



Terve Suomi

Kansallinen tutkimus terveydestä, hyvinvoinnista ja palveluista

Suunterveys

KOETTU SUUN TERVEYS

1. Onko sinulla 12 viime kuukauden aikana ollut hammassärkyä tai muita suuhun, hampaisiin tai hammasproteeseihin liittyviä vaivoja?

- ei
 kyllä

2. Onko suusi kuiva?

- säännöllisesti, melkein joka päivä tai yö
 ajoittain
 ei koskaan

3. Pystytkö pureskelemaan kovaa tai sitkeää ruokaa, kuten esimerkiksi omenaa, ruisleipää tai lihaa?

- kyllä, vaikeuksitta
 kyllä, mutta pureskeleminen on hankalaa
 en pysty

4. Onko sinulla irrotettavat hammasproteesit?

- kokoproteesit molemmissa leuoissa
 kokoproteesi toisessa leuassa ja toisessa leuassa osaproteesi tai omia hampaita
 osaproteesi jommassa kummassa tai molemmissa leuoissa sekä omia hampaita
 vain omia hampaita, ei hammasproteesia , → voit siirtyä kysymykseen 9
 ei hammasproteesia eikä omia hampaita , → voit siirtyä kysymykseen 9

5. Onko irrotettavaa hammasproteesiasi korjattu tai pohjattu viimeisen viiden vuoden aikana

- ei
- kyllä, yläleuan proteesia
- kyllä, alaleuan proteesia
- kyllä, molempia proteeseja

6. Onko sinulla mielestäsi nyt irrotettavien hammasproteesi(e)n korjaustarvetta?

- ei
- kyllä, yläleuan proteesissa
- kyllä, alaleuan proteesissa
- kyllä, molemmissa proteeseissa

7. Milloin käytät YLÄleuan proteesia?

- harvoin tai en koskaan
- yleensä valveilla ollessa
- koko ajan suussa

8. Milloin käytät ALAleuan proteesia?

- harvoin tai en koskaan
- yleensä valveilla ollessa
- koko ajan suussa

9. Tunnetko kipua ohimoilla, leukanivelissä, kasvoilla, tai leuoissa vähintään kerran viikossa?

- ei
- kyllä

10. Aiheuttaako pureskeleminen tai suun avaaminen sinulle kipua vähintään kerran viikossa?

- ei
- kyllä

11. Onko sinulle valmistettu purentakisko?

- ei
- kyllä, mutta en käytä kiskoa nykyisin
- kyllä, pidän kiskoa säännöllisesti
- kyllä, pidän kiskoa epäsäännöllisesti

12. Vuotavatko ikenesi verta?

- ei
- kyllä, kun pureskelen ruokaa
- kyllä, hampaita harjatessa
- kyllä, ilman näkyvää syytä
- kyllä, verta on suussani aamulla herätessäni

PURENTAELIMISTÖN TOIMINNOT (OBC-FIN)

Kuinka usein teet seuraavia toimintoja, viimeisen kuukauden perusteella?

Jos toiminnan määrä vaihtelee, valitse korkeampi vaihtoehto.

Vastaa jokaiseen kohtaan äläkä hyppää yhdenkään kohdan yli.

Unenaikaiset toiminnot

13. Puristat hampaita lujasti yhteen tai narskuttelet nukkuessasi, perustuen mihin tahansa sinulla olevaan tietoon?

- en koskaan
- alle 1 yö/kk
- 1-3 yötä/kk
- 1-3 yötä/vko
- 4-7 yötä/vko

Valveillaolon aikaiset toiminnot

14. Narskuttelet hampaita yhteen valveilla ollessasi?

- en koskaan
- harvoin
- joskus
- usein (suurimman osan ajasta)
- koko ajan

15. Puristat hampaita lujasti yhteen valveilla ollessasi?

- en koskaan
- harvoin
- joskus
- usein (suurimman osan ajasta)
- koko ajan

Suun omahoito

16. Kuinka usein yleensä harjaat hampaasi?

- useammin kuin kaksi kertaa päivässä
- kaksi kertaa päivässä
- kerran päivässä
- harvemmin kuin joka päivä
- en koskaan

17. Pystytkö itse puhdistamaan hampaasi ja suusi?

- kyllä, ilman vaikeuksia
- kyllä, mutta vaikeuksia on jonkin verran
- kyllä, mutta puhdistaminen on erittäin vaikeaa
- en pysty lainkaan

