariest pidas nakkuvaks haiguseks 37,7% vastanutest, isadest teadis seda 20,5% (tabel 5). Mahakukkunud lapse luti puhastamist vanema suus ei pidanud õigeks 92,8% vastajaist.

Tabel 5. Uuringu küsimustiku teadmistega seotud küsimused, LSTU, 2010

Vastaja	Ema		Isa		Vastamata		Kokku	
	arv	%	arv	%	arv	%	arv	%
10. Kas kaaries on nakkushaigus?								
Ei ole	193	41,9	26	59,0	14	53,8	233	43,9
On	187	40,6	9	20,5	4	15,4	200	37,7
Ei tea/ei oska vastata	74	16,0	9	20,5	5	19,2	88	16,6
Vastamata	7	1,5	0	0,0	3	11,5	10	1,9
13. Kas peate õigeks, et lapsevanemad puhastavad oma suus lapse mahakukkunud luti?								
Ei	434	94,2	37	84,1	22	84,6	493	92,8
Jah	25	5,4	7	15,9	1	3,8	33	6,2
Vastamata	2	0,4		0,0	3	11,5	5	0,9
14. Suhkur aitab kaariese tekkele kaasa. Mis on seejuures kõige tähtsam?								
Kui palju suhkrut koguseliselt tarbitakse	54	11,7	3	6,8	3	11,5	60	11,3
Kui sageli suhkrut tarbitakse	362	78,5	34	77,3	17	65,4	413	77,8
Ei tea	41	8,9	6	13,6	2	7,7	49	9,2
Vastamata	4	0,9	1	2,3	4	15,4	9	1,7
19. Paljud lapsed kasutavad lutipudelit. Mis te arvate, milline oleks õige vanus sellest võõrutamiseks?								
4–6 kuud	24	5,2	1	2,3	3	11,5	28	5,3
7–9 kuud	58	12,6	7	15,9	4	15,4	69	13,0
10–12 kuud	187	40,6	10	22,7	8	30,8	205	38,6
13–18 kuud	139	30,2	17	38,6	8	30,8	164	30,9
19–24 kuud	31	6,7	5	11,4	0	0,0	36	6,8
Üle 25 kuu	10	2,2	2	4,5	0	0,0	12	2,3
Vastamata	12	2,6	2	4,5	3	11,5	17	3,2
20. Mis Te arvate, milline oleks õige vanus tassist joomise alustamiseks?								
4–6 kuud	52	11,3	2	4,5	4	15,4	58	10,9
7–9 kuud	163	35,4	9	20,5	9	34,6	181	34,1
10–12 kuud	179	38,8	14	31,8	9	34,6	202	38,0
13–18 kuud	47	10,2	15	34,1	2	7,7	64	12,1
19–24 kuud	9	2,0	3	6,8		0,0	12	2,3
Üle 25 kuu	2	0,4		0,0		0,0	2	0,4
Vastamata	9	2,0	1	2,3	2	7,7	12	2,3
23. Millises vanuses peaks lapsevanem alustama lapse hammaste puhastamisega?								
6–12 kuud	367	79,6	30	68,2	18	69,2	415	78,2
13–24 kuud	36	7,8	7	15,9	4	15,4	47	8,9
Üle 25 kuu	2	0,4	1	2,3		0,0	3	0,6
Vastamata	56	12,1	6	13,6	4	15,4	66	12,4
26. Kuidas Te aru saate, et Teie lapsel on kaaries?								
Sooja-, külma-, hapu- või tundlikkus	105	22,8	8	18,2	4	15,4	117	22,0
Kriitjasvalge matjas laik hamba	210	45,6	19	43,2	10	38,5	239	45,0
Auk hamba sees nii, et toit jääb kinni	119	25,8	9	20,5	5	19,2	133	25,0
Ei tea	108	23,4	13	29,5	3	11,5	124	23,4
27. Millal võiks esimest korda laps hambaarsti juurde viia?								
Siis kui tal tuleb suhu esimene	72	15,6	6	13,6	4	15,4	82	15,4
Siis kui ma arvan, et ta võiks teha tutvust oma hambaarstiga	335	72,7	34	77,3	16	61,5	385	72,5
Siis kui tal on hambas auk	39	8,5	4	9,1	2	7,7	45	8,5
Siis kui lapsel on hambavalu	9	2,0		0,0		0,0	9	1,7
Vastamata	6	1,3		0,0	4	15,4	10	1,9

Süsvivesikute sagedast tarbimist seostas kaarieste tekkega 77,8% lapsevanematest ja enamuse (78,2%) vastas, et lapse hammaste eest hoolitsemist peaks alustama enne esimese eluaasta täitumist. Ainult 13% vanematest vastas, et lutipudelist võõrutamine peaks algama 7.–9. elukuul. Emadest 40,6% leidis, et lutipudelist võõrutamine peaks algama 10.–12. elukuul, isadest 38,6% pidas õigeks vanuseks 13.–18. kuud. Alla poole lapsevanematest (38,0%) valis õigeks tassist joomise alustamise vanusevahemikuks lapse 10.–13. elukuud, isadest 34,1% arvas, et sellega peaks alustama lapse 13.–18. elukuul. Kaarieste tunnuseks pidas 45% vastanutest valget laiku lapse hamba pinnal. 15,4% vanematest vastas, et lapse esimene hambaarsti külastus peaks toimuma peale esimeste hammaste lõikumist.

5.3. Lapsevanemate käitumine seoses lapse suu tervishoiuga

Uuritavatest 54,6% ei olnud kasutanud lapsega sama lusikat või kahvli (tabel 6). Rohkem kui 3 korda nädalas kuni iga päev pakkus lapsele magusat 29,4% vastajatest, mitu korda päevas lubas maiustada 26,0% lapsevanematest. Vastajate lastest kasutas 72,1% ainult tassi. 63,7% uuritavate lastest ei joonud lutipudelist midagi peale piima või vee. Lutipudeli voodisse kaasa andis lapsele 10,5% vanematest. Lapse hambaid oli proovinud puhastada 91,8% emadest ja 84,1% isadest. Kaks korda päevas pesi lapse hambaid 54%. Seejuures spetsiaalselt lastele mõeldud hambapastat kasutati 78,9% uuritavate kodus, 13,2% vastanute lapse suuõõnt puhastati palja veega. Lapsega hambaarsti ei olnud külastanud 68,2% vanematest.

