

Suuhygienistien näkemykset ja osaaminen pelkäävän potilaan hoidossa

Katariina Saastamoinen
KANDIDAATINTUTKIELMA
Hoitotiede
Turun yliopisto
Hoitotieteen laitos
Kesäkuu 2025

Kandidaatintutkielma

Hoitotiede

Katariina Saastamoinen

Suuhygienistin kokemukset ja osaaminen pelkäävän potilaan hoidossa

TtT Sanna Koskinen, TtT Heli Virtanen

31 sivua, 4 liitesivua

8.6.2025

Suun terveydenhuollossa potilaiden kokema pelko tai ahdistus ovat varsin yleisiä tuntemuksia, joita hoitotilanteessa esiintyy. Pelko aiheuttaa hammashoidon välttelyä, hoidon viivästymistä ja suun terveyden ongelmien pahenemista, jotka puolestaan vaikuttavat ihmisen yleisterveyteen ja elämänlaatuun. Pelko on myös tekijä, joka vaikuttaa ammattilaisen näkökulmasta hoidon suunnitteluun ja toteutukseen. Tutkielman tarkoituksena oli kartoittaa suuhygienistien näkemyksiä pelkäävän potilaan hoidosta sekä suuhygienistien osaamista ja menetelmiä pelkäävän potilaan hoitoon liittyen.

Tutkielman tietokantahaut suoritettiin alkuvuodesta 2025. Hakuja tehtiin PubMed, CINAHL, Cochrane Library ja Medic -tietokantoihin. Näistä tietokannoista Pubmed, CINAHL ja Cochrane Library tuottivat yhteensä 227 hakutulosta. Järjestelmällisen tiedonhaun mukaisesti, käytettiin tietokantahakuihin aiheeseen ennalta määriteltyä hakulauseketta. Löydetystä tutkimuksista kuusi valittiin mukaanotto- ja poissulkukriteerien perusteella tutkielmaan tarkasteltavaksi, ja näistä viisi on määrällisiä poikkileikkaustutkimuksia ja yksi monimenetelmätutkimus. Tutkimusten laatua tarkasteltiin JBI-arviointikriteerien perusteella.

Tutkielmassa havaittiin, että hammashoitopelkoa suuhygienistin vastaanoton kontekstissa on tutkittu tähän mennessä vähän. Suuhygienistien näkemykset koulutuksen ja osaamisen riittävydestä pelkopotilaiden hoitoon vaihtelevat. Osa suuhygienisteistä kokee koulutuksen riittävän vain lievistä hammashoitopelosta kärsivien hoitoon ja suurin osa on kiinnostunut saamaan lisäkoulutusta pelkäävän potilaan hoidosta. Pelkopotilaan tunnistaminen ja ammattilaisen ymmärrys pelon tasosta on hoidossa keskeistä. Suuhygienistin vastaanotolla pelkäävän potilaan tunnistamiseen vaikuttavat ammattilaisen tietoisuus pelon riskitekijöistä, kyky tehdä huolellinen anamneesi, pelon seulontaan kehitettyjen mittareiden hyödyntäminen sekä suuhygienistin ikä ja ammatillinen itsevarmuus. Suuhygienistit käyttävät erilaisia keinoja ja menetelmiä pelkopotilaiden pelon lievittämiseen. Menetelmät on tässä tutkielmassa jaettu vastaanoton ympäristöön vaikuttaviin keinoihin, psykologisiin menetelmiin ja lääkeaineiden käyttöön. Vastaanoton ympäristöön vaikutetaan eniten taustamusikilla. Psykologisista keinoista suuhygienistit käyttävät eniten menetelmää, jossa potilaan on mahdollista ilmaista ahdistustaan ja kokea kontrollin tunnetta hoitoon. Yhdysvalloissa suuhygienistit hyödyntävät pelkäävien potilaiden hoitoon ilokaasua.

Suuhygienistit hyötyisivät pelkäävien potilaiden hoitoon liittyvästä lisäkoulutuksesta ja myös peruskoulutuksen tulisi antaa riittävät valmiudet pelkopotilaiden tunnistamiseen ja hoitoon. Osaamista pelkäävien potilaiden hoitoon tarvitaan, jotta potilaat saavat tarkoituksenmukaista ja laadukasta hoitoa sekä kokevat tulevansa kohdatuksi asianmukaisella tavalla. Mikäli osaaminen ei ole riittävällä tasolla, saattaa pelkopotilaiden hoito aiheuttaa suuhygienisteille kuormitusta.

Avainsanat: hammashoitopelko, suuhygienisti

Sisällys

1	JOHDANTO	5
2	KESKEISET KÄSITTEET	7
2.1	Suuhygienisti ja työnkuvaus	7
2.2	Hammashoitopelko	8
3	TUTKIELMAN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	10
4	MENETELMÄT	11
4.1	Integratiivinen kirjallisuuskatsaus	11
4.2	Tiedonhakustrategia	11
4.3	Mukaanotto- ja poissulkukriteerit	12
4.4	Aineiston valinta	13
4.5	Aineiston analyysi	14
5	TULOKSET	15
5.1	Tutkimusten kuvaus	15
5.2	Suuhygienistien näkemykset pelkäävän potilaan hoidosta	16
5.3	Suuhygienistien osaaminen ja siihen liittyvät tekijät pelkopotilaan hoidossa	16
5.3.1	Pelkopotilaan tunnistaminen	17
5.3.2	Koulutuksen riittävyys ja lisäkoulutus pelkäävän potilaan hoitoon	18
5.4	Suuhygienistien menetelmät pelkopotilaiden hoidossa	19
5.4.1	Vastaanoton ympäristöön vaikuttaminen	19
5.4.2	Psykologiset menetelmät	19
5.4.3	Lääkeaineiden käyttö hoidossa	20
6	TUTKIMUSTEN LAADUNARVIOINTI	21
7	POHDINTA	23
7.1	Tulosten pohdinta	23
7.2	Luotettavuuden pohdinta	24
7.3	Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset	25
	Lähteet	27

Liitteet	32
Liite 1. Tutkielmassa käytetyt hakulausekkeet.	32
Liite 2. Katsaukseen valitut tutkimusartikkelit	33

1 JOHDANTO

Hammashoitopelko on varsin yleistä potilaiden keskuudessa ja aihe on kiinnostanut tutkijoita kauan. 1900-luvun puolivälissä ilmestyivät ensimmäiset artikkelit, jotka käsittelivät hammashoitopelon patofysiologiaa ja ennen 70-lukua kehitettiin jo ensimmäiset ahdistuneisuusasteikot (Corah Dental Anxiety Scale ja Visual Analog Scale) pelon mittaamiseen ja arviointiin. Tämä on merkityksellistä, sillä pelon tunnistaminen ja pelon määrän arviointi luovat pohjan pelkopotilaan hoidolle. (Facco & Zanette 2017.)

Hammashoitopelko aiheuttaa epäsäännöllistä suun terveydenhoidon palvelujen käyttöä ja pelon väheneminen puolestaan lisää palveluiden tavanomaista käyttöä. Voimakkaasta hammashoitopelosta kärsivien hampaiden kunto on todettu heikommaksi kuin vähemmän pelkäävillä. (Linnavuori ym. 2019, Pohjola ym. 2008.)

Hammashoitopelko on laaja-alainen ongelma, jonka tuomat haasteet voivat näkyä monella tapaa yksilön elämässä. Pelko voi aiheuttaa fysiologisia, kognitiivisia, käyttäytymiseen liittyviä, terveydellisiä ja sosiaalisia haittoja. Ongelmat voivat ilmetä erilaisina oireina kuten ahdistuksena, unihäiriöinä, välttelykäyttäytymisenä ja suuhygienian laiminlyöntinä.

Hammashoitopelko voi lisäksi näkyä yksilön elämässä sosiaalisina vaikutuksina, kuten haasteina ihmissuhteissa ja työssä jaksamisessa. (Cohen ym. 2000.)

Suuhygienistien rooli pelkäävien potilaiden hoidossa on tunnistettu merkitykselliseksi, sillä suuhygienistit usein tutustuttavat potilaan, erityisesti lapsen, ensimmäisenä hammashoittoon. Varhaiset positiiviset kokemukset hoitotilanteista voivat vaikuttaa potilaan myöhempiin asenteisiin ja tunteeseen hoidosta selviytymisestä. Suuhygienistin vastaanotolla voidaan rakentaa luottamusta ja luoda myönteisiä hoitokokemuksia. Näiden toteutuminen vaatii suuhygienistiltä osaamista viestinnästä, psykologiasta, pelon tunnistamisesta ja kivunhallinnasta. (Skaret & Soevdsnes 2005.)

Tämän kandidaatin tutkielman tarkoituksena on kuvata suuhygienistien näkemyksiä, osaamista ja menetelmiä pelkäävän potilaan hoitoon liittyen. Hammashoitopelkoa suuhygienistin vastaanoton näkökulmasta on toistaiseksi tutkittu vähän. Sen sijaan hammashoitopelkoa on tutkimuksissa käsitelty laajemmin hammaslääkärin vastaanotolla tapahtuvan hoidon ja hammaslääketieteellisten hoitomenetelmien näkökulmasta. Tutkimusta suuhygienistien vastaanotoilla tapahtuvasta pelkopotilaan hoidosta ja siihen liittyvistä tekijöistä tarvitaan, koska suuhygienistit ovat usein ensimmäisiä ammattilaisia, joita asiakas

suun terveydenhuollossa kohtaa. Ensimmäisillä kokemuksilla voi olla kauaskantoisia vaikutuksia ja aikuisilla hammashoitopelko vaikuttaa olevan melko vakiintunutta (Luoto ym. 2014).

2 KESKEISET KÄSITTEET

Tässä luvussa määritellään tutkimuksessa käytettävät keskeisimmät käsitteet ja avataan niiden tarkoitusta. Tämän tutkielman käsitteiksi muodostuivat tutkimusaiheen ja tutkimuskysymysten perusteella suuhygienisti ja työnkuvaus sekä hammashoitopelko.

