

**PARODONTOLOGISEN HOIDON POTILAAN JA SUUHYGIENISTIOPISKELIJAN
VÄLINEN KESKUSTELU JA YHTEISTYÖ**
- potilaiden ajatuksia ja mielipiteitä

Erja Nuutinen
Terveyskasvatuksen
Pro gradu- tutkielma
Jyväskylän yliopisto
Terveystieteiden laitos
Syksy 2009

TIIVISTELMÄ

PARODONTOLOGISEN HOIDON POTILAAN JA SUUHYGIENISTIOPISKELIJAN VÄLINEN KESKUSTELU JA YHTEISTYÖ - potilaiden ajatuksia ja mielipiteitä

Erja Nuutinen

Jyväskylän yliopisto, Liikunta- ja terveystieteiden tiedekunta, terveystieteiden laitos, Terveyskasvatus

Kevät 2009

66 s., liitteitä 6

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, mitä ammatillisen keskustelun muotoja ja sisältöjä potilaan ja suuhygienistiopiskelijan välisessä vuorovaikutuksessa potilaiden kertomana ilmeni. Tutkimuksessa pyrittiin myös selvittämään, mitä tavoitteita potilaan omalle päivittäiselle suunhoidolle asetettiin ja miten tavoitteiden saavuttamista arvioitiin. Lisäksi potilaita pyydettiin arvioimaan omaa suun terveysosaamistaan kouluarvosanoin 4-10.

Tutkimusaineisto kerättiin keväällä 2008 teemahaastattelemalla yhtätoista parodontologisen hoidon potilasta Metropolia Ammattikorkeakoulun Suunhoidon opetuslinikalla Helsingissä. Aineisto analysoitiin sisällönanalyysillä, jossa oli piirteitä abduktiivisesta päättelystä sekä teoriaohjaavasta sisällönanalyysistä.

Tutkimustulosten mukaan potilaan ja suuhygienistiopiskelijan välinen vuorovaikutus ja yhteistyö koettiin hyväksi. Vuorovaikutus oli kaksisuuntaista, ja keskustelussa esiintyi piirteitä kaikista ammatillisen keskustelun muodoista: tiedotus-, neuvonta- ja ohjauskeskustelusta. Keskustelulle oli vain harvoin asetettu potilaan omahoitoa tukevia tavoitteita, ja ne jäivät usein irrallisiksi suosituksiksi ja reseptimäisiksi toimintaohjeiksi. Lähes kaikilla potilailla oli kokemusta omahoidon arvioinnista. Yleisimmin arviointi tehtiin yhdessä, mutta arviointi ei edustanut terveyslähdistä lähestymistapaa, vaan oli usein sairauslähdistä oireiden tutkimista tai niistä keskustelemista. Potilaat kokivat terveysosaamisensa lisääntyneen hoitajakson aikana, mutta tutkimustulokset viittaavat siihen, että päivittäinen suun terveysosaaminen ilmeni paremmin tiedon ja taidon kuin toiminnan ylläpitämisen tasolla.

Tämän tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää kehitettäessä suuhygienistiopiskelijoiden ammatillista keskustelu- ja yhteistyöosaamista terveyslähdistä ja potilaan itsearviointitaitoja kehittäväksi toiminnaksi.

Avainsanat: Suuhygienistiopiskelija, parodontologisen hoidon potilas, keskustelu, suun omahoito, omahoidon tavoitteet, omahoidon arviointi

ABSTRACT

COMMUNICATION AND TEAMWORK BETWEEN PERIODONTAL PATIENTS AND ORAL HYGIENIST STUDENTS. -Patients' Impressions-

Erja Nuutinen

University of Jyväskylä, Faculty of Sport and Health Sciences, Department of Health Sciences, Health Education

Spring 2009

66 pages, 6 appendices

The purpose of this study was to describe what impressions patients had as to the conversational modes and contents that appeared in the teamwork of patients and oral hygienist students. In the study I also studied what aims were set for the patients' oral self-care and how they assessed the process. Additionally the patients were