Tabel 6. Uuringu küsimustiku käitumisega seotud küsimused, LSTU, 2010

Vastaja	Ema		Isa		Vastamata		Kokku	
	arv	%	arv	%	arv	%	arv	%
12. Kas Te olete söömise ajal kasutanud lapsega sama lusikat või kahvlit?								
Ei	248	53,8	23	52,3	19	73,1	290	54,6
Jah	212	46,0	21	47,7	7	26,9	240	45,2
Vastamata	1	0,2		0,0		0,0	1	0,2
15. Kui sageli annate lapsele maiustusi?								
Üldse ei anna	46	10,0	3	6,8	2	7,7	51	9,6
Kuni 3x nädalas	146	31,7	13	29,5	2	7,7	161	30,3
Rohkem kui 3x nädalas kuni kord päevas	132	28,6	13	29,5	11	42,3	156	29,4
Rohkem kui kord päevas	117	25,4	14	31,8	7	26,9	138	26,0
Vastamata	20	4,3	1	2,3	4	15,4	25	4,7
16. Kas Teie laps kasutab:								
Ainult lutipudelit	25	5,4	3	6,8	1	3,8	29	5,5
Ainult tassi	336	72,9	32	72,7	15	57,7	383	72,1
Mõlemaid, nii pudelit kui tassi	89	19,3	8	18,2	6	23,1	103	19,4
Vastamata	11	2,4		2,3	4	15,4	16	3,0
17. Kas Teie laps peale piima või vee veel midagi lutipudelist joob/ sööb?								
Ei	299	64,9	25	56,8	14	53,8	338	63,7
Jah	94	20,4	11	25,0	6	23,1	111	20,9
Vastamata	68	14,7	8	18,2	6	23,1	82	15,4
21. Kas Te annate lapsele lutipudeli voodisse kaasa?								
Ei	393	85,2	37	84,1	18	69,2	448	84,4
Jah	46	10,0	4	9,1	6	23,1	56	10,5
Vastamata	22	4,8	3	6,8	2	7,7	27	5,1
22. Kas Te olete kunagi proovinud puhastada lapse hambaid?								
Ei	31	6,7	5	11,4	1	3,8	37	7,0
Jah	423	91,8	37	84,1	23	88,5	483	91,0
Vastamata	7	1,5	2	4,5	2	7,7	11	2,1
24. Mitu korda päevas pesete lapse hambaid?								
Üks kord päevas	184	39,9	14	31,8	9	34,6	207	39,0
Kaks korda päevas	246	53,4	27	61,3	14	53,9	287	54,0
Rohkem kui kaks korda päevas	1	0,2	1	2,3	0	0,0	2	0,4
Ei pese üldse	21	4,6	1	2,3	0	0,0	22	4,1
Vastamata	9	2,0	1	2,3	3	11,5	13	2,4
25. Millist hambapastat kasutate lapse hammaste pesemiseks?								
Seda millega terve pere peseb	9	2,0	5	11,4	0	0,0	14	2,6
Lastehambapastat	365	79,2	35	79,5	19	73,1	419	78,9
Loputan lapse hambaid/suuõõnt palja veeega	66	14,3	3	6,8	1	3,8	70	13,2
Vastamata	21	4,6	1	2,3	6	23,1	28	5,3
28. Kui vana oli Teie laps, kui temaga esimest korda hambaarsti juures käisite?								
Ei ole	321	69,6	26	59,1	15	57,7	362	68,2
1 aastasel	14	3,0	2	4,5	2	7,7	18	3,4
2 aastasel	51	11,1	9	20,5	2	7,7	62	11,7
3 aastasel	52	11,3	4	9,1	3	11,5	59	11,1
4 aastasel	11	2,4	2	4,5	0	0,0	13	2,4
Vastamata	12	2,6	1	2,3	4	15,4	17	3,2

5.4. Seosed suu tervishoiu teadmiste ja käitumise vahel

5.4.1. Kaariese nakkuslikkus ja süljekontakt

Sõltumata sellest, kas lapsevanem teadis, et kaaries on nakkushaigus või mitte, ei pidanud vastavalt 95,0% ja 92,3% uuritavatest õigeks, et vanemad puhastavad lapse luti enda suus ning vastavalt 43,5% ja 45,5% kasutas lapsega sama lusikat või kahvlit (tabel 7).

Tabel 7. Lapsevanemate teadmised kaariese nakkuslikkusest ja seosed lapse luti või toiduriista puhastamisega suus, LSTU, 2010

	Ei ole		On		Ei tea		Vastamata		Kokku	
	arv	%	arv	%	arv	%	arv	%	arv	%
Kaaries on nakkus	233	43,9	200	37,7	88	16,6	10	1,9	531	100,0
13. Kas peate õigeks, et lapsevanemad puhastavad oma suus lapse mahakukkunud luti?										
Ei	215	92,3	190	95,0	79	89,8	9	90,0	493	92,8
Jah	15	6,4	9	4,5	8	9,1	1	10,0	33	6,2
Vastamata	3	1,3	1	0,5	1	1,1	0	0,0	5	0,9
12. Kas Te olete söömise ajal kasutanud lapsega sama lusikat või kahvlit?										
Ei	127	54,5	112	56,0	45	51,1	6	60,0	290	54,6
Jah	106	45,5	87	43,5	43	48,9	4	40,0	240	45,2
Vastamata	0	0,0	1	0,5	0	0,0	0	0,0	1	0,2

5.4.2. Süsivesikute karioosne toime ja toitmisest tingitud kaariese risk

Lapsevanemate teadmine või mitte-teadmine süsivesikute sagedase tarbimise karioosset toimest ei olnud seotud lapsele lutipudelilist muu joogi (peale piima või vee) andmise ega selle voodisse lubamise või magusa pakkumisega. Lutipudelilist muud jooki peale piima või vee pakkus 31,7% nendest vanematest, kes pidas süsivesikute tarbimisel oluliseks kaariest tekitavaks teguriks selle kogust (tabel 8). Süsivesikute kogust oluliseks teguriks pidanud lapsevanemad pakkusid ka sagedamini lapsele maiustust rohkem kui kolm korda nädalas (36,7%). Lutipudeli voodisse kaasa lubas 16,3% vastajatest, kes ei teadnud, mis võiks süsivesikute tarbimisel mõjutada kaariese tekkimist. Vanemad, kes ei teadnud, mis on suhkru tarbimise juures kaariese tekkel oluliseks mõjuriks (34,7%) lubasid sagedamini ka magusat lapsele mitu korda päevas

Tabel 8. Lapsevanema teadmised süsivesikute karioosest toimest ja seosed lutipudeli kasutamise ning lapse magusatarbimisega, LSTU, 2010

	Kogus		Sagedus		Ei tea		Vastamata		Kokku	
	arv	%	arv	%	arv	%	arv	%	arv	%
Kaarieste tekkel suhkruse kasutamise juures tähtis	60	11,3	413	77,8	49	9,2	9	1,7	531	100,0
17. Kas Teie laps peale piima või vee veel midagi lutipudelist joob/ sööb?										
Ei	34	56,7	272	65,9	31	63,3	1	11,1	338	63,7
Jah	19	31,7	78	18,9	13	26,5	1	11,1	111	20,9
Vastamata	7	11,7	63	15,3	5	10,2	7	77,8	82	15,4
21. Kas Te annate lapsele lutipudeli voodisse kaasa?										
Ei	53	88,3	350	84,7	40	81,6	5	55,6	448	84,4
Jah	4	6,7	40	9,7	8	16,3	4	44,4	56	10,5
Vastamata	3	5,0	23	5,6	1	2,0	0	0,0	27	5,1
15. Kui sageli annate lapsele maiustusi?										
Üldse ei anna	1	1,7	46	11,1	4	8,2	0	0,0	51	9,6
Kuni 3x nädalas	22	36,7	125	30,3	13	26,5	1	11,1	161	30,3
Rohkem kui 3x nädalas	16	26,7	126	30,5	14	28,6	0	0,0	156	29,4
Rohkem kui kord päevas	19	31,7	100	24,2	17	34,7	2	22,2	138	26,0
Vastamata	2	3,3	16	3,9	1	2,0	6	66,7	25	4,7

5.5. Lapsevanemate käitumise seosed lapse vanusega

Lapsevanematest, kelle laps kuulus vanusrühma 13–24 kuud, vastas 79,8%, et lapse hambaid peaks hakkama pesema enne esimese eluaasta täitumist (tabel 9). Sagedus, mitu korda päevas lapsevanem pesi lapse hambaid, oli seotud lapse vanusega. Mida vanem oli laps, seda suurem oli lapsevanemate osakaal, kes pesi lapse hambaid üks kord päevas ($p=0,00$). Uuritavatest, kellel oli 1–12 kuu vanune laps, ei pesnud 20,8% lapse hambaid üldse.