2.1 Suuhygienisti ja työnkuvaus

Suuhygienistin ammatin alkuperä on lähtöisin Yhdysvalloista, jossa hammaslääkärit alkoivat siirtää suusairauksia ennaltaehkäiseviä työtehtäviä avustajilleen. Taustalla oli kasvanut ymmärrys siitä, että suun sairauksia voidaan ehkäistä ja parantaa, ohjaamalla potilaita ja lisäämällä tietoa suun terveydestä. Hammaslääkärien rinnalle tarvittiin ammattikunta, joka toteuttaa ennaltaehkäisevää työtä. Ensimmäinen suuhygienistikurssi aloitti Yhdysvalloissa jo vuonna 1913 ja nykyään suuhygienistikoulutusta on tarjolla maailmalla 230 korkeakoulussa. Suomessa ensimmäinen suuhygienistikoulutus alkoi Helsingissä vuonna 1976. (Luciak-Donsberger 2003)

Suuhygienisti on terveysalan ammattihenkilö, jolle Valvira myöntää oikeuden toimia laillistettuna ammattilaisena ja jonka toimintaa ohjaa *laki terveydenhuollon ammattihenkilöstä* (559/1994). Suuhygienisti on ammattikorkeakoulututkinnon suorittanut suun terveydenhuollon ammattilainen, joka työskentelee yleensä itsenäisessä potilastyössä julkisen tai yksityisen suun terveydenhoidon ympäristössä. Yksityisellä sektorilla suuhygienistit voivat työskennellä työntekijänä tai ammatinharjoittajana. Lisäksi suuhygienistejä työllistävät sairaalan erikoishammashoidon osastot. (Luciak-Donsberger & Eaton 2009) Potilasryhmänä on usein koko väestö ja työnkuva painottuu suun terveyden edistämiseen (Luciak-Donsberger 2003).

Nykyään Suomessa voi opiskella suuhygienistiksi viidessä ammattikorkeakoulussa: Helsingissä, Turussa, Tampereella, Kuopiossa ja Oulussa (Opetushallitus n.d.). Suomen suuhygienistien kouluttajille tehdyn tutkimuksen mukaan suuhygienistien osaamisalueet voidaan jakaa neljään pääkategoriaan: yhteistyöosaaminen, suun terveyden ohjausosaaminen, suun terveyden ylläpitohoidon osaaminen sekä tutkimus- ja kehittämisosaaminen. Kouluttajien mukaan suuhygienistikoulutus antaa hyvät valmiudet yhteistyöosaamiselle ja mahdollisuuden kehittää vuorovaikutustaitoja. (Jokiaho ym. 2018.) Viestintä- ja vuorovaikutustaidot vaikuttavat siihen, että voimakkaasti pelkäävä potilas voi kokea

hoitohenkilökunnan myönteisemmäksi, jos henkilökunta luo positiivisen, luottavaisen, hyväksyvän sekä tukevan ilmapiirin (Jaakkola ym. 2014).

Valtaosa suuhygienistien työajasta koostuu kliinisestä suunhoitotyöstä. Suomessa suuhygienistien vastaanotolla yleisin kliininen toimenpide on hammaskivenpoisto, joka korostuu erityisesti yksityisellä sektorilla työskentelevillä. Suuhygienistien osaamisalueita ovat myös muun muassa suun terveystarkastukset, suun sairauksia ennaltaehkäisevä työ ja ravitsemusohjaus sekä oikomishoidon toimenpiteet. (Jokiaho ym. 2018) Työnkuvat vaihtelevat jonkin verran julkisen ja yksityisen sektorin välillä, mikä johtuu työympäristöjen erilaisesta potilasrakenteesta. Suomen julkisessa hammashoidossa suuhygienistit hoitavat enemmän lapsiasiakkaita yksityiseen sektoriin verrattuna, koska alaikäisille kuuluu ilmainen julkinen suun terveydenhuolto. (Tseveenjav ym. 2009.)

2.2 Hammashoitopelko

Hammashoitopelko on globaalisti tunnettu ilmiö, jota ilmenee melko samankaltaisena maailmanlaajuisesti, joskin sillä on erilaisia kulttuurisia piirteitä. Ilmiölle on tyypillistä, että potilaat kokevat pelänneensä hammashoitoa varhaisesta lapsuudesta saakka. (Berggren ym. 2000) Suomalaisen aikuisväestön keskuudessa hammashoitopelko on varsin yleistä, sillä reilu kolmannes kokee jonkinasteista hammashoitopelkoa (Lahti ym. 2007). Sukupuolten välillä tunnetaan globaalisti eroa pelon kokemisessa – naiset kokevat yleisesti enemmän hammashoitopelkoa. Lisäksi nuorten aikuisten keskuudessa esiintyy enemmän pelkoa ja ahdistusta hammashoitoa kohtaan. (De Jongh & Stouthard 1993, Gadbury-Amyot CC ym. 1996, Hakeberg & Cunha 2008, Karadottir ym. 2002, Silveira ym. 2021)

Naisilla myös kipukynnys on todettu alhaisemmaksi. Hammashoitopelon tiedetään liittyvän kipukokemukseen ja siihen, että herkemmin kipua aistivat pelkäävät voimakkaammin hammashoitoa. (Kankaanpää ym. 2019) Tätä yhteyttä on tutkittu myös suuhygienistin vastaanotolla, missä on havaittu, että voimakkaasti pelkäävät potilaat tuntevat useammin äärimmäistä kipua verrattuna vähemmän pelkääviin. Lisäksi potilaat, jotka joutuvat käymään vaativammassa ja intensiivisessä erikoishammashoidossa, voivat kokea enemmän pelkoa. Esimerkiksi hampaan kiinnityskudossairautta, parodontiittia, sairastavat potilaat, jotka käyvät tiheästi ylläpito-hoidossa, ilmoittavat muita enemmän pelkoa hoitoa kohtaan. (Hakeberg & Cunha 2008) Sukupuolen ja iän lisäksi tunnistetaan myös muita altistavia tekijöitä. Näitä voivat olla esimerkiksi ahdistuneisuushäiriö, posttraumaattinen stressireaktio, huumeiden tai päihteiden käyttö ja astma (Drown ym. 2018, Simone ym. 2022).

Maailmanlaajuisesti 10–20 prosenttia lapsista ja nuorista kokee pelkoa, joka estää heitä kestämästä hammashoidon toimenpiteitä. Hammashoitopelon epätasainen sukupuolijakauma näkyy jo lapsilla, sillä tytöillä esiintyy pelkoa poikia enemmän (Cianetti ym. 2017). Lasten ja nuorten, joita hoidetaan erikoishoidossa pelkopoliklinikalla, havaitaan eroavan monin tavoin tavallista hammashoitoa saavista ikätovereistaan. Erot liittyvät hammashoitopelkoon, emotionaalisiin ja käyttäytymiseen liittyviin ongelmiin, temperamenttipiirteisiin sekä psykososiaalisiin taustatekijöihin. (Gustafsson 2010.)

Voimakas hammashoitopelko voi johtaa eräänlaiseen noidankehään, jossa pelon vuoksi hammashoitoon hakeutuminen lykkääntyy ja suun ongelmat pääsevät pahenemaan. Tämä lisää tarvetta hakeutua päivystysluontoiseen ja oireisiin perustuvaan hammashoitoon. Päivystyksellisenä toimenpiteenä tehty hoito puolestaan voi vaikuttaa hammashoitopelon säilymiseen tai pahenemiseen. Nämä tekijät yhdessä voivat heikentää ihmisen elämänlaatua monin tavoin. (Ab Malek ym. 2024, Armfield ym. 2007, Kani 2016.)

Suuhygienistin vastaanotolla pelkoa aiheuttavat yleisimmin senhetkinen kipu ja kiputunteuksen odottaminen, tiettyjen instrumenttien tunne, tilanteen arvaamattomuus, äänet ja potilaan kokemus tilanteen hallitsemattomuudesta. Lisäksi pelkoa synnyttävät potilaan ajatukset esimerkiksi pyörtymisestä. Suuhygienistin kyky kohdata potilas vaikuttaa myös pelon kokemiseen, sillä potilaiden mukaan suuhygienistin maininnat heikosta suuhygienian tasosta tai suuhygienistin epämukava käytös aiheuttaa pelkoa tai ahdistusta. Vähiten pelkoa aiheuttavat hammashoituhuoneen hajut tai tunne, että on lukittuna hoitotuoliin. (De Jongh & Stouthard 1993.)

3 TUTKIELMAN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän tutkielman tarkoituksena on kuvata suuhygienistien näkemyksiä pelkäävän potilaan kohtaamisesta ja sitä, millaista osaamista ja menetelmiä suuhygienisteillä on pelkäävän potilaan hoitoon liittyen. Tutkielma toteutetaan integratiivisena kirjallisuuskatsauksena. Tutkielman tavoitteena on saada tietoa pelkopotilaiden hoidosta suuhygienistin vastaanotolla ja sen avulla kehittää pelkäävien potilaiden hoitoa, osaamista ja menetelmien käyttöä.

Tämän tutkielman tutkimuskysymykset ovat:

1. Mitä tutkimusta on tehty pelkäävän potilaan kohtaamisesta suuhygienistin vastaanotolla ja suuhygienistien osaamisesta pelkäävän potilaan hoitoon liittyen?
2. Mitä näkemyksiä suuhygienisteillä on pelkäävien potilaiden hoidosta?
3. Mitä osaamista suuhygienisteillä on pelkäävien potilaiden hoitoon liittyen?
4. Mitä hoitokeinoja tai menetelmiä suuhygienistit käyttävät pelkäävien potilaiden hoidossa?