18. Kuinka usein puhdistat irrotettavat hammasproteesisi? (vastaa kysymykseen, jos sinulla on hammasproteesi)

- useammin kuin kaksi kertaa päivässä
- kaksi kertaa päivässä
- kerran päivässä
- harvemmin kuin joka päivä
- en koskaan

19. Kuinka usein käytät suusi ja hampaidesi hoitoon?

	päivittäin	viikoittain	harvemmin	en lainkaan
tavanomaista hammasharjaa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sähköhammasharjaa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hammaslankaa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hammasväliharjaa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
fluorihammastahnaa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
suunhuuhteluliuosta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PALVELUJEN KÄYTTÖ

20. Käyttö hammashoidossa

- säännöllisesti esim. sinulle suositellun tarkastus- tai hoitovälin mukaan
- vain silloin, kun sinulla on särkyä tai jotakin vaivaa
- en koskaan

21. Käyttö hammashoidossa tarkastusta varten?

- noin kerran vuodessa
- noin joka toinen vuosi
- noin joka kolmas vuosi
- harvemmin
- en koskaan

22. Milloin viimeksi kävit hammashoidossa?

Hammashoitokäynteihin kuuluvat käynnit hammaslääkärin, suuhygienistin, hammashoitajan ja/tai hammasteknikon luona.

- edeltävän 12 kuukauden aikana
- yli vuosi, mutta alle 2 vuotta sitten
- yli 2 vuotta, mutta alle 5 vuotta sitten
- 5 vuotta sitten tai aiemmin
- en ole koskaan käynyt hammashoidossa

23. Kävitkö viimeisimmän hammashoitajakson aikana...

Hoitojaksoon voi sisältyä vain yksi käynti esim. tarkastuksen vuoksi tai useita käyntejä esim. tarkastus, paikkaus, hammaskiven poisto. Voit valita useamman vaihtoehdon.

- terveyskeskuksen hammaslääkärillä
- yksityisellä hammaslääkärillä
 - omakustanteisesti (Kela-korvauksen tukemana tai ilman Kela-korvausta)
 - palvelusetelillä tai ostopalveluna
- muulla hammaslääkärillä (ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö, puolustusvoimat, yliopisto, sairaala jne.)
- erikoishammasteknikolla tai hammasteknikolla
- terveyskeskuksen suuhygienistillä
- yksityisellä suuhygienistillä
 - omakustanteisesti (Kela-korvauksen tukemana tai ilman Kela-korvausta)
 - palvelusetelillä tai ostopalveluna
- hammashoidossa ulkomailla

24. Mikä oli syy, kun edellisen kerran menit hammashoittoon?

Voit valita useamman vaihtoehdon

- suun ja hampaiden tarkastus
- sain kutsun hammashoidosta
- käynnistä oli sovittu jo edellisen hoitojakson lopussa
- hammaskiven poisto
- hampaan lohkeama
- reikä hampaassa
- hammassärky
- muu kasvoin, suuhun tai hampaisiin ja/tai hammasproteeseihin liittyvä kipu tai vaiva
- tapaturma
- ulkonäköön liittyvät seikat
- joku muu syy mikä? _____

25. Kuinka monta kertaa olet käynyt viimeisen hammashoitojakson aikana? (Hoitojaksoon kuuluvat kaikki hammashoitokäynnit, joilla hoidettiin sinulla havaitut hammassairaudet ja vaivat.)

	kertaa
terveyskeskuksen hammaslääkärillä	<input type="text"/>
yksityisellä hammaslääkärillä	<input type="text"/>
muulla hammaslääkärillä (ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö, puolustusvoimat, yliopisto, sairaala jne.)	<input type="text"/>
hammasteknikolla	<input type="text"/>
terveyskeskuksen suuhygienistillä	<input type="text"/>
yksityisellä suuhygienistillä	<input type="text"/>
muussa hammashoidossa	<input type="text"/>
ulkomailla hammashoidossa	<input type="text"/>

HAMMASHOIDON ASIAKAS

**26. Mitä hoitoja sinulle tehtiin viimeisimmän hoitojaksosi aikana?
Tehtiinkö sinulle:**

	ei	kyllä	en tiedä
suun ja hampaiden tutkimus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
röntgenkuvaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
paikkaus tai paikan uusinta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
juurihoito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kruunun tai sillan valmistus tai korjaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hampaan keinojuuren (implantin) asentaminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
irtoproteesien valmistus tai korjaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hampaan tai juuren poisto (sis. myös hampaan poistoleikkauksen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
muu suun alueen leikkaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
leukanivel- tai puremalihasvaivojen hoito, esim. parentakisko	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hammaskiven poisto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
fluorilakkaus tai muu fluorihoido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sylkitesti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
harjausopetus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ravintoneuvonta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
fluorin käytön neuvonta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hampaiden valkaisu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