Tabel 9. Lapsevanema suhtumine lapse hambapesusse ja seos lapse vanusega, LSTU, 2010

	1–12 k		13–24 k		25–36 k		37–48 k		Vastamata		kokku	
	arv	%	arv	%	arv	%	arv	%	arv	%	arv	%
Lapse vanus	77	14,5	89	16,8	187	35,2	154	29	24	4,52	531	100
23. Millises vanuses peaks lapsevanem alustama lapse hammaste puhastamisega?												
1–12 kuud	66	85,7	71	79,8	146	78,1	115	74,7	17	70,8	415	78,2
13–... kuud	2	2,6	8,0	9,0	18	9,6	18	11,7	4	16,7	50	9,4
Vastamata	9	11,7	10	11,2	23	12,3	21	13,6	3	12,5	66	12,4
24. Mitu korda päevas pesete lapse hambaid? *												
Üldse mitte	16	20,8	3	3,4	3	1,6	0	0,0	0	0	22	4,1
1× päevas	20	26,0	34	38,2	74	39,6	70	45,4	9	37,5	207	39
2× päevas	39	50,6	51	57,3	104	55,6	82	53,3	13	54,2	289	54,4
Vastamata	2	2,6	1	1,12	6	3,2	2	1,3	2	8,3	13	2,5

* $p \leq 0,05$

Lapse vanus oli oluliselt seotud lutipudeli kasutamisega. Mida noorem laps, seda tõenäolisemalt kasutas ta joomiseks lutipudelit ($p=0,00$) ja seda lubati talle voodisse kaasa $p=(0,00)$. 13,9% uuringus osalenud vanemate 25–36 kuu ja 5,2% üle 37 kuu vanustest lastest kasutas veel söömisel lutipudelit (tabel 10). Voodisse lubas lapsele lutipudelit 15,6% alla 12 kuu, 18,0% alla 24 kuu, 7,5% alla 36 kuu ja 5,2% üle 37 kuu vanuste laste vanematest. Lapsega hambaarsti külastamisel oli samuti seos lapse vanusega. Mida noorem laps, seda vähem tõenäoliselt oli ta külastanud hambaarsti ($p=0,00$). Alla aastase lapse vanematest 91,2% ja 13–24 kuu vanuste laste vanematest 88,8% ei olnud lapsega hambaarsti külastanud.

Tabel 10. Lapsevanema käitumise seos lapse vanusega lutipudeli kasutamisel ning lapsega hambaarsti külastamisel, LSTU, 2010

	1–12 k		13–24 k		25–36 k		37–48 k		Vastamata		kokku	
	arv	%	arv	%	arv	%	arv	%	arv	%	arv	%
Kasutavad lutipudelit*	58	75,3	33	37,1	26	13,9	8	5,2	7	29,2	132	24,9
Annavad lutipudeli voodisse kaasa *	12	15,6	16	18,0	14	7,5	8	5,2	6	25,0	56	10,6
Pole külastanud hambaarsti*	70	90,9	79	88,8	126	67,4	73	47,4	14	58,3	362	68,2

* $p \leq 0,05$

5.6. Lapsevanema teadlikkuse indeks

Teadlike lapsevanemaid oli uuritavatest 41,2% (tabel 11). Teadlikest vanematest hindab 40,1% oma teadmisi kaariesest rahuldavaks ja 55,9% hindavad heaks. Teadlikud hindavad ennast rohkem heaks kui mitteteadlikud ja mitteteadlikud hindavad ennast rohkem halvaks kui teadlikud ($p=0,00$).

Tabel 11. Lapsevanemate enda hinnang teadmistele kaariesest ja seos teadlikkuse indeksiga, 2010, LSTU

	Hea		Rahuldav		Halb		Vastamata		Kokku	
	arv	%	arv	%	arv	%	arv	%	arv	%
9. Hinnang teadmistele*	118	22,2	322	60,6	88	16,6	3	0,6	531	100,0
Teadlikkuse indeks on teadlik	66	55,9	129	40,1	23	26,1	1	33,3	219	41,2
ei ole teadlik	52	44,1	193	59,9	65	73,9	2	66,7	312	58,8

* $p \leq 0,05$

5.7. Lapsevanema teadlikkuse seosed sotsiaaldemograafiliste andmetega.

Logistiline regressioonimudel näitas, et suu tervishoiu teadlikkus oli seotud nii vastaja vanuse, hariduse kui hinnanguga perekonna sissetulekule (tabel 12). Oluliselt teadlikumad olid vastajad vanuses 30–39 aastat võrreldes 17–29 aastaste vastajatega. Kõrgharidusega ja keskharidusega vastajad olid teadlikumad põhihariduse omandanutest. Ka perekonna sissetulekut heaks ja rahuldavaks hindavad uuritavad olid teadlikumad vastajatest, kes enda sissetulekuid halvaks hindasid.

Kõik olulised seosed jäid oluliseks ka peale kohandamist.

Tabel 12. Uuritavate suu tervishoiu teadlikkuse seosed sotsiaaldemograafiliste andmetega, 2010, LSTU

	OR	95% CI	OR*	95% CI
<i>Vastaja</i>				
Ema	1,00		1,00	
Isa	0,50	0,24–1,00	0,50	0,23–1,10
<i>Vanuserühm</i>				
17–29 aastat	1,00		1,00	
30–39 aastat	1,81	1,24–2,64	1,68	1,11–2,54
40–47 aastat	0,98	0,50–1,92	0,87	0,42–1,81
<i>Haridus</i>				
Põhiharidus	1,00		1,00	
Keskharidus	3,70	1,60–8,50	3,28	1,40–7,73
Kõrgharidus	8,70	3,70–20,40	6,35	2,64–15,31
<i>Perekonnaseis</i>				
Vallaline, lahutatud	1,00		1,00	
Abielus, kooselus	1,40	0,93–2,11	1,02	0,65–1,60
<i>Hinnang sissetulekule</i>				
Halb	1,00		1,00	
Rahuldav	2,77	1,24–6,17	2,95	1,15–7,62
Hea	4,53	1,99–10,30	4,68	1,76–12,48

* kohandatud kõigile tabelis olevatele tunnustele

6. ARUTELU

Magistritöös käsitleti Eesti väikelaste vanemate teadlikkust suu tervishoiust. Töös uuriti vanemate teadmisi ja terviseteadlikku käitumist, teadmiste ja käitumise seoseid vastaja lapse vanuse ning sotsiaaldemograafiliste teguritega.

Uuring viidi läbi 2010. aasta projekti „Laste hammaste tervis” raames, mis võimaldas ligipääsu korraga paljudele väikelaste vanematele.

Lapsevanemad on esimeseks suu infektsioonhaiguste nakkusallikaks lastele ja nende tõekspidamistest sõltub lapse hügieen, toitumine ning hambaarsti külastamine (9). Oluline oli uurida nende teadmisi ja käitumist, et selgitada teadlikkuse tõstmist vajavaid teemasid.

Uuringu valim sõltus projektis osaleda soovinud lasteaedadest ja pereõdedest. Igast Eesti maakonnast osales uuringus üks lasteaed, kuid planeeritud 15 asemel vaid 7 perekeskust. Tagasihoidlik projektis osaleda soovinud pereõdede arv võis olla tingitud nende ülekoormusest või projekti kriteeriumidest õendustöötajale. Projektis osalemiseks oli õendustöötajale esitatud nõudmine omada kõrgharidust, perekeskuse õdedel lisaks iseseisva vastuvõtu võimalus (78).

Sama küsimustikuga viidi läbi uuring 2005. aastal Tartu linna lasteaedades (N=575). Siis uuriti samuti teadmiste ja sotsiaaldemograafiliste andmete seoseid, kuid seda iga küsimuse puhul eraldi (76). Ainult ühte küsimust korraga analüüsis ei saa ülevaadet üldisest teadlikkusest. Ühe fakti teadmine ei tähenda, et teadmine on omandatud ja uuritav sellekohaselt käitub. Kuigi on selge, et küsimustikuga ei saa mõõta inimese tegelikku käitumisviisi, annab see siiski selge ülevaate vastaja tõekspidamistest ja uskumustest küsitlaval teemal (15).

Käesolevas magistritöös moodustati teadlikkuse indeks teadmiste ja käitumisega seotud küsimustest, mida kasutati teadlike ja mitteteadlike lapsevanemate eristamiseks analüüsis. Teadlike vastajate osakaal valimis oli 41,2%. Teadlikuks märgiti vastajad, kes teadlikkuse indeksi moodustanud üheteistkümnest küsimusest vastasid vähemalt seitsmele õigesti. Teadlik vastaja pidi uuringus teadma kaariese süljekaudsest levimisest, lapse õigete toitmismeetodite ja hea hügieeni ning hambaarsti kontrollvisiitide olulisusest suuõõne haiguste ennetamisel.