4 MENETELMÄT

4.1 Integriivinen kirjallisuuskatsaus

Kirjallisuuskatsauksella on tarkoitus kehittää tieteenalan teoreettista ymmärrystä ja käsitteistöä sekä kehittää tai arvioida olemassa olevaa teoriaa. Lisäksi sen avulla on mahdollista kyetä muodostamaan kokonaiskuva tietystä aihealueesta tai asiakokonaisuudesta. Integriivista kirjallisuuskatsausta voidaan pitää kaikkein laajimpana muotona kirjallisuuskatsauksesta, ja sille on tyypillistä, että taustaksi esitettävät tutkimuskysymykset ovat laajoja ja tutkittavaa ilmiötä pyritään kuvaamaan monipuolisesti. (Sulosaari & Kajander-Unkuri, 2016.) Keskeisin piirre integriiviselle kirjallisuuskatsaukselle on synteesi erilaisten tutkimusmenetelmin tuotetuista tutkimuksista. Tällä menetelmällä on mahdollista tuottaa melko laaja ja syvä ymmärrys tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä (Suhonen ym. 2016). Keskeinen vaihe kirjallisuuskatsauksessa on järjestelmällinen tiedonhaku. Tiedon löytämiseksi käydään läpi tietokannat, internetsivustot, opinnäytetyöt ja julkaisemattomat lähteet, jotka ovat tutkielman aiheen kannalta oleellisia. Systematisoituun kirjallisuuskatsaukseen ei kuitenkaan ole välttämätöntä löytää kaikkea materiaalia, jota tutkittavasta aiheesta on kirjoitettu. (Lehtiö & Johansson 2016.)

4.2 Tiedonhakustrategia

Systemaattisessa kirjallisuushaussa noudatetaan suunniteltua hakustrategiaa, jonka pohjalta tiedonhaku suoritetaan. Kirjallisuutta etsitään tarkkaan suunniteltujen hakulausekkeiden avulla tietokannoista sekä manuaalista hakua käyttäen esimerkiksi katsaukseen valittujen artikkeleiden lähdeluetteloita tarkkailemalla. (Niela-Vilen & Hamari 2016.)

Tässä tutkielmassa käytettiin tiedonhaussa Pubmed-, Cinahl- ja Cochrane- tietokantoja ja haut suoritettiin tammi-helmikuussa 2025. Myös Medic -tietokantaan tehtiin hakuja, mutta tutkimusartikkeleita ei löytynyt. Hakulausekkeessa käytettiin sanoja, jotka johdettiin tutkimusaiheen keskeisistä käsitteistä ja käsitteet käännettiin englanninkieliseen muotoon. Hakulauseke muodostettiin sanoista ja Boolean operaattoreista AND ja OR. Kaikissa käytetyissä tietokannoissa käytettiin samoja hakulausekkeitä huomioon ottaen tietokantojen omat hakukriteerit. Tietokannoista saadut hakutulokset on esitetty *kuviossa 1* ja tarkat hakulausekkeet *liitteessä 1*. Koska hammashoitopelkoa suuhygienistin vastaanotolla on tutkittu vähän, kävi alustavia hakulausekkeitä testatessa ilmi, että liian tarkoin rajatuilla hakulausekkeilla ei löytynyt artikkeleita. Tästä syystä hakulausekkeista oli muodostettava

melko laiveita, jotta hakutuloksia saatiin. Rajauksena oli englanninkieliset artikkelit, mutta esimerkiksi vuosirajaukselle ei nähty tarvetta. Tällä hakustrategialla kohtalaisen niukasta määrästä hakutuloksia, löytyi kuitenkin aiheeseen sopivia tutkimusartikkeleita riittävä määrä jatkotarkastelua varten.

Systemaattisen haun lisäksi tehtiin manuaalista hakua tutkimusten lähdeluetteloita läpi käymällä, mutta yhtään lisää tutkimuksia, jotka olisivat täyttäneet kriteerit, ei löytynyt.

4.3 Mukaanotto- ja poissulkukriteerit

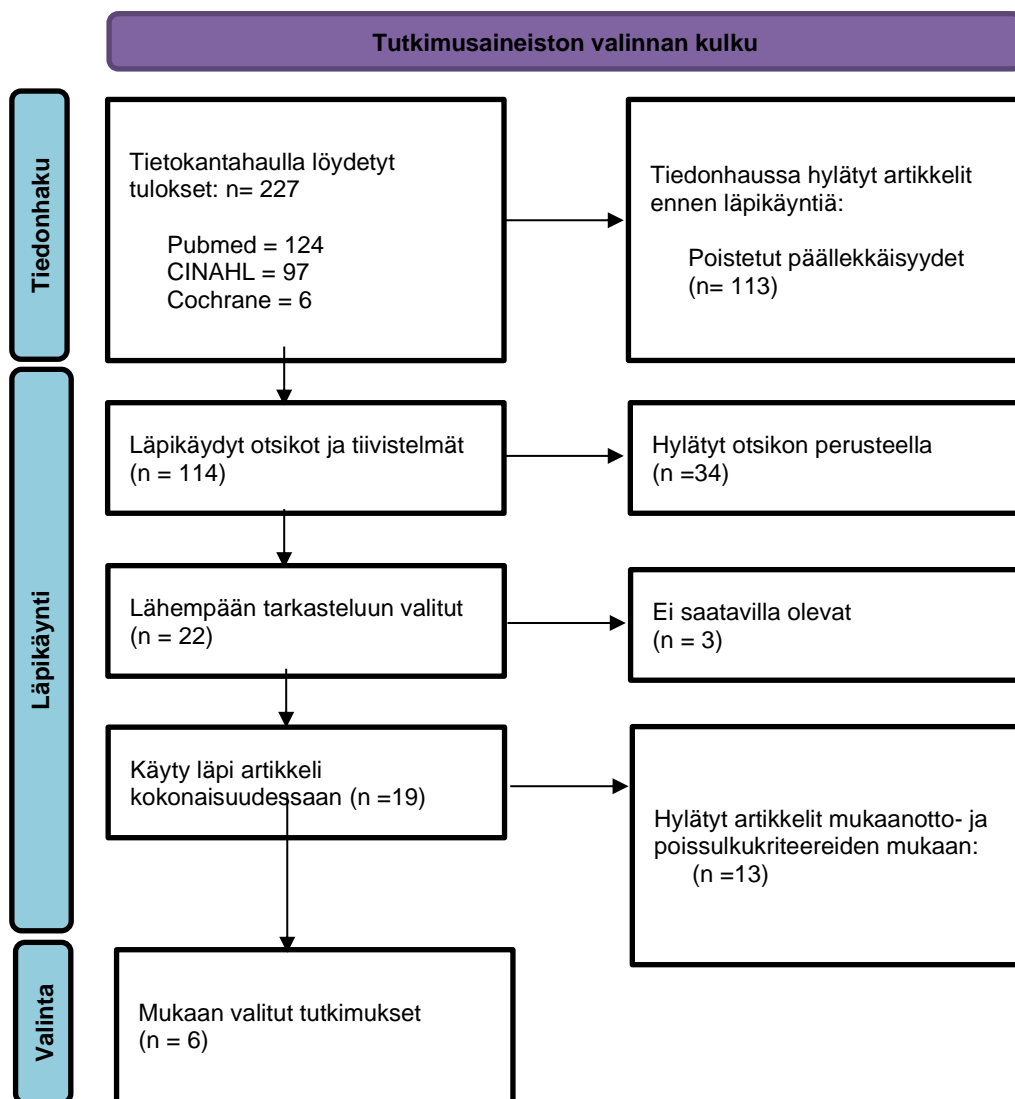
Systemaattiseen kirjallisuushaun strategiaan kuuluu oleellisesti mukaanotto- ja poissulkukriteerien määrittäminen. Kriteerit mahdollistavat tutkimuksen fokuksen pysymisen oikeana sekä helpottavat relevantin kirjallisuuden tunnistamisessa. Kirjallisuuskatsauksen mukaanotto- ja poissulkukriteerien määrittelyssä voidaan käyttää apuna PI(C)OS tarkastelua, jossa P tarkoittaa kohderyhmää, I interventiota O tuloksia ja S tutkimusasetelmaa. (Niela-Vilen & Hamari, 2016.) Tämän tutkielman mukaanotto- ja poissulkukriteerit on esitetty taulukossa 1.

Taulukko 1. Mukaanotto- ja poissulkukriteerit PI(C)OS tarkastelua käyttäen.

Tarkastelun kohde	Mukaanottokriteerit	Poissulkukriteerit
P) Kohderyhmä	Suuhygienistit vähintään osana tutkimusta	Hammaslääkärit ainoana tutkimuksen ammattiryhmänä
I) Interventio	Pelkäävä potilas suuhygienistin/hammashoitajan vastaanotolla	
O) Tulokset	Suuhygienistien näkemykset pelkäävän potilaan hoitamisesta ja osaaminen pelkopotilaiden hoidossa	
S) Tutkimusasetelma	Kaikki alkuperäistutkimukset ja koko teksti saatavilla	Ei kirjallisuuskatsauksia

4.4 Aineiston valinta

Seuraavassa kuviossa on esitetty aineiston valinnan kulku ja siinä mukana olleiden tutkimusten määrä eri vaiheissa prosessia. Eniten hakutuloksia tuotti Pubmed, josta löytyi 124 artikkelia. Cinahl -tietokannasta löytyi artikkeleita 97 kappaletta ja Cochranesta vain 6 kappaletta. Tutkimusartikkelit vietiin Zotero -viitteidenkäsittelyohjelmaan, jonka avulla poistettiin ensiksi tuplana tai useampana haussa tulleet artikkelit. Tämän jälkeen tutkimuksia käytiin läpi otsikko- ja abstraktitasolla ja osasta tutkimuksia luettiin myös koko tutkimusartikkeli läpi. Mukaanotto- ja poissulkukriteereiden mukaisesti valittiin tutkimukset, jotka otettiin lähempään tarkasteluun. Kolmesta tutkimuksesta ei ollut saatavilla luettavaksi koko tekstiä, joten nämä tutkimukset hylättiin. Lopulta katsaukseen valittiin mukaan 6 tutkimusta, jotka täyttivät kriteerit.