27. Ovatko seuraavat asiat estäneet sinua saamasta haluamaasi hammashoitoa?*Voit valita useamman vaihtoehdon*

- Jonotus hoitoon pääsemiseksi
- Huonot kulkuyhteydet hoitopaikkaan
- Liian korkeat palvelumaksut ja hinnat
- Pelko
- Epäasiallinen kohtelu hoitopaikassa
- Jokin muu syy

28. Kun mietit viimeistä käyntiäsi hammaslääkärin vastaanotolla, miten samaa mieltä olet seuraavista?

	täysin samaa mieltä	osittain samaa mieltä	eri mieltä
Pääsin hoitoon riittävän nopeasti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sain riittävästi tietoa terveydentilastani	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Minua kuunneltiin ja minua kohtaan osoitettiin kiinnostusta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pystyin vaikuttamaan hoitoani koskeviin päätöksiin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Saamastani hoidosta oli minulle apua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En saanut tarvitsemaani hoitoa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

29. Arveletko nyt tarvitsevasi hammashoitoa?

- en
- kyllä
mitä hoitoa? _____

30. Pidätkö käymistä hammaslääkärissä pelottavana?

- en lainkaan
- jonkin verran pelottavana
- erittäin pelottavana

31. Mitä mieltä olet seuraavista väittämistä?*Kysymykset kuuluvat The Modified Dental Anxiety Scale (MDAS)-mittariin*

	En tuntisi itseäni hermostuneeksi	Olisin hieman hermostunut	Olisin kohtalaisen hermostunut	Olisin erittäin hermostunut	Olisin äärimmäisen hermostunut
Jos olisit huomenna menossa hammaslääkärin vastaanotolle hoidettavaksi, miltä sinusta tuntuisi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jos istuisit odotushuoneessa, miltä sinusta tuntuisi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Miltä sinusta tuntuisi, jos hammaslääkäri olisi juuri aloittamassa poraamisen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jos sinulta oltaisiin poistamassa hammaskiveä, miltä sinusta tuntuisi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jos ylätakahampaan aluetta oltaisiin puuduttamassa, miltä sinusta tuntuisi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SUUN TERVEYTEEN LIITTYVÄ ELÄMÄNLAATU

32. Kuinka usein sinulla on ollut seuraavia suun terveyteen liittyviä ongelmia viimeksi kuluneen kuukauden aikana? OHIP-14-mittari

	hyvin usein	melko usein	joskus	hyvin harvoin	ei lainkaan	en osaa sanoa
Onko sinulla ollut vaikeuksia sanojen lausumisessa hampaistasi, suustasi tai proteeseistasi johtuvien ongelmien takia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Onko sinusta tuntunut, että makuaistisi on heikentynyt hampaistasi, suustasi tai proteeseistasi johtuvien ongelmien takia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oletko tuntenut suussasi kipua tai särkyä?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Onko sinun ollut hankala syödä joitakin ruokia hampaistasi, suustasi tai proteeseistasi johtuvien ongelmien takia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oletko ollut vaivautunut hampaistasi, suustasi tai proteeseistasi johtuvien ongelmien takia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oletko tuntenut olosi jännittyneeksi tai kireäksi hampaistasi, suustasi tai proteeseistasi johtuvien ongelmien takia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oletko joutunut hampaistasi, suustasi tai proteeseistasi johtuvien ongelmien takia noudattamaan ruokavaliota, johon et ole tyytyväinen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oletko joutunut keskeyttämään ruokailun hampaistasi, suustasi tai proteeseistasi johtuvien ongelmien takia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Onko sinun ollut vaikea rentoutua hampaistasi, suustasi tai proteeseistasi johtuvien ongelmien takia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oletko ollut hämmentynyt tai nolostunut hampaistasi, suustasi tai proteeseistasi johtuvien ongelmien takia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oletko ollut ärtyisä muiden ihmisten seurassa hampaistasi, suustasi tai proteeseistasi johtuvien ongelmien takia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Onko sinulla ollut vaikeuksia jokapäiväisissä askareissasi hampaistasi, suustasi tai proteeseistasi johtuvien ongelmien takia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oletko mielestäsi ollut tyytymätön elämääsi hampaistasi, suustasi tai proteeseistasi johtuvien ongelmien takia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oletko ollut täysin toimintakyvytön hampaistasi, suustasi tai proteeseistasi johtuvien ongelmien takia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>