Uuringu tulemusena leiti, et Eesti lapsevanematel olid head teadmised peamistest suu tervishoiu küsimustest, kuid uuritavate käitumine oma lapse suu tervishoiu eest hoolitsemisel oli sageli teadmistele vastupidine. Arnold Beisseri paradoksaalse muutuste teooria alusel võib väita, et kui vanemate teadmised ei väljendu käitumises, ei ole nad teadlikud laste suu tervishoiust (13). Madala suu tervishoiu teadlikkuse põhjuseks võib olla asjaolu, et suu

tervishoiu ennetusprogrammid olid Eestis enne 2010. aastat vaid ravipõhised ja suunatud 6–12-aastastele lastele ning ei kaasanud lapsevanemaid (44).

Uuritavate teadmised olid head nii vanema suus lapse luti puhastamise kui süsivesikute sagedase tarbimise karioosse mõju osas ja sellest, et hammaste pesemist peaks alustama 6.–12. elukuul. Vanemate teadlikkuse tõstmist vajavad teemad Eestis on lutipudeli kasutamine, nakkuse ülekandumisest hoidumine ja lapsevanema roll lapse suuhügieeni harjumuste kujunemisel. Lutipudelist ei joonud midagi muud peale piima või vee 63,7% uuritavate lapsed ja ainult 13% teadis, et lutipudelist võõrutamine peaks algama 7.–9. elukuul (26). Emade ja isade arvamus lutipudelist võõrutamise ja tassist jooma õpetamise vanuse osas erines palju. Emade arvamus kaldus pigem 7.–12. elukuule, isad pidasid õigemaks 10.–18. elukuud. See on oluline tulemus, sest last puudutavaid otsuseid teevad lapsevanemad koos ning ka isade teadlikkus, suhtumine ja eeskuju on lapse suu tervishoiu arengul määrav (10). Käesolevas uuringus kasutas söömisel lutipudelit 25–36 kuu vanustest lastest 13,9% ja üle 37 kuu vanustest lastest 5,2%. Lapsele lubas lutipudeli voodisse kaasa 10,5% vanematest. Alla üheaastaste laste vanematest lubas seda 15,6%, 18,0% vanematest, kelle laps kuulus vanuserühma 13–24 kuud, 7,5% neist, kelle laps oli vanuses 25–36 kuud ja 5,2% üle kolmeaastaste laste vanematest.

2005. aastal kasutas uuritavate lastest 23% lutipudelit ja alla aastaseid lapsi oli nendest vaid ühel vastajal. 48% nendest, kelle laps kasutas lutipudelit, ei pakkunud sealt lapsele midagi muud peale piima või vee (76).

Analüüsi tulemused näitavad, et faktide teadmisest, teadmata "miks ma mida teen" on pikk tee teadlikkuseni. On teada-tuntud fakt, et lapse luti puhastamine lapsevanema suus on väär. Sellele vastas õigesti 92,8% vastajatest 2010. aastal ja 97% uuritavatest 2005. aasta uuringus (76). Arusaamine, et vanema süljega saastunud ese on nakkusallikaks lapsele, puudub. Sõltumata sellest, kas lapsevanem teadis, et kaaries on nakkushaigus või mitte, oli vastavalt 43,5% ja 45,5% vastanutest kasutanud lapsega sama lusikat või kahvlit.

Varasemates uuringutes on tõestatud, et igapäevasel või mitmel korral nädalas maiustamisel väikelapseas on seos kaariesega noorukieas (10). Käesolevas uuringus ei leitud laste magusatarbimisel ja lutipudeli väärkasutamisel seost vanema teadlikkusega süsivesikute sagedase tarbimise karioosset toimest. Vaid 30,3% lapsevanematest lubasid lapsele maiustust kuni kolm korda nädalas. Siinkohal on oluline, et kaariest tekitavad, süsivesikuid sisaldavad toiduained ei ole ainult maiustused. Anthony Blinkhorni uuringu kohaselt on probleemiks ka asjaolu, et lapsevanemad ei oska eristada süsivesikuterikast toiduainet, mida lapsele lubada ei tohiks (14). Ka käesolevas uuringus pidas üks lapsevanem oluliseks märkida, et ta ei luba oma lapsele üldse maiustusi, vaid tema laps sööb küpsist.

Lapsevanema vastustel käitumist kirjeldavatele küsimustele oli seos vastaja lapse vanusega. Mida noorem oli uuritava laps, seda sagedamini oli ta lutipudeli kasutaja, seda enam lubati lutipudel lapsele voodisse ja vähem tõenäoliselt oldi külastanud hambaarsti. Mida vanem oli laps, seda suurem oli lapsevanemate osakaal, kes pesi lapse hambaid üks kord päevas. Lapsevanem peaks abistama last suuhügieeni teostamisel vähemalt üks kord päevas kuni lapse kaheksanda eluaastani. Teadusuuringud on tõestanud, et lapse käemotoorika ei ole varem piisavalt väljaarenenud, et pesu efektiivselt teostada (26). Võib arvata, et väike laps ei suuda ka mõista hambapesu vajalikkust või millele seejuures eriliselt tähelepanu pöörata. Tingituna küsimuse ülesehitusest käesolevas uuringus (mitu korda päevas lapsevanem lapse hambaid peseb) ei saa kindlalt väita, et lapse hambaid pestakse vaid üks kord päevas, kuid tuginedes Anthony Blinkhorni uuringule, on võimalus siiski olemas. Uuringus selgus, et väikelaste suuhügieeni teostamine võib olla vanematele probleemne laste tungiva soovi tõttu olla iseseisev või tingituna vanema oskuste puudumisest ja vanemad loobuvad lapse abistamisest (14).

Suuhygieeni käitumise tulemuste võrdlusel 2005. aasta uuringuga saab järeldada lapsevanemate teadlikkuse tõusu. Võrreldes 2005. aastaga oli vanematel küll kehvemad teadmised, millal on õige alustada lapse hammaste pesemisega (vastavalt 87% ja 78,2%), kuid seevastu pidasid nad sagedamini õigeks pesta lapse hambaid kaks korda päevas (vastavalt 31% ja 54% vastajatest) (76). Seejuures spetsiaalselt lastele mõeldud hambapastat kasutas 78,9% uuritavat, 13,2% vastanutest puhastas lapse suuõõnt palja veega.

Hea suuhügieeni kõrval peetakse varajast hambaarstivisiiti, enne lapse esimese eluaasta täitumist, efektiivseks suuhaiguste ja valede toitmisarjumuste ennetusmeetodiks (19, 79). Inimest ümbritsevat sotsiaalset keskkonda ja seega ka uskumusi, mõjutavad oluliselt poliitilised otsused (28). Põhjamaades, kus suu tervishoiu edendamise tegeletakse juba aastakümneid, on varajast hambaarsti külastust peetud efektiivseks kaariese ennetusmeetodiks juba alates 2001. aastast (79). Eestis on Sotsiaalministri määrusega nr 2 „Perearsti ja temaga koos töötavate tervishoiutöötajate tööjuhend” sätestatud, et lapse hammaste ennetava tervisekontrolli teostajaks enne kolmandat eluaastat on perearst ja temaga koostöötav õde (80).

Arnold Beisseri teooria väidab, et enne indiviidi arengut on oluline ühiskonna areng (13). Sellele toetudes oli ootuspärane tulemus, et Eesti väikelaste vanemad ei pea oluliseks külastada väikelapsega hambaarsti. Olulist muutust teadmises, et esimene hambaarsti visiit peaks toimuma kohe peale esimese hamba lõikumist ei ole võrreldes 2005. aastaga toimunud. Esmase hambaarsti külastamise õiget aega teadsid 15,4% vastajatest 2010. aastal ja 11% 2005. aastal. Sarnane oli ka vanemate käitumine lapse hambaarsti visiidile viimisega. Uuringu

hetkeks oli lapsega hambaarsti külastanud 28,6% ja 2005. aastal 27% lapsevanematest. Kahjuks ei võimalda küsimustik uurida esmase visiidi põhjuseid, kuid suur osa vastajatest arvas nii nagu ka 2005. aasta uuringus, et õige aeg lapsel teha tutvust oma hambaarstiga on siis, kui lapsevanem õigeks peab. Sel arvamusel oli 79% vastajatest 2010. aastal ja 72,5% 2005. aastal. Erinevalt käesoleva uuringu tulemustest, oli 2005. aastal 10% vastajatest külastanud hambaarsti enne lapse esimese eluaasta täitumist (76).