Kuvio 1. Tutkimusten valintaprosessi

4.5 Aineiston analyysi

Integratiivisessa kirjallisuuskatsauksessa aineiston analyysin tarkoituksena on huolellinen ja tasapuolinen katsaukseen valittujen tutkimusten tulosten tulkinta sekä saada aikaan tutkimusten tulosten synteesi. Analyysin avulla pyritään täyttämään kirjallisuuskatsauksen perimmäinen tarkoitus eli vastaamaan asetettuihin tutkimuskysymyksiin tai -ongelmaan. (Sulosaari & Kajander-Unkuri 2016.)

Tämän tutkimuksen aineiston analyysimenetelmäksi valittiin induktiivinen sisällönanalyysi. Mukaan valitut tutkimukset luettiin aluksi läpi useaan kertaan ja tarkasteltiin tutkimuksista esille nousevia teemoja ja yhteneväisyyksiä tai eroavaisuuksia. Asetetut tutkimuskysymykset ohjasivat analyysivaihetta. Analyysi eteni siten, että tutkimuksista korostettiin värein ja huomiomerkein ne kohdat tekstin tuloksista, joissa nousi esille tutkimuskysymykseen liittyviä asioita. Tutkimuksista nousseista asioista muodostui aiheeseen liittyviä asiakokonaisuuksia, jotka on esitetty seuraavassa luvussa.

5 TULOKSET

5.1 Tutkimusten kuvaus

Tutkielmaan valikoitui mukaanotto- ja poissulkukriteerien perusteella kuusi tutkimusartikkelia, joista viisi oli määrällisiä tutkimuksia ja yksi monimenetelmätutkimus. Perustiedot valituista tutkimuksista on esitetty *taulukossa 2* (liite 2). Tutkimusten julkaisuvuodet ajoittuvat välille 2010–2018 ja tutkimuksista kolme on tehty Yhdysvalloissa (Drown ym. 2018, Kanzigg ym. 2018, Tran ym. 2010), kaksi Ruotsissa (Brahm ym. 2019, Höglund ym. 2019) ja yksi Skotlannissa (Humphris & Zhou 2014).

Tutkimuksista viisi on poikkileikkaustutkimuksia ja yksi satunnaistettu kontrolloitu tutkimus. Tietoa tutkimusaiheesta on kerätty eri aineistonkeruumenetelmillä. Kolmessa määrällisessä tutkimuksessa aineisto kerättiin strukturoidulla kyselylomakkeella (Drown ym. 2018, Kanzigg ym. 2018, Tran D ym. 2010). Höglund ym. (2019) tutkimuksessa aineisto on kerätty kahden testatun mittarin avulla, joista toinen on strukturoitu kyselylomake ja toinen visuaalinen asteikko, johon kivun intensiteetti merkitään horisontaalisesti sitä kuvaavalle korkeudelle. Potilaat arvioivat kivun kokemusta sekä pelkoa kyselylomakkeen avulla ennen vastaanottoa, ja ammattilainen arvioi potilaan kivun intensiteettiä hoidon jälkeen.

Havainnointia käytettiin aineistonkeruumenetelmänä yhdessä tutkimuksessa, jossa havainnointiin ammattilaisen käyttäytymisen vaikutusta lapsen kieltäytymiseen hoitajan suorittamasta hampaiden fluorilakkauksesta. Havainnot tehtiin tutkimustilanteen videotallenteista ja ne merkattiin numeeriseen muotoon. (Humphris & Zhou 2014.)

Monimenetelmätutkimuksessa, jossa arvioitiin pelkopotilaiden hoitoon kehitetyn toimintamallin vaikuttavuutta, aineistoa kerättiin kyselylomakkeella, joka oli osittain strukturoitu ja sisälsi myös avoimia vastausvaihtoehtoja. Aineisto analysoitiin määrällisesti ja laadullisesti kyselylomakkeista, joihin koe- ja kontrolliryhmät vastasivat tutkimuksen alussa ja lopussa. (Brahm ym. 2018.)

Tutkimuksissa kohderyhmänä olivat suuhygienistit, mutta yhdessä tutkimuksessa käytettiin hammashoitaja nimikettä (Humphris & Zhou 2014). Tutkimuksia suuhygienistien kokemuksista pelkopotilaan hoidosta löytyi niukasti, jonka vuoksi mukaan valittiin myös soveltuvat tutkimukset, jossa suuhygienistit ovat merkittävänä osana tutkimuskohderyhmää (Höglund ym. 2019, Tran D ym. 2010). Oskoot vaihtelivat valittujen tutkimusten välillä $n=131-1128$.

5.2 Suuhygienistien näkemykset pelkäävän potilaan hoidosta

Suuhygienistit raportoivat pelkopotilaiden olevan yleinen potilastyyppe heidän vastaanotollaan ja arvioivat pelkääviä potilaita olevan koko potilasaineistosta 26–30 % (Brahm ym. 2018, Drown ym. 2018, Kanzigg ym. 2018). Valtaosa suuhygienisteistä (73 %) kokee hammashoitopelon olevan merkittävästi tai erittäin merkittävästi hoitoon vaikuttava tekijä. Suuhygienisteistä lähes kaikki (95 %) jakavat ajatuksen, että pelko vaikuttaa suun terveyteen, ja on yksi päätekijä siinä, että potilas viivästyttää suun terveydenhoitoon hakeutumista. (Drown ym. 2018, Kanzigg ym. 2018.)

Yli puolet suuhygienisteistä (57 %) raportoi tuntevansa pelkäävää potilasta hoitaessaan myös henkilökohtaista ahdistusta (Drown ym. 2018). Tämä huomio tulee esille myös tutkimuksessa, jossa laadullisen osion avoimessa kommentissa erään suuhygienistin mukaan potilaan ahdistus voi vaikuttaa hoitavaan ammattilaiseen. Hänen näkemyksensä mukaan, hallitsemalla paremmin hammashoitopelkoa, myös potilaan hoitaminen parantuu. Olisi vain tiedettävä kuinka hoitaa pelkopotilaita paremmin. (Kanzigg ym. 2018.) Huolimatta siitä, että pelkäävien potilaiden hoito aiheuttaa osassa ammattilaisista ahdistusta, suuhygienisteistä 43 % ilmoittaa olonsa erittäin luottavaiseksi hoitaessaan pelkääviä potilaita (Drown ym. 2018).

Jos suuhygienistillä on tiedossa vastaanotolle tulevan potilaan olevan pelkäävä, vain 20 % suuhygienisteistä kertoo potilaille usein varattavan normaalia pidemmän hoitoajan ja 37 % raportoi potilaalle varattavan toisinaan pidennetty aika. Suuhygienistien näkemyksen mukaan potilaat pelkäävät suuhygienistin vastaanoton toimenpiteistä eniten paikallispuudutusta ja vähiten hampaiden kiillotusta. (Drown ym. 2018.)

5.3 Suuhygienistien osaaminen ja siihen liittyvät tekijät pelkopotilaan hoidossa

Suuhygienistit kokevat osaamisensa pelkäävien potilaiden hoitoon olevan hyvällä tasolla, ja he luottavat omaan ammattitaitoonsa silloin, kun potilas kärsii vain lievästä pelosta. Kokemus osaamisen tasosta laskee, kun potilaiden pelon määrä kasvaa keskivaikeasta voimakkaaseen pelkoon. (Kanzigg ym. 2018.) Suuhygienistin ammatillisella itseluottamuksella on todettu olevan vaikutusta siihen, kuinka ammattilainen osaa muuttaa hoitoa enemmän pelkäävän potilaan tarpeita vastaavaksi. Suuhygienistit, joiden ammatillinen itseluottamus on alhaisempi, muuttavat vähemmän todennäköisesti tapaansa hoitaa pelkäävää potilasta. (Drown ym. 2018.)

5.3.1 Pelkopotilaan tunnistaminen

Tutkimuksissa on selvitetty suuhygienistien taitoa tunnistaa hammashoitoa pelkäävä potilas ja arvioida pelon voimakkuutta. (Höglund ym. 2019, Kanzigg ym. 2018) Suuhygienisteistä 43 % osasi kyselyssä tunnistaa kaikki pelkopotilaan tyypilliset merkit ja oireet oikein. Kuitenkin suuhygienisteistä kaikki ovat tunnistaneeet, että pelkäävän potilaan tyypillisiin oireisiin kuuluu hengenahdistus ja fyysinen levottomuus. (Kanzigg ym. 2018.) Tutkimuksessa, jossa tutkittiin kliinikoiden kykyä arvioida potilaan kokemaa pelkoa, todettiin, että klinikoilla on eniten haasteita tunnistaa voimakkaasta hammashoitopelosta kärsivät potilaat, sillä tutkimuksessa kliinikoiden arviot potilaan korkeasta hammashoitopelosta eivät korreloi potilaan tuntemusten kanssa. Myös lievemmissä pelkopotilasryhmissä ammattilainen yleensä arvioi potilaan pelkoa lievemmäksi kuin potilas itse. Sen sijaan ammattilaisen ja potilaan iän ollessa korkeampi, arvioi ammattilainen potilaan pelkoa paremmin. (Höglund ym. 2019.) Kuitenkin suuhygienisteistä lähes kaikki (92 %) ilmoittavat luottavansa kykyynsä havaita potilaiden stressiä (Kanzigg ym. 2018).

Ruotsissa pelkopotilaan hoitoon on kehitetty hoitomalli, jolla on ollut tarkoitus lisätä suun terveydenhuollon ammattilaisten osaamista pelkäävän potilaan hoidossa. Pelkohoitomallin mukaisen koulutuksen saaneista ammattilaisista yli puolet (63 %) kokee pelkäävän potilaan tunnistamisen parantuneen. (Brahm ym. 2018.)

Kliinikon kyvyille arvioida pelkopotilaan ahdistuksen määrää suhteessa potilaan tuntemukseen, ei ole havaittu olevan tilastollisesti merkittävää yhteyttä kliinikon sukupuolen, koulutuspaikkakunnan tai pelkoon liittyvällä lisäkoulutuksen kanssa.

Amerikkalaisuuhygienistien koulutuksen eri tasoilla - alemmalla tasolla, kandidaatin tai maisterin tutkinnolla - ei ole todettu olevan vaikutusta siihen, kuinka hyvin suuhygienisti tunnistaa hammashoitopelon oireet. (Kanzigg ym. 2018.) Myöskään potilaan koulutustaso ei vaikuttanut ammattilaisen tekemään arvioon pelosta (Höglund ym. 2019). Sen sijaan on havaittu, että suuhygienistien iällä ja itsevarmuuden tasolla on merkittävä yhteys siihen, kuinka todennäköisesti suuhygienisti tiedustelee potilaalta mahdollisesta hammashoitopelosta (Drown ym. 2018). Suuhygienistien työkokemuksen vuosimäärän merkityksestä siihen, kuinka hyvin ammattilainen arvioi pelon määrää, on tutkimuksissa ristiriitaista tietoa. Työkokemus on todettu tutkimuksissa vaihtelevasti merkitykselliseksi ja merkityksettömäksi tekijäksi. (Drown ym. 2018, Höglund ym. 2019.)

Yksi pelkopotilaan tunnistamiseen vaikuttava tekijä on ennen hoitoa tehtävä anamneesi ja pelkopotilaiden seulonta. Tutkimusten mukaan suuhygienisteistä 80–99 % ei käytä hammashoitopelon seulontaan suunniteltuja kyselylomakkeita. Yli 60 prosenttia suuhygienisteistä ei ollut tietoisia hammashoitopelkoon kehitetyistä seulontakyselyistä tai he eivät olleet perehtyneet niiden käyttöön. (Drown ym. 2018, Kanzigg ym. 2018.) Lisäksi 63 % suuhygienisteistä kysyy vain harvoin tai ei koskaan hammashoitopelosta esitietokyselyn yhteydessä (Drown ym. 2018). Tästä huolimatta yli 95 % tutkimukseen osallistuneista suuhygienisteistä on sitä mieltä, että he ovat avainasemassa pelkäävän potilaan tunnistamisessa ja seulonnassa. Heistä myös 78 % ilmaisee kiinnostuksensa oppia lisää pelon tunnistamiseen kehitetyistä kyselyistä. (Kanzigg ym. 2018.)

Hammashoitopelolle on olemassa tekijöitä, joita aikaisemman tutkimustiedon perusteella osataan yhdistää hammashoitopelkoon (Drown ym. 2018, Kanzigg ym. 2018, Tran ym. 2010). Suuhygienisteistä noin kolmasosa tunnistaa, että hammashoitopelkoa esiintyy enemmän naisten keskuudessa, ja että iän myötä hammashoitopelon esiintyvyys vähenee. Suuhygienistit (95 %) ovat hyvin tietoisia siitä, että hammashoitopelko voi vaikuttaa potilaan fyysiseen, henkiseen ja emotionaaliseen tilaan. 70 % suuhygienisteistä osaa yhdistää hammashoitopelosta kärsivillä olevan suurentunut taipumus alkoholin ja huumeiden väärinkäyttöön. (Kanzigg ym. 2018.)

5.3.2 Koulutuksen riittävyys ja lisäkoulutus pelkäävän potilaan hoitoon

Suuhygienistien kokemus osaamisesta ja koulutuksen riittävydestä pelkäävien potilaiden hoitoon vaihtelee tutkimusten välillä. Drown ym. (2018) tutkimuksessa suuhygienisteistä 72 % niistä, joka kokevat hammashoitopelon olevan merkittävästi hoitoon vaikuttava tekijä, kokevat, että olisi tarvinnut lisää tietoa hammashoitopelosta jo suuhygienistien peruskoulutuksen aikana. Toisessa tutkimuksessa käy ilmi, että hieman yli puolet (58 %) suuhygienisteistä kokevat peruskoulutuksen antavan valmiuden hoitaa vain lievästi hammashoitopelosta kärsiviä potilaita (Kanzigg ym. 2018). Sen sijaan Brahm ym. (2018) tutkimuksessa vain 10–13 % (koe- ja kontrolliryhmä) suuhygienisteistä, osana muita tutkimukseen osallistuneita klinikoita, ilmoitti kykynsä pelkopotilaiden hoitoon melko heikoksi. Hyvänä tai erittäin hyvänä osaamistansa piti suurin osa vastaajista, 90 % koe- ja 87 % kontrolliryhmästä.

Suuhygienistien ja hammaslääkäreiden välillä ei ole todettu olevan eroa hammashoitopelkoon liittyvässä kiinnostuksessa tai hakeutumisessa lisäkoulutukseen pelkoon liittyen. Ne klinikot

(90 %), jotka ovat erityisen kiinnostuneita hammashoitopelosta, ovat hakeutuneet saamaan lisäkoulutusta (Höglund ym. 2019). Iso osa suuhygienisteistä (79 %) kertoo olevansa kiinnostunut täydennyskoulutuskurssista pelkopotilaiden hoitoon liittyen, ja 82 % haluaisi oppia lisää vaihtoehdoista potilaiden hoitoon, joilla on voimakasta pelkoa tai ahdistusta hammashoitoa kohtaan (Kanzigg ym. 2018).

5.4 Suuhygienistien menetelmät pelkopotilaiden hoidossa

Katsaukseen valituista tutkimuksista löytyi useita suuhygienistien käyttämiä keinoja tai menetelmiä, joita käytetään pelkävien potilaiden hoidossa. Tässä tutkielmassa nämä keinot jaettiin kolmeen kategoriaan – vastaanoton ympäristöön vaikuttamiseen, psykologisiin menetelmiin ja lääkeaineiden käyttöön hoidossa.

5.4.1 Vastaanoton ympäristöön vaikuttaminen

Hammashoitopelon lievittämiseen suuhygienistin vastaanotolla on olemassa useita erilaisia keinoja ja hoitomenetelmiä. Ensimmäiseksi pelkoa voidaan pyrkiä lievittämään vaikuttamalla vastaanoton ympäristöön – esimerkiksi tuoksuihin, ääniin, vastaanoton sisustukseen ja odotustilan varustukseen (Kanzigg ym. 2018, Tran ym. 2010). Yhdysvalloissa Georgissa tehdyssä tutkimuksessa yleisimmät keinot, joita käytetään vastaanoton ympäristön muokkaamiseen, ovat vastaanoton taustamusiikki, aikakauslehdet, seinien koristelu ja aromaattisten tuoksujen käyttö. Taustamusiikki on vastaanoton ympäristöön vaikuttavista tekijöistä yleisin ja sitä käyttää 83 % vastaanotoista. Vastaanotoilla aikakauslehtien tai kirjojen tarjoaminen luettavaksi on myös varsin yleistä, sillä 76 % vastaanotoista tarjoaa odotustilaan luettavaa. (Tran ym. 2010.) Suuhygienistien vastaanotoilla 60 % ammattilaisista käyttää pelon vähentämiseen keinoa, jolla potilaan huomio pyritään siirtämään pois hoitotilanteesta (Kanzigg ym. 2018, Tran ym. 2010).

5.4.2 Psykologiset menetelmät

Ammattilaisen käyttäytymisellä on vaikutusta pelon ja ahdistuneisuuden vähentymiseen hammashoitotilanteessa. Etenkin lasten kanssa työskennellessä on hoitajan kannustavalla ja positiivisella käytöksellä todettu olevan yhteys hoitotoimenpiteen onnistumiseen. Tutkimuksessa on havaittu, että hoitajan antamat keuhut lapsen positiivisesta käytöksestä vaikuttavat onnistuneeseen yhteistyöhön ja hoitomyöntyvyyteen fluorilakkauksessa. Sen sijaan hoitajan lapselle esittämällä rauhoittelulla tai vakuuttelulla ja hoidosta kertomisella ei

ole todettu olevan merkittävää hyötyä hoitoon suostumisen kannalta. (Humphris & Zhou 2014.)

Suuhygienistit käyttävät potilaiden hoidossa erilaisia pelkoa ja ahdistusta lievittäviä menetelmiä. Tutkimuksista selviää, että suuhygienistit käyttävät ensisijaisesti psykologisia keinoja hammashoitopelon lievittämisessä (Drown ym. 2018, Kanzigg ym. 2018, Tran ym. 2010). 67–80 % suuhygienisteistä kertoo käyttävänsä keinoja, joilla potilas voi ilmoittaa hoidon aikana ahdistuneisuudestaan ja kokea kontrollin tunnetta (Kanzigg ym. 2018, Tran ym. 2010). Suuhygienisteille on myös melko tavanomaista käyttää keinoja, joilla pyritään siirtämään potilaan huomio pois hoitotoimenpiteestä. Tätä keinoa käyttää 49–60 % suuhygienisteistä (Drown ym. 2018, Kanzigg ym. 2018, Tran ym. 2010). Lisäksi suuhygienistit (60 %) käyttävät pelonlievityskeinona mallintamista eli hoitotapahtuman potilaalle demonstroimista ennen toimenpidettä (Kanzigg ym. 2018). Vajaa 40 % ilmoittaa hyvän ja luottamuksellisen potilas-ammattilainen-suhteen olevan osa pelon hoitoa (Tran ym. 2010). Systemaattista hoitoon siedättämistä pelkohoitoimenetelmänä käyttää 23 % suuhygienisteistä (Kanzigg ym. 2018). Alle 20 % suuhygienisteistä hyödyntää kognitiivista käyttäytymisterapiaa tai muuta rentoutusterapiaa pelkopotilaiden hoidossa. Lisäksi tutkimuksissa esiintyy pelonhoitokeinona potilasta rauhoittava hengitystekniikka, jonka käyttöä suosii vähän yli 20 % suuhygienisteistä. (Kanzigg ym. 2018, Tran ym. 2010.)