Käesoleva uuringu tulemused olid 2005. aasta uuringuga võrreldes veidi paremad. Erinevused, tõi küll, ei olnud suured ja on tõenäolisemalt tingitud asjaolust, et mõlema uuringu puhul oli tegemist n.ö mugavusvalimiga, arvestamata rahvastiku koostist. Tulemuste võrdlemisel peab arvestama ka asjaolu, et varasem uuring oli küll sarnase valimi suurusega, kuid erinevalt käesolevast, piirkondlik.

Inimeste erinev tervisekäitumine ja ebavõrdsus tervises on seotud sotsiaaldemograafiliste tunnustega nagu vanus, haridus, sissetulek jne (81). Magistritöö tulemusena leiti, et suu tervishoiu teadlikkus oli seotud nii vastaja vanuse, hariduse kui hinnanguga perekonna sissetulekule. Suurem šans olla teadlik vastaja oli uuritaval vanusrühmas 30–39 eluaastat. Teadlikkuse indeksi ja haridustaseme vahel leidis oluline seos nii madalama ja keskastme, kui madalama ja kõrgharidusega vastanute teadlikkuse tasemes. Kõrgema haridusega vanemate šans olla teadlikum suu tervishoiust oli 8,7 korda suurem kui põhihariduse omandanud lapsevanematel.

Sissetuleku määramine oli lapsevanema hinnang kogu pere sissetulekule ja puudub alus järeldada kõrgema või madalama haridustasemega vastaja enda panuse kohta perekonna sissetulekutes. Seega käesolev töö ei võimalda analüüsida seoseid parema hariduse ja suurema palga vahel. Küll aga leidis uuringus oluline seos vastaja teadlikkuse ja hinnangu vahel perekonna sissetulekule. Lapsevanemate teadlikkus oli parem nende hulgas, kes hindasid oma sissetulekuid rahuldavaks ja heaks.

Uuringu puudused. Küsimustikus olid mitmed küsimused halvasti sõnastatud. Vastajale võis jääda erinev arusaam sellest, mida temalt küsiti. Näiteks küsimus, milles paluti vastajal panna kaariest tekitavad põhjused tähtsuse järjekorda (küsimus 11), ei eristunud valikvastustega küsimuste seas ja vastus märgiti ristikestega, kui valikvastus. Ka on vastuste tõlgendamine väga laialivalgud ja suuremahuline, sest mitmel küsimusel on mitu õiget vastust. Näiteks küsimus, mitu korda päevas lapse hambaid pestakse, on õige vastus nii kaks kui rohkem kordi päevas. Teadlikkuse indeksis loeti õigeks vastusevarianti kaks korda päevas.

Küsimusele, milles küsiti, kuidas aru saada, et lapsel on kaaries, sobisid vastuseks kõik kolm vastust (küsimus 26). Õigeks vastuseks loeti valget laiku hambapinnal (variant 2), mis

on algava kaariese tundemärk. Kindlasti peaks pöörduma arstile ka hammaste sooja-, külma-, hapu- ja magusatundlikkuse puhul (variant 1) ja kahtlemata on kaaries ka juhul kui on auk hamba sees nii suur, et toit jääb kinni (variant 3). Sissetulekut puudutava küsimuse täpsem piiritlus palga suuruste vahemikega oleks võimaldanud analüüsida majandusliku olukorra ja terviseteadlikkuse või tervisekäitumise vahelisi seoseid.

Uuringu tugevuseks on hõlmatus kõigi Eesti maakondadega ja suur vastamismäär (83%).

Uuringu tulemusi saab kasutada tervishoiupoliitika ja ennetusstrateegiate planeerimiseks ning sekkumisprogrammide vajalikkuse ja sihtgrupi määramiseks. Uuringut korrates on võimalik jälgida muutusi lapsevanemate teadlikkuses ja mõõta ennetustööde efektiivsust. Uuringu täiendamine lapsevanemate ja nende laste suu tervishoiu kliiniliste andmetega võimaldaks analüüsida vanemate teadlikkuse mõju laste suu tervishoiule.

Edaspidi on oluline uurida lapsevanemate valedest toitmismeetoditest tingitud laste (lutipudeli)kaariese, ortodontiliste ja logopeediliste häirete esinemist.

7. JÄRELDUSED

Vastavalt teadlikkuse indeksile oli teadlike lapsevanemate osakaal valimis 41,2%. Rohkem kui 77% vastajatest teadsid, et lapse luti puhastamine vanema suus on väär, süsivesikute tarbimise sagedusel on oluline karioosne mõju ja lapse hambaid peab hakkama pesema 6.–12. elukuul. Kesised olid teadmised lutipudeli kasutamisest, kaariese kliinilisest pildist ja sellest, millal peaks lapsega esimest korda hambaravi visiidile minema.

Valdav enamus (91%) lapsevanemaid olid proovinud puhastada lapse hambaid. Enamus pesi lapse hambaid igapäevaselt, kuid vaid veidi üle poole kaks korda päevas. Lutipudelist pakuti ka muud peale vee ja piima ning seda lubati ka lapsele voodisse kaasa.

Lapsevanemate teadmised kaariese nakkuslikkusest ei olnud seoses teadmisega, et on väär puhastada lapse luti vanema suus, ega käitumisega kasutada lapsega sama lusikat või kahvlit. Lapse magusatarbimisel ja lutipudeli väärkasutamisel ei leidunud samuti seost vanema teadmisega süsivesikute sagedase tarbimise karioossest mõjust. Lapsevanema käitumisel oli ka seos lapse vanusega. Mida noorem oli uuritava laps, seda enam kasutati lutipudelit, lubati lutipudel voodisse kaasa ja oldi vähem külasthanud hambaarsti. Mida vanem oli laps, seda suurem oli nende lapsevanemate osakaal, kes pesid lapse hambaid ainult üks kord päevas.

Lapse suu tervishoiust oli teadlikum lapsevanem, kes kuulus vanusrühma 30–39 eluaastat, oli kesk- või kõrgharidusega ja andis hea või rahuldava hinnangu perekonna sissetulekule.

8. KASUTATUD KIRJANDUS

1. Petersen PE. World Health Organization global policy for improvement of oral health – World Health Assembly 2007. *Int Dent J* 2008;58:115–21.
2. Petersen PE, Bourgeois D, Ogawa H, et al. The global burden of oral diseases and risks to oral health. *Bull World Health Organ* 2005;83:661–9.
3. Loesche WJ. Role of *Streptococcus mutans* in human dental decay. *Microbiol Rev* 1986;50:353–80.
4. Petersen PE. The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century – the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dent Oral Epidemiol* 2003;31:3–24.
5. Kandelman D, Petersen PE, Ueda H. Oral health, general health, and quality of life in older people. *Spec Care Dentist* 2008;28:224–36.
6. Sheiham A. Oral health, general health and quality of life. *Bull World Health Organ* 2005;83:644.
7. Selwitz RH, Ismail AI, Pitts NB. Dental caries. *The Lancet* 2007;369:51–9.
8. Brambilla E, Felloni A, Gagliani M, et al. Caries prevention during pregnancy. *J Am Den Assoc* 1998;129:871–7.
9. Wennhall I, Matsson L, Schröder U, et al. Outcome of an oral health outreach programme for preschool children in a low socioeconomic multicultural area. *Int J Paed Dent* 2008;18:84–90.
10. Mattila ML, Rautava P, Sillanpää M, et al. Caries in five-year-old children and associations with family-related factors. *J Dent Res* 2000;79:875–81.
11. Tomar SL, Cohen LK. Attributes of an ideal oral health care system. *J Public Health Dent* 2010;70:6–14.
12. Gussy M, Waters E, Riggs E, et al. Parental knowledge, beliefs and behaviours for oral health of toddlers residing in rural Victoria. *Aust Dent J* 2008;53:52–60.
13. Beisser A. Paradoxical Theory of Change. (https://gestalttherapy.org/_publications/paradoxical_theoryofchange.pdf).
14. Blinkhorn A, Wainwright-Stringer Y, Holloway P. Dental health knowledge and attitudes of regularly attending mothers of high-risk, pre-school children. *Int Dent J* 2001;51:435–8.
15. Hood C, Hunter M, Kingdon A. Demographic characteristics, oral health knowledge and practices of mothers of children aged 5 years and under referred for extraction of teeth under general anaesthesia. *Int J Paediatr Dent* 1998;8:131–6.
16. World Health Organization. International statistical classification of diseases. Geneva: WHO, 1992.
17. Darby I, Chen S, De Poi R. Ridge preservation: what is it and when should it be considered. *Aust Dent J* 2008;53:11–21.
18. Petersen PE. Changing oral health profiles of children in Central and Eastern Europe – challenges for the 21st century. (www.who.int/oral_health/media/en/orh_eastern_europe).
19. The American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline on infant oral health care. Clinical Affairs Committee - Infant Oral Health Subcommittee. AAPD Online Web 26.10.2011. (http://www.aapd.org/media/policies_guidelines/g_infantoralthcare.pdf)
20. Dental cavities. MedlinePlus. Medical dictionary of U.S. National Library of Medicine. Online. MedlinePlus. (<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/001055.htm>).
21. Novak M. Classification of diseases and conditions affecting the periodontium. In: Newman MG, Takei H, Carranza FA, et al. *Carranza's Clinical Periodontology*. 10th ed. Missouri:Elsevier;2006:p.99–113.
22. Heitz-Mayfield L. Disease progression: identification of high-risk groups and individuals for periodontitis. *J Clin Periodontol* 2005;32:196–209.
23. Hujoel P, del Aguila M, DeRouen TA. A hidden periodontitis epidemic during the 20th century? *Community Dent Oral Epidemiol* 2003;31:1–6.