5.4.3 Lääkeaineiden käyttö hoidossa

Suuhygienistin vastaanotolla hyödynnetään pelkopotilailla ahdistuksen lievittämiseen myös lääkkeitä (Drown ym. 2018, Kanzigg ym. 2018, Tran ym. 2010). Lääkkeitä pelkopotilaiden hoidossa käyttää noin 60 % klinikoista (Tran ym. 2010). Yhdysvalloissa suurin osa (74 %) suuhygienisteistä on perehtynyt ilokaasun käyttöön (Drown ym. 2018). Tutkimusten mukaan Yhdysvalloissa 17–44 % suuhygienisteistä käyttää ilokaasua pelkopotilaiden hoidossa (Drown ym. 2018, Kanzigg ym. 2018). 18 % suuhygienisteistä ilmoittaa, että potilaita hoidetaan ahdistusta lievittäväällä esilääkityksellä heidän vastaanotoillaan (Kanzigg ym. 2018). Suuhygienisteistä 69 % on pätevoitynyt paikallispuudutteen käyttöön (Drown ym. 2018).

6 TUTKIMUSTEN LAADUNARVIOINTI

Kirjallisuuskatsauksessa mukaan valittujen alkuperäisartikkeleiden laatua tulisi arvioida siihen soveltuvaa arviointikriteeristöä hyödyntäen. Tarkoituksena on kriittisesti tarkastella ja määritellä tutkimusartikkeleiden luotettavuutta ja menetelmällistä laatua, sillä katsaukseen pyritään valitsemaan mahdollisimman korkealaatuiset tutkimukset. Tällä tavoin halutaan varmistaa kirjallisuuskatsauksen tulosten ja johtopäätösten paikkansapitävyyttä. (Lemmetti & Ylönen 2016.)

Tähän kirjallisuuskatsaukseen valitut tutkimukset arvioitiin Joanna Briggs Instituutin (JBI) arviointikriteeristöä hyödyntäen, jotka ovat saatavilla Hoitotieteen tutkimussäätiö Hotuksen suomeksi kääntämänä. JBI arviointikriteerit vaihtelevat tutkimustyyppin mukaan, mutta kriteeristöt koostuvat kysymyksistä, jotka auttavat metodologisen laadun arvioinnissa ja tutkimuksen tuloksiin vaikuttavan mahdollisen harhan tunnistamisessa. Kaikki tähän tutkielmaan valitut tutkimusartikkelit arvioitiin arviointikriteeristön avulla ennen analysointivaihetta ja yhtään tutkimusta ei hylätty. Tutkimusten arvioinnissa saadut pistemäärät on esitetty *taulukossa 2*. Arvioinnin suoritti itsenäisesti tutkielman tekijä, vaikka yleensä arvioinnin suorittaa kaksi tutkijaa itsenäisesti, mutta kandidaatin tutkielmassa tästä käytännöstä joustetaan.

Tutkimus	Menetelmä	Arviointi JBI-kriteeristön perusteella
Anxiolytic Intervention Preference of Dental Practitioners in the Savannah, Chatham County Area: A Pilot Study	Poikkileikkaustutkimus	4/8 pistettä
Evaluation of the ability of dental clinicians to rate dental anxiety	Poikkileikkaustutkimus	6/8 pistettä
Dental Hygienists' Knowledge, Attitudes, and Comfort Level in Treating Patients with Dental Anxiety	Poikkileikkaustutkimus	5/8 pistettä
Dental Hygienists' Knowledge, Attitudes and Practice for Patients with Dental Anxiety	Poikkileikkaustutkimus	5/8 pistettä

Development and evaluation of the Jönköping Dental Fear Coping Model: a health professional perspective	Kvasi-kokeellinen interventiotutkimus	10/13 pistettä
Prediction of nursery school-aged children who refuse fluoride varnish administration in a community setting: a Childsmile investigation	Poikkileikkaustutkimus	7/8 pistettä

Taulukko 2. Mukaan valittujen tutkimusten laadunarviointi JBI-kriteeristön perusteella.

7 POHDINTA

7.1 Tulosten pohdinta

Tämän tutkielman tulosten perusteella pelkäävien potilaiden hoitaminen on suuhygienisteille yleistä ja suuhygienistit pitävät hammashoitopelkoa merkittävänä tekijänä, joka vaikuttaa hoitoon hakeutumiseen, hoitoon ja suun terveyteen (Drown ym. 2018, Kanzigg ym. 2018). Kuitenkin osalle ammattilaisista pelkopotilaiden hoito voi aiheuttaa henkilökohtaista ahdistusta (Drown ym. 2018). Tämä tulos viittaa siihen, että pelkäävän potilaan kohtaaminen voi olla suuhygienistille emotionaalisesti kuormittavaa, mikä voi johtua ammattilaisen hoitotilanteesta kokemasta epävarmuudesta tai siitä, ettei hän koe hallitsevansa tilannetta riittävästi.

Valtaosa suuhygienisteistä kokee kykenevänsä tunnistamaan pelkäävän potilaan, mutta siitä huolimatta melko harva osaa tunnistaa kaikki pelon merkit ja oireet oikein. (Brahm ym. 2018, Drown ym. 2018, Kanzigg ym. 2018.) Tämän perusteella voidaan pohtia, kuinka realistisesti suuhygienistit osaavat arvioida osaamistaan ja tietämystään pelkopotilaiden hoitoon liittyen, sillä kokemukset pelkopotilaan tunnistamisesta näyttävät olevan optimistisia. Luultavasti osa suuhygienisteistä on luonnostaan taitavampia tunnistamaan pelkäävän potilaan, sillä pelon tunnistamisessa on todennäköisesti hyötyä ammattilaisen erityisestä herkkyydestä aistia toisen ihmisen tunnetiloja. Tästä huolimatta pelkäävän potilaan tunnistaminen ei tulisi olla vain ammattilaisen herkkyyden ja aistienvaraisten päättelyn varassa, vaan pelosta olisi tärkeää oppia tiedustelemaan potilaalta jo anamneesin yhteydessä.

Kuten Skaret & Soevdsnes (2005) tutkimuksessa on todettu, vaatii pelkopotilaan kohtaaminen ja luottamuksen rakentaminen suuhygienistiltä osaamista muun muassa viestinnästä, psykologiasta ja pelkopotilaan tunnistamisesta. Pelkopotilaiden tunnistamiseksi kehitetyt kyselymittareita ja pelon tiedustelua anamneesin yhteydessä käytetään suuhygienistien keskuudessa edelleen melko harvoin. Vaikka pelkopotilaiden tunnistamiseen kehitetyt kyselymittarit ovat yleisiä tutkimuskäytössä, niiden käyttö kliinisessä potilastyössä vaikuttaa olevan vähäistä. (Drown ym. 2018, Kanzigg ym. 2018.)

Tuloksista nousi esiin huomionarvoisena, että pelon tiedusteluun näyttää vaikuttavan enemmän ammattilaisen ikä ja ammatillinen itsevarmuus kuin koulutuksen määrä tai työkokemus. Tulos voi viitata siihen, että pelkäävän potilaan kohtaamiseen tarvittavat vuorovaikutustaidot ja osaaminen voivat kehittyä kokemuksen ja ammatillisen kypsyyden

myötä. Havainnon perusteella herää kysymys siitä, missä määrin nykyisessä suuhygienistikoulutuksessa käsitellään hammashoitopelkoa, siihen liittyviä tekijöitä ja pelon huomioimista hoidossa. Koulutus voi mahdollisesti painottaa enemmän hoidon teknistä osaamista sekä anamneesin yhteydessä sairauksien, lääkitysten ja allergioiden kirjaamista, jolloin potilaan pelon tiedustelusta ei synny jo opiskeluaikana rutiinia.

Kokemukset koulutuksen ja osaamisen riittävydestä pelkopotilaiden hoitoon vaihtelevat. Osa suuhygienisteistä kokee osaamisen riittävän lievän pelon hoitoon ja osa pitää osaamista hyvänä. (Brahm ym. 2018, Drown ym. 2018, Höglund ym. 2019, Kanzigg ym. 2018.)

Koulutus ja työelämässä saadut kokemukset eivät vaikuta antavan osalle suuhygienistejä riittäviä valmiuksia pelkopotilaan hoitoon. Toisaalta pelkopotilaiden hoito edellyttää vuorovaikutusosaamista ja herkkyyttä, jota voi olla haastavaa opettaa koulutuksessa, ja osalla nämä taidot ovat jo luonnostaan paremmat.

Suuhygienistit käyttävät pelkopotilaiden hoidossa erilaisia menetelmiä, jotka on tässä tutkielmassa jaettu vastaanoton ympäristöön vaikuttaviin keinoihin, psykologisiin menetelmiin ja lääkeaineiden käyttöön perustuviin menetelmiin. Psykologisista menetelmistä keinot, joilla potilas voi ilmoittaa ahdistuksestaan ja tuntee kontrollin tunnetta sekä mallintaminen, ovat eniten käytettyjä (Kanzigg ym. 2018, Tran ym. 2010). Yhdysvalloissa suuhygienistit käyttävät ilokaasua pelkopotilaiden hoidossa ja heillä on mahdollisuus saada koulutusta siihen (Drown ym. 2018, Kanzigg ym. 2018). Tämä havainto poikkeaa suomalaisten suuhygienistien hoitokäytännöistä, sillä ilokaasun käyttö pelkopotilaiden hoidossa on Suomessa keskitetty hammaslääkärin vastaanotolle ja vaatii lisäksi hammaslääkäriltä erityisosaamista sekä perehtyneisyyttä (Helenius-Hietala 2022). Tulosten mukaan esilääkityksen käyttö pelkopotilailla on vähäistä suuhygienistien vastaanotoilla (Drown ym. 2018, Kanzigg ym. 2018).