24. Petersen PE, Ogawa H. Strengthening the prevention of periodontal disease: the approach of WHO. *J Periodontol* 2005;76:2187–93.
25. Pähkla ER, Jõgi E, Nurk A, et al. Periodontal disease in mothers indicates risk in their children. *Int J of Paed Dent* 2010;20:24–30.
26. Brickhouse TH. Family oral health education. In: Berg JH, Slayton RL, eds. *Early childhood oral health*. Ames:Wiley-Blackwell;2009;p.202–13.
27. Warnakulasuriya S, Dietrich T, Bornstein MM, et al. Oral health risks of tobacco use and effects of cessation. *Int Dent J* 2010;60:7–30.
28. World Health Organization. Social determinants of health. (http://www.who.int/social_determinants/en/).
29. Võrk A, Saluse J, Habicht J. Income-related inequality in health care financing and utilization in Estonia 2000–2007. Copenhagen:WHO;2009;p.26–39.
30. Habicht J, Ginneken E. Estonia's health system in 2010. *Eurohealth* 2010;16:29.
31. Hjern A, Grindefjord M, Sundberg H, et al. Social inequality in oral health and use of dental care in Sweden. *Community Dent Oral Epidemiol* 2001;29:167–74.
32. Magnussen J, Vrangbaeck K, Saltman RB. Nordic health care systems: recent reforms and current policy challenges. Berkshire:WHO;2009;p.3–126.
33. Widström E, Ekman A, Aandahl LS, et al. Developments in oral health policy in the Nordic countries since 1990. *Oral Health Prev Dent* 2005;3:225–35.
34. Arnrup K, Berggren U, Broberg AG, et al. Attitudes to dental care among parents of uncooperative vs. cooperative child dental patients. *Eur J Oral Sci* 2002;110:75–82.
35. Paunio P. Dental health habits of young families from southwestern Finland. *Community Dent Oral Epidemiol* 1994;22:36–40.
36. Skeie MS, Espelid I, Riordan PJ, et al. Caries increment in children aged 3–5 years in relation to parents' dental attitudes: Oslo, Norway 2002 to 2004. *Community Dent Oral Epidemiol* 2008;36:441–50.
37. Laitala ML. Dental health in primary teeth after prevention of mother-child transmission of mutans streptococci. A historical cohort study on restorative visits and maternal prevention costs. *Annales Universitatis Turkuensis*; 2010:D913.
38. World Health Organization. European health for all database. (<http://data.euro.who.int/hfad/b/>).
39. König J, Holtfreter B, Kocher T. Periodontal health in Europe: future trends based on treatment needs and the provision of periodontal services—position paper 1. *Eur J Dent Educ* 2010;14:4–24.
40. World Health Organization. *Oral health surveys – basic methods*. 4th ed. Switzerland: WHO;1997.
41. Agustsdottir H, Gudmundsdottir H, Eggertsson H, et al. Caries prevalence of permanent teeth: a national survey of children in Iceland using ICDAS. *Community Dent Oral Epidemiol* 2010;38:299–309.
42. Johansson V, Söderfeldt B, Axtelius B. Oral B's Nordic report on oral health: caries prevalence among children, adolescents and adults, and periodontal conditions among adults in Denmark, Finland, Norway and Sweden. (<http://dSPACE.mah.se/dSPACE/bitstream/handle/2043/6715/>).
43. Eesti Haigekassa. Tervise edendamine. (<http://www.haigekassa.ee>).
44. Koppel A, Kahur K, Habicht T, et al. Eesti: Tervisesüsteemi ülevaade. Tervisesüsteemid muutustes. Tallinn WHO; 2008: p.51–244.
45. Täiskasvanute hambaraviteenuse hüvitise määrad, maksmise kord ning hambaravihüvitise saamiseks vajalike dokumentide loetelu, neis sisalduvate andmete koosseis ja dokumentide esitamise kord, 16.12.2002. RT L 2002, 144, 2116.
46. Ravikindlustuse seadus. 19.06.2002 RT I, 2002, 62, 377.
47. Tervishoiuteenuse korraldamise seadus. 09.05.2001 RT I, 2001, 50, 284.
48. Jesse M, Kruuda R. Cross-border care in the north: Estonia, Finland and Latvia. In: Rosenmøller M; Mckee M; Baeten R, eds. *Patient mobility in the European Union. Learning from experience*. Great Britain: The Cromwell Press; 2008: p.23–39.

49. Võlaõigusseadus. 26.09.2001. RT I 2001, 81, 487.
50. Koppel A, Aaviksoo A. Changes in benefit basket – dental care in Estonia. Health Policy Monitor, April 2007. (<http://www.hpm.org/survey/ee/a9/4>).
51. Võrk A, Habicht J, Xu K, et al. Income-related inequality in health care financing and utilization in Estonia since 2000. (http://ee.euro.who.int/E94130__HFPP_EST_2010-3_.pdf).
52. Rahvastiku tervise arengukava 2009–2020. RTL 2008, 63, 904.
53. Riiklikku tervishoiu teadus- ja arendustegevuse programmi toetav uuring 10–23 [raport]. Tartu: Tartu Ülikool, RAKE; 2010. (<http://ec.ut.ee/rake>).
54. EMOR. Elanike ootused arstiabi suhtes. 2001. (<http://rahvatervis.ut.ee/bitstream/1/702/1/Emor2001.pdf>).
55. EMOR. Elanike ootused arstiabi suhtes. 2002. (<http://rahvatervis.ut.ee/bitstream/1/701/1/Emor2002.pdf>).
56. Aasland A, Tyldum G. The Norbalt project: comparative studies of living conditions in the three Baltic countries. Soc Indicators Res 2002; 58:177–89.
57. Turu-uuringute AS. Elanike hinnangud tervisele ja arstiabile 2009. (<http://rahvatervis.ut.ee/subpage?id=3>) Habicht J, Kunst AE. Social inequalities in health care services utilisation after eight years of health care reforms: a cross-sectional study of Estonia, 1999. Soc Sci Med 2005;60:777–87.
58. Turu-uuringute AS. Elanike hinnangud tervisele ja arstiabile, 2006. (http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/Tervisevaldkond/Uuringud_ja_analuusid/Elanike_hinnangud_tervisele_ja_arstiabile_2006.pdf).
59. OÜ S.P. Elanike hinnangud tervisele ja arstiabile. 2010. (<http://rahvatervis.ut.ee/handle/1/3946>).
60. Tervise Arengu Instituut. Eesti terviseuuring 2006: Tabelid. (http://www2.tai.ee/ETeU/ETeU_tabelid.pdf).
61. Tekkel M, Veideman T, Rahu M. Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuring, 2004. Tallinn: NIHD; 2005.
62. Tekkel M, Veideman T, Rahu M. Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuring, 2006. Tallinn: Tervise Arengu Instituut; 2007.
63. Tekkel M, Veideman T, Rahu M. Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuring 2008. Tallinn: Tervise Arengu Instituut; 2009.
64. Tekkel M, Veideman T. Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumisuuring 2010. Tallinn: Tervise Arengu Instituut; 2011.
65. Habicht J, Kunst AE. Social inequalities in health care services utilisation after eight years of health care reforms: a cross-sectional study of Estonia, 1999. Soc Sci Med 2005;60:777–787.
66. EMOR. Elanike rahulolu arstiabiga, 2003. (<http://rahvatervis.ut.ee/bitstream/1/681/1/tnsEmor2003.pdf>).
67. Faktum&Ariko. Patsientide hinnangud tervisele ja arstiabile 2007. (<http://rahvatervis.ut.ee/subpage?id=3>).
68. Kuusela S, Honkala E, Kannas L, et al. Oral hygiene habits of 11-year-old schoolchildren in 22 European countries and Canada in 1993/1994. J Dent Res 1997;76:1602–09.
69. Olak J, Mändar R, Karjalainen S, et al. Dental health and oral mutans streptococci in 2–4-year-old Estonian children. Int J Paed Dent 2007;17:92–7.
70. Dragheim E, Petersen P, Kalo I, et al. Dental caries in schoolchildren of an Estonian and a Danish municipality. Int J Paed Dent 2000;10:271–7.
71. Vihm N. Hambakaarise, fluoroosi ja hüpoplaasia levimus fluoririkast joogivett tarvitavatel Eesti kooliõpilastel. Eesti Stomatoloogide II Kongress. Teesid. Tartu: 1993;17–18.
72. Alanen P, Isokangas P, Gutmann K. Xylitol candies in caries prevention: results of a field study in Estonian children. Community Dent Oral Epidemiol 2000;28:218–24.
73. Mäkinen KK, Olak J, Russak S, et al. Polyol-combinant saliva stimulants: a 4-month pilot study in young adults. Acta Odontol Scand 1998;56:90–4.

74. Russak S, Indermitte E, Saava A. Hambafluuroosi ja -kaariese haigestumus Tartu linna lastel seoses joogivee fluorisisaldusega. Eesti Antropomeetriaregistri Aastaraamat 2002. Tartu;2002;p.178–92.
75. Honkala E, Runnel R, Honkala S, et al. Measuring dental caries in the mixed dentition by ICDAS. *Int J Dent* 2011;2011:150424. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3206401/pdf/IJD2011-150424.pdf>).
76. Silgu T. Tartu linna lastesõimes käivate laste lastevanemate teadlikkus lutipudelikaariesest. Tartu: Tartu Ülikool 2005.
77. Stata statistical software: release 11. college station, TX: StataCorp LP 2009.
78. Tervisedendusprojekti „Laste hammaste tervis” tutvustus. (<http://lastehammastetervis.perekool.ee/projektist>).
79. Poulsen S. The child's first dental visit. *Int J Paed Dent* 2003;13:264–5.
80. Pearingi ja temaga koos töötavate tervishoiutöötajate tööjuhend, 06.01.2010. RT L 2010, 3, 52.
81. Marmot M, Friel S, Bell R, et al. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *The Lancet* 2008;372:1661–9.

SUMMARY

From knowledge to awareness – parents' awareness of toddlers' oral health.

The present study explored the awareness of oral health among the parents of toddlers. The objectives of this study were to describe parental knowledge and behaviour regarding children's oral health, to analyze the relationship between health behaviour of the respondent and the age of one's child and associations of parents' awareness and socio-demographic factors in 2010.

The study is based on national survey „The Survey of Oral Health Awareness among Parents” in Estonia, conducted in 2010. The instrument of the survey was a questionnaire. The study investigated the parents of children under 4 years of age all over the country (N=661), the response rate was 83%. Participation in the study was voluntary and anonymous.

The awareness of oral health was measured using eleven questions selected from the questionnaire. On the basis of these questions, an awareness-index was calculated for each parent. Age, education, marital status of parent and estimation of family income were used as socio-demographic factors. Logistic regression analyse was applied to assess the association between the parents' awareness and socio-demographic factors. The results were presented as odds ratios with 95% confidence interval. The relationship between knowledge and behaviour of oral health was measured using the chi-square tests.

The results showed that parents had good knowledge of the following facts: it is false to clean child's soother in parents' mouth (92.8%), the frequency of sugar consumption has the most important impact on caries (77.8%), and that it is correct to start washing child's teeth at the age of 6–12 months (78.2%). On the other hand, the parents' knowledges of these facts did not affect their awareness about cleaning soother in parents' mouth, their behaviour in using the same spoon or fork with their child or the children's consumption of sweets. Parental behaviour in children's oral health care was associated with the age of their children. The older the child, the higher was the proportion of parents washing the child's teeth only once a day.

The respondents belonging to the age group 30–39 and having a secondary or higher education with a self-assessed income rated as “good” or “satisfactory” were most aware of the children's oral health.

Further studies are needed to analyse the effect of incorrect feeding habits and parents health behaviour on the development of oral health disorders of children.

TÄNUAVALDUS

Minu südamlük tänu:

- Eesti Haigekassale, võimaluse eest korraldada projektis „Laste hammaste tervis” raames „Lapsevanemate suutervishoiu teadlikkuse uuring”;
- juhendaja, Ene Indermittele magistritöö kirjutamisel jagatud abi ja motivatsiooni eest;
- kursusekaaslastele ja õppejõududele ühiselt veedetud aja ja toetuse eest kogu õppeperioodi vältel.

CURRICULUM VITAE

I. Üldandmed

1. Ees- ja perekonnanimi: Hedy Lehtmaa

2. Sünniaeg ja koht: 05.07.1985, Rapla

3. Kodakondsus: eesti

4. E-post: hedy.lehtmaa@gmail.com

5. Haridus:

2009 – ... Tartu Ülikool, arstiteaduskond, rahvatervishoiu magistriõpe

2007 Tallinna Tervishoiu Kõrgkool, rakenduskõrgharidus, õde

2003 Rapla Vesiroosi Gümnaasium, keskkharidus

6. Keelteoskus:

eesti keel – emakeel

inglise keel – kõnes ja kirjas hea

soome keel – kõnes ja kirjas rahuldav

saksa keel – kõnes ja kirjas rahuldav

7. Töökogemus:

2011 Eesti Õdede Liit, kodulehe infomaterjali koostaja

2010 Salon Aluesairaala, Soome, hooldaja

2010 Eesti Õdede Liit, Eesti Haigekassa projekti „Laste hammaste tervis” projektijuht

2008 SA Tartu Ülikooli Kliinikum, Stomatoloogia kliinik, õde

2007 OÜ Meditsiiniekspert, hambaarsti õde

2006 SA Põhja-Eesti Regionaalhaigla, hooldaja

II. Teaduslik ja arendustegevus

1. Peamised uurimisvaldkonnad

Peamiseks uurimisvaldkonnaks on olnud lastestomatoloogia.