7.2 Luotettavuuden pohdinta

Integratiivisessa kirjallisuuskatsauksessa on keskeistä suunnitelmallisuus ja kaikkien vaiheiden huolellinen raportointi. Laadukkaaseen kirjallisuuskatsaukseen kuuluu myös aineiston analyysiin valitun kirjallisuuden laadun arviointi (Sulosaari & Kajander-Unkuri 2016). Tässä tutkielmassa on pyritty noudattamaan huolellisuutta ja järjestelmällisyyttä kaikissa tutkielman vaiheissa. Kirjallisuuskatsauksen toteutus on kuvattu mahdollisimman läpinäkyväksi, jotta vaiheet olisivat tarvittaessa toistettavissa. Aineiston valintaprosessi, ja sen perusteena olevat mukaanotto- ja poissulkukriteerit, on raportoitu ja kuvattu taulukoiden ja

kuvioiden avulla. Aineistoon valitut tutkimukset on arvioitu JBI-arviointikriteeristön mukaan ja kaikki valitut tutkimukset täyttivät vähintään 50 % kriteereistä. Arvioinnin suoritti kandidaatintyölle tyypillisesti tutkielman tekijä itsenäisesti, vaikka yleisesti arvioinnin suorittaa kaksi tutkijaa ja arvioinneista tehdään vertailu.

Koska hammashoitopelkoa suuhygienistin vastaanoton kontekstissa on tutkittu vähän, oli riittävän laajan, mutta suuhygienistin työhön keskittyvän hakulausekkeen muodostaminen haastavaa. Lausekkeen muodostamisen apuna käytettiin yliopiston informaattikkoa. Tarkasteltavaksi löytyi melko suppea määrä suuhygienistien näkemyksiä käsitteleviä tutkimuksia ja aineisto painottuu yhdysvaltalaisuuhygienisteihin, mikä rajoittaa johtopäätösten yleistettävyyttä.

7.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset

Suuhygienistit kohtaavat työssään usein eritasoisesta hammashoitopelosta kärsiviä potilaita. Osa suuhygienisteistä kokee osaamisensa riittämättömäksi, etenkin silloin, kun potilas tuntee voimakasta pelkoa. Koulutus pelkäävien potilaiden hoitoon koetaan ainakin osittain vajaaksi ja suurin osa suuhygienisteistä on kiinnostunut saamaan lisäkoulutusta pelkopotilaiden hoidosta. Tämä olisi hyvä ottaa huomioon suuhygienistien peruskoulutuksessa, sillä hammashoitopelko on merkittävästi hoitoon ja potilaan suun terveyteen vaikuttava tekijä.

Tutkimuksista nousi esiin osan suuhygienisteistä kokevan henkilökohtaista ahdistusta pelkopotilaita hoitaessaan. Tämä on tärkeä havainto työhyvinvoinnin näkökulmasta, ja se olisi huomioitava työpaikoilla etenkin siinä tapauksessa, mikäli työntekijä kokee pelkopotilaiden hoitamisen henkisesti kuormittavaksi. Olisi tärkeää tarkastella mistä tämä ahdistus voi johtua. Yksi mahdollinen syy voi olla riittämätön koulutus ja puutteelliset tiedot pelkopotilaan kohtaamiseen. Tällöin suuhygienisti saattaa kokea, ettei hänen osaamisensa ole riittävä. Tämä kokemus voi korostua erityisesti suuhygienistin hoitaessa voimakkaasta pelosta kärsiviä potilaita.

Suuhygienistit käyttävät hyvin vähän pelkopotilaiden tunnistamiseen kehitettyjä kyselymittareita ja moni ammattilainen on tietämätön pelkokyselyjen olemassaolosta, tai ei ole perehtynyt niihin. Jotta pelkäävä potilas saa mahdollisimman tarkoituksenmukaista hoitoa, olisi tärkeää osata selvittää potilaiden pelkotasoa. Suuhygienistien olisi hyvä saada lisäkoulutusta pelkopotilaiden seulontaan ja oppia lisäämään pelkotiedustelu osaksi anamneesia.

Suuhygienistit käyttävät pelon lievittämiseen keinoja, joilla vastaanottoympäristöstä saataisiin miellyttävä ja rauhallinen. Psykologisten keinojen käyttö on yleistä. Suuhygienistit ovat ammattiryhmä, joilla voisi olla paljon annettavaa pelkopotilaiden hoitoon. Suuhygienistien työpanosta voisi hyödyntää enemmän pelosta kärsivien hoitoon totutteluun, sillä hammaslääkäreiden työ painottuu korjaavaan hoitoon.

Jatkotutkimuksena voitaisiin tarkastella valmistuvien suuhygienistiopiskelijoiden kokemuksia siitä, kuinka hyvin koulutus on valmistanut heidät pelkäävien potilaiden hoitoon, koska tämä tutkielma viittaa siihen, että suuhygienistikoulutuksessa saattaa olla puutteita tältä osin.

Lisäksi jatkotutkimuksena voisi olla hyödyllistä kartoittaa pelkäävien potilaiden kokemuksia suuhygienistikäynneistä ja heidän toiveitaan hoidon suhteen. Voitaisiin myös tutkia suuhygienistien kokemaa kuormitusta liittyen pelkopotilaiden hoitoon.

Lähteet

- Axelin, A. & Suhonen, R. (Toim.), Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä (s. 35). Turku, Turun yliopisto.
- Ab Malek A., Mohd Radzi NA., Che Musa MF. & Luai AF. (2024) Relationship Between Dental Anxiety, Dental Utilization, and Oral Health-Related Quality of Life: A Systematic Review. *Journal of International Oral Health* **16**(5), 335–349.
- Armfield JM., Stewart JF. & Spencer AJ. (2007) The vicious cycle of dental fear: exploring the interplay between oral health, service utilization and dental fear. *BMC Oral Health* **7**(1), 1.
- Berggren U., Pierce CJ. & Eli I. (2000) Characteristics of adult dentally fearful individuals. A cross-cultural study. *European Journal of Oral Sciences* **108**(4), 268–274.
- Brahm C-O., Lundgren J., Carlsson SG., Nilsson P. & Hägglin C. (2018) Development and evaluation of the Jönköping Dental Fear Coping Model: a health professional perspective. *Acta Odontologica Scandinavica* **76**(5), 320–330.
- Brahm C-O., Lundgren J., Carlsson SG., Nilsson P. & Hägglin C. (2019) Evaluation of the Jönköping dental fear coping model: a patient perspective. *Acta Odontologica Scandinavica* **77**(3), 238–247.
- Cianetti S., Lombardo G., Lupatelli E., Pagano S., Abraha I., Montedori A., Caruso S., Gatto R. & De Giorgio S. (2017) Dental fear/anxiety among children and adolescents. A systematic review. *European Journal of Paediatric Dentistry* **18**(2), 121–130.
- Cohen S., Fiske J. & Newton J. (2000) The impact of dental anxiety on daily living. *British Dental Journal* **189**(7), 385–390.
- De Jongh A. & Stouthard MEA. (1993) Anxiety about dental hygienist treatment. *Community Dentistry and Oral Epidemiology* **21**(2), 91–95.

- Drown DA., Giblin-Scanlon LJ., Vineyard J., Smallidge D. & Dominick C. (2018) Dental Hygienists' Knowledge, Attitudes and Practice for Patients with Dental Anxiety. *Journal of Dental Hygiene: JDH* **92**(4), 35–42.
- Facco E. & Zanette G. (2017) The Odyssey of Dental Anxiety: From Prehistory to the Present. A Narrative Review. *Frontiers in Psychology* **8**, 1155.
- Gadbury-Amyot CC, Overman PR, Carter-Hanson C, & Mayberry W (1996) An investigation of dental hygiene treatment fear. *Journal of Dental Hygiene* **70**(3), 115–121.
- Gustafsson A. (2010) Dental behaviour management problems among children and adolescents--a matter of understanding? Studies on dental fear, personal characteristics and psychosocial concomitants. *Swedish Dental Journal. Supplement* (202), 2 p preceding 1-46.
- Hakeberg M. & Cunha L. (2008) Dental anxiety and pain related to dental hygienist treatment. *Acta Odontologica Scandinavica* **66**(6), 374–379.
- Helenius-Hietala, J. (1.11.2022). *Pelkäävän potilaan hoito*. Terve suu. Duodecim Terveyskirjasto. <https://www.terveyskirjasto.fi/trv00097>
- Humphris GM. & Zhou Y. (2014) Prediction of nursery school-aged children who refuse fluoride varnish administration in a community setting: a Childsmile investigation. *International Journal of Paediatric Dentistry* **24**(4), 245–251.
- Höglund M., Bågesund M., Shahnava S. & Wårdh I. (2019) Evaluation of the ability of dental clinicians to rate dental anxiety. *European Journal of Oral Sciences* **127**(5), 455–461.
- Jaakkola S., Lahti S., Rähkä H., Saarinen M., Tolvanen M., Aromaa M., Sillanpää M., Suominen S., Mattila M. & Rautava P. (2014) Dental fear affects adolescent perception of interaction with dental staff. *European Journal of Oral Sciences* **122**(5), 339–345.

- Jokiaho T., Kaakinen P. & Virtanen J. (2018) Does dental hygienist professional education meet the needs of working life? Educators' views. *International Journal of Dental Hygiene* **16**(1), 134–143.
- Kani E. (2016) DENTAL ANXIETY IN PATIENTS ATTENDING FOR TREATMENT BY A DENTAL HYGIENIST (STUDY 2). *Dental Health* **55**(5), 29–33.
- Kankaanpää R., Auvinen J., Rantavuori K., Jokelainen J., Karppinen J. & Lahti S. (2019) Pressure pain sensitivity is associated with dental fear in adults in middle age: Findings from the Northern Finland 1966 birth cohort study. *Community Dentistry and Oral Epidemiology* **47**(3), 193–200.
- Kanzigg L., Phillips CL., Stein MB., Hunt LC. & Wilder RS. (2018) Dental Hygienists' Knowledge, Attitudes, and Comfort Level in Treating Patients with Dental Anxiety. *Journal of Dental Hygiene: JDH* **92**(5), 30–37.
- Karadottir H., Lenoir L., Barbierato B., Bogle M., Riggs M., Sigurdsson T., Crigger M. & Egelberg J. (2002) Pain Experienced by Patients During Periodontal Maintenance Treatment. *Journal of Periodontology* **73**(5), 536–542.
- Lahti S., Vehkalahti MM., Nordblad A. & Hausen H. (2007) Dental fear among population aged 30 years and older in Finland. *Acta Odontologica Scandinavica* **65**(2), 97–102.
- Lehtiö, L. & Johansson, E. (2016). Järjestelmällinen tiedonhaku hoitotieteessä. Teoksessa Stolt, M.,
- Lemmetti, T. & Ylönen, M. (2016) Kirjallisuuskatsaukseen valittujen tutkimusartikkeleiden arviointi. Teoksessa Stolt, M. Axelin, A. & Suhonen, R. (Toim.), Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä (s. 67). Turku, Turun yliopisto.
- Liinavuori A., Tolvanen M., Pohjola V. & Lahti S. (2019) Longitudinal interrelationships between dental fear and dental attendance among adult Finns in 2000-2011. *Community Dentistry and Oral Epidemiology* **47**(4), 309–315.