2009 SA Tartu Ülikooli Kliinikumis Stomatoloogia kliiniku lasteosakonna assistendi
tööjuhendi koostamine, andmete analüüs ja raporti koostamine

2010 Eesti Haigekassa poolt rahastatud projekti „Lapsevanemate suutervishoiu teadlikkuse
uuring” korraldamine ja analüüsimine ennetustööde vajaduse hindamiseks

2. Muu teaduslik organisatsiooniline ja erialane tegevus

2008–2011 Eesti Õdede Liidu liige ja Eesti Stomatoloogiaõdede Seltsingu liige

2008–2010 Tartu Ülikooli Kliinikumi hügieenikomisjoni liige

III. Erialane enesetäiendus

2010 Koolitused „Miten hampaiden reikiintyminen saadaan hallintaan” ja „Karieksen hallinta yhteistyössä koulujen ja kotien kanssa”, Suun Terveystieteiden Ammattiliitto STAL ry ja Denstal Oy, Soome

2009 Koolitus „Muudatuste juhtimine II – projekti juhtimine ja meeskonnatöö”, Eesti Õdede Liidu Koolituskeskus, Pärnu

2009 Rahvusvaheline konverents „Baltic Public Health Conference 2010 – Accomplishments and Challenges“, 23–25.09.2010, TÜ tervishoiu instituut,

2008 Eesti Hambaarstide päevad, Eesti Hambaarstide Liit, Tartu

2008 Annely Sootsi koolitus „Toimetulek enda ja teiste vihaga”, AS Tervisekool

IV. Huvialad

Jooksmine, käsitöö ja küpsetamine

Lisad

Lisa 1. Küsimustik „Lapsevanemate suutervishoiu teadlikkuse uuring”, 2010. a

Lp Lapsevanem

Palume Teil osaleda laste tervise edendamisele suunatud projektis Laste hammaste tervis, mille eesmärgiks on parandada laste suuhügieeni ja hammaste tervise olukorda, võimaldades kuni 3-aastastele lastele suuhügieeni ja hammaste tervisealast õpet. Käesolevast ankeedist saame teada lapsevanemate teadlikkuse väikelapse suutervishoiust ja seda tõhusamalt saame me nõustada lapsevanemaid. Koos töötades säilitame Teie lapse ilusa naeratuse ja tervise kauaks ajaks.

Küsitlus viiakse läbi kuni 3-aastaste laste vanemate seas, Teie laps kuulub just sellesse vanusevahemikku, palume Teil osaleda küsimustiku täitmisel. Küsimustik on anonüümne ja vabatahtlik ning saadud tulemusi ei avaldata seostatult Teie isiku, lapse, sõimerühma ega lasteaiaga.

Vastamisel palun Teil jälgida, et täidetud saaksid kõik lahtrid. Vastamisel tuleb teha rist ühte sobivasse lahtrisse. Vastusevariandi puudumisel kasutage numbrilist või sõnalist vastamist. Täidetud ankeet tagastada palun suletud ümbrikus.

Teid ette tänades,

Hedy Lehtmaa

Projekti „Laste hammaste tervis” projektijuht

1. Täitja: 1 ema 2 isa
2. Teie vanus aastates?
3. Kui vana on Teie laps? kuud
4. Teie haridus?
- 1 põhiharidus (9 klassi)
- 2 keskharidus (12 klassi)
- 3 keskeriharidus
- 4 rakenduskõrgharidus
- 5 akadeemiline kõrgharidus
5. Kas Te olete....?
- 1 abielus
- 2 lahutatud
- 3 lesk
- 4 vallaline
6. Kas ema.....?
- 1 töötab
- 2 ei tööta
- 3 õpib
7. Kas isa.....?
- 1 töötab
- 2 ei tööta
- 3 õpib
8. Kuidas hindate oma perekonna sissetulekut?
- 1 hea
- 2 rahuldav
- 3 halb

9. Kuidas hindate ise oma teadmisi kaariesest?

- 1 heaks
- 2 rahuldavaks
- 3 halvaks

10. Kas kaaries on nakkushaigus?

- 1 ei ole
- 2 *on*
- 3 ei tea/ei oska vastata

11. Palun pange Teie jaoks tähtsuse järjekorda need kaariest tekitavad põhjused.

- 1 pisikud (streptokokid)
- 2 katt hammastel
- 3 hambad puutuvad liiga pikalt kokku süsivesikutega
- 4 ülemäära tihedalt toidukordasid
- 5 maiustused
- 6 fluoriidide vähesus

12. Kas Te olete söömise ajal kasutanud lapsega sama lusikat või kahvlit?

- 1 *ei*
- 2 jah

13. Kas peate õigeks, et lapsevanemad puhastavad oma suus lapse mahakukkunud lutti?

- 1 *ei*
- 2 jah

14. Suhkur aitab kaariese tekkele kaasa. Mis on seejuures kõige tähtsam?

- 1 kui palju suhkrut koguseliselt tarbitakse
- 2 *kui sageli suhkrut tarbitakse*
- 3 ei tea

15. Kui sageli annate lapsele maiustusi?

- 1 1 kord päevas
- 5 2–3 korda nädalas

- 2 2 korda päevas 6 rohkem kordi nädalas
3 rohkem kordi päevas 7 üldse ei anna
4 1 kord nädalas muu, mis? _____

16. Kas Teie laps kasutab:

- 1 ainult lutipudelit
2 ainult tassi
3 mõlemaid nii pudelit kui tassi

17. Kas Teie laps peale piima või vee veel midagi lutipudelist joob/ sööb?

- 1 *ei* 2 jah

18. Kui jah, mis jooki/sööki?

19. Paljud lapsed kasutavad lutipudelit. Mis te arvate, milline oleks õige vanus sellest võõrutamiseks?

- 1 4–6 kuud 4 13–18 kuud
2 7–9 *kuud* 5 19–24 kuud
3 10–12 *kuud* 6 üle 2 aasta

20. Mis Te arvate, milline oleks õige vanus tassist joomise alustamiseks?

- 1 4–6 kuud 4 13–18 kuud
2 7–9 *kuud* 5 19–24 kuud
3 10–12 kuud 6 üle 2 aasta

21. Kas Te annate lapsele lutipudeli voodisse kaasa?

- 1 ei
2 jah

22. Kas Te olete kunagi proovinud puhastada lapse hambaid?

- 1 ei
2 jah

23. Millises vanuses peaks lapsevanem alustama lapse hammaste puhastamisega?

24. Mitu korda päevas pesete lapse hambaid?

- 1 üks kord päevas
- 2 *kaks korda päevas*
- 3 rohkem kui kaks korda päevas
- 4 ei pese üldse

25. Millist hambapastat kasutate lapse hammaste pesemiseks?

- 1 seda millega terve pere peseb
- 2 lastehambapastat
- 3 loputan lapse hambaid/suuõõnt palja veega

26. Kuidas Te aru saate, et Teie lapsel on kaaries?

- 1 sooja-, külma-, hapu- või magusatundlikkus
- 2 *kriitjasvalge matjas laik hamba pinnal*
- 3 auk hamba sees nii, et toit jääb kinni
- 4 ei tea

27. Millal võiks esimest korda laps hambaarsti juurde viia?

- 1 *siis kui tal tuleb suhu esimene hammas*
- 2 siis kui ma arvan, et ta võiks teha tutvust oma hambaarstiga
- 3 siis kui tal on hambas auk
- 4 siis kui lapsel on hambavalu

28. Kui vana oli Teie laps, kui temaga esimest korda hambaarsti juures käisite?

- 1 ei ole veel käinud
- 2 kuud

29. Millal peaks Teie arvates algama nõustamine lapse hammaste tervise osas?

- 1 naistenõuandlas
- 2 sünnitusmajas
- 3 last ootav ema on hambaarsti vastuvõtul
- 4 lapsega perearsti vastuvõtul
- 5 pereõe poolt koduvisiidiga
- 6 lapse lasteaeda minnes
- 7 lapsega hambaarstile minnes
- 8 lapse kooli minnes kooli hambaarsti poolt

30. Kellelt olete Teie saanud infot lapse hammaste tervise osas? (võite valida mitu vastuse varianti)

- 1 naistearstilt
- 2 ämmaemandalt
- 3 perearstilt/lastearstilt
- 4 pereõelt
- 5 hambaarstilt
- 6 hambaravis töötavalt õelt
- 7 sugulastelt, sõpradelt
- 8 massimeediast

31. Kas olete kokku puutunud brošüüridega, abimaterjalidega, buklettidega, kus oleks antud nõu lapse hammaste tervise eest hoolitsemise kohta? (võite valida mitu vastuse varianti)

- 1 ei ole
- 2 jah, seoses toitumisega
- 3 jah, seoses hügieeniga
- 4 jah, seoses fluoriidiga

Täna Teid vastamast!