- Luciak-Donsberger C. (2003) Origins and benefits of dental hygiene practice in Europe. *International Journal of Dental Hygiene* **1**(1), 29–42.
- Luciak-Donsberger C. & Eaton K. (2009) Dental hygienists in Europe: trends towards harmonization of education and practice since 2003. *International Journal of Dental Hygiene* **7**(4), 273–284.
- Luoto A., Tolvanen M., Rantavuori K., Pohjola V., Karlsson L. & Lahti S. (2014) Individual changes in dental fear among children and parents: A longitudinal study. *Acta Odontologica Scandinavica* **72**(8), 942–947.
- Niela-Vilen H., Hamari L. (2016). Kirjallisuuskatsauksen vaiheet. Teoksessa Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. (Toim.), Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä (s. 25-26). Turku, Turun yliopisto.
- Opetushallitus. (n.d.) *Suuhygienistikoulutus*. Opintopolku.
<https://opintopolku.fi/konfo/fi/koulutus/1.2.246.562.13.000000000000000000233>
- Pohjola V., Lahti S., Vehkalahti MM., Tolvanen M. & Hausen H. (2008) Age-specific associations between dental fear and dental condition among adults in Finland. *Acta Odontologica Scandinavica* **66**(5), 278–285.
- Silveira ER., Cademartori MG., Schuch HS., Armfield JA. & Demarco FF. (2021) Estimated prevalence of dental fear in adults: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Dentistry* **108**, 103632.
- Simone CB., Smallidge DL., Libby L. & Vineyard J. (2022) Experiences, Knowledge and Perceptions of Dental Hygienists, in the Treatment of Patients with Post-Traumatic Stress Disorder. *Journal of Dental Hygiene : JDH* **96**(2), 35–42.
- Skaret E. & Soevdsnes E. (2005) Behavioural science in dentistry. The role of the dental hygienist in prevention and treatment of the fearful dental patient. *International Journal of Dental Hygiene* **3**(1), 2–6.

Suhonen R., Axelin A., Stolt M. (2016). Erilaiset kirjallisuuskatsaukset. Teoksessa Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. (Toim.), Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä (s. 7). Turku, Turun yliopisto.

Sulosaari V., Kajander-Unkuri S. (2016) Integroitu kirjallisuuskatsaus. Teoksessa Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. (Toim.), Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä (s. 107-108). Turku, Turun yliopisto.

Tran D, Edenfield SM, Coulton K, & Adams D (2010) Anxiolytic intervention preference of dental practitioners in the Savannah, Chatham County area: a pilot study. *Journal of Dental Hygiene* **84**(3), 151–155.

Tran D., Edenfield SM., Coulton K. & Adams D. (2010) Anxiolytic intervention preference of dental practitioners in the Savannah, Chatham County area: a pilot study. *Journal of Dental Hygiene: JDH* **84**(3), 151–155.

Tseveenjav B., Virtanen J., Wang N. & Widström E. (2009) Working profiles of dental hygienists in public and private practice in Finland and Norway. *International Journal of Dental Hygiene* **7**(1), 17–22.

Liitteet

Liite 1. Tutkielmassa käytetyt hakulausekkeet.

Tietokanta	Hakulauseke	Rajaukset	Tulokset
Pubmed 2/2025	("dental fear*" OR "dental anxiet*" OR "dental phobia*") AND ("dental hygienist*" OR "oral hygienist*" OR nurs*)	englannin kieli	124
Cinahl 2/2025	("dental fear*" OR "dental anxiet*" OR "dental phobia*") AND ("dental hygienist*" OR "oral hygienist*" OR nurs*)	englannin kieli	97
Cochrane 2/2025	(dental NEXT hygienist* OR oral NEXT hygienist* OR nurs*) AND (dental NEXT fear OR dental NEXT anxiety OR dental NEXT phobia)		6

Liite 2. Katsaukseen valitut tutkimusartikkelit

Tekijä, julkaisuvuosi ja -maa, DOI/PMID	Otsikko	Osallistujat	Tutkimuksen tarkoitus	Tutkimusasetelma	Aineistonkeruu	Keskeiset tulokset
Brahm ym. 2018 Ruotsi 10.1080/00016357.2018.1453082	Development and evaluation of the Jönköping Dental Fear Coping Model: a health professional perspective.	Hammaslääkärit, suuhygienistit ja hammashoitajat yhdeksästä hammashoitolasta (n=133)	Tutkia aikuisten hammashoitopelkoon kehitettyä hoitomallia suun terveydenhoidon henkilökunnan näkökulmasta.	Kvasi-kokeellinen interventiotutkimus. Aineistoa analysoitu määrällisin ja laadullisin menetelmin.	Kyselylomakkeen täyttivät kaikki ennen jaksoa 1 ja jakson 1 jälkeen. Lopuksi interventio ja kontrolliryhmät vastasivat kyselyyn jakson 2 jälkeen.	Noin puolet ammattilaisista arvioi hoitomallin perinteistä hoitoa paremmaksi anamneesin, diagnostiikan, viestinnän, kontaktin potilaan ymmärtämisen ja hammashoitopelon osalta.
Drow ym. 2018 Yhdysvallat 83014354	Dental Hygienists' Knowledge, Attitudes and Practice for Patients with Dental Anxiety	Suuhygienistit (n=355)	Arvioida suuhygienistien tietoa, koulutusta, asenteita, itsevarmuutta ja käytänteitä hoitaessaan pelkääviä aikuispotilaita.	Poikkileikkaustutkimus	Strukturoitu kyselylomake	Suuhygienistit pitävät hammashoitopelkoa merkittävästi hoitoon vaikuttavana tekijänä. 48 % mukaan peruskoulutus antaa valmiudet pelkopotilaiden hoitoon ja suuhygienistien lisäkoulutukselle nähtiin tarvetta. Korkeamman itseluottamuksen omaavat suuhygienistit varaavat enemmän aikaa pelkopotilaiden hoitoon.
Humphris & Zhou 2014 Yhdysvallat	Prediction of nursery school-aged children who refuse fluoride varnish administration	Hammashoitajat, 3–5-vuotiaat lapset (n=238)	Selvittää lapsen, vanhemman ja hoitajan taustalla vaikuttavat	Poikkileikkaustutkimus	Videoidun hoitotilanteen havainnointi määrällisin keinoin, vanhempien	Lapsen kieltäytymiseen hoidosta vaikuttivat lapsen alkuperäinen ahdistuneisuus,

10.1111/ipd.12068	in a community setting: a Childsmile investigation		tekijät, jotka ovat yhteydessä lapsen fluorilakkauksesta kieltäytymiseen.		täyttämä hammashoitopelkokysely (MDAS) ja kysely lapsen kotikäyttäytymisestä (SDQ)	aikaisempi lakkauskokemus ja se ettei hoitaja kehunut/kannustanut lasta.
Höglund ym 2019 Ruotsi 10.1111/eos.12648	Evaluation of the ability of dental clinicians to rate dental anxiety.	Suuhygienistit (61) Hammaslääkärit (43) (n= 104) Hammashoitopotilaat (n=1128)	Selvittää suuhygienistien ja hammaslääkärien kykyä arvioida potilaan hammashoitopelkoa.	Poikkileikkaustutkimus	Potilaat täyttivät ennen hoitoa pelkokyselyn (MDAS) ja pelon määrän pelkomittariin (VAS). Kliinikot täyttivät VAS-mittarin potilaan lähdettyä.	Ammattilaiset eivät tunnista erittäin voimakasta pelkoa ja arvioivat pelkoa matalammaksi kuin potilaat.
Kanzing ym. 2018 Yhdysvallat 30385599	Dental Hygienists' Knowledge, Attitudes, and Comfort Level in Treating Patients with Dental Anxiety	Suuhygienistit (n=153)	Tunnistaa suuhygienistien senhetkinen tietämys, asenteet ja itseluottamustaso pelkopotilaiden hoidossa.	Poikkileikkaustutkimus	Puolistrukturoitu kyselylomake.	Pelkokyselyitä käytetään vähän. Alle puolet vastaajista tunnistaa tyypilliset pelkopotilaat oireet ja merkit, mutta luottavat (92 %) kykyynsä tunnistaa stressaantuneen potilaan. Yli puolen vastaajista mukaan koulutus valmistaa vain lievistä pelosta kärsivän hoitoon.
Tran ym. 2010 Yhdysvallat 20579428	Anxiolytic intervention preference of dental practitioners in the Savannah, Chatham County area: a pilot study.	Suuhygienistit Hammashoitajat Hammaslääkärit (n=131)	Tutkimuksen tarkoituksena on tunnistaa suun terveydenhoidon ammattilaisten suosituimmat ahdistusta	Poikkileikkaustutkimus	Strukturoitu, Likert-asteikollinen kyselylomake	Suosituimmat pelkoa vähentävät interventiot ovat: 1. taustamusiikki, 2. lehdet ja kirjallisuus, 3. potilaan mahdollisuus kertoa ahdistuksesta, 4.

			lievittävät interventiot Savannahin alueella.			lääkeaineiden käyttö ja 5. seinien koristelu
--	--	--	--	--	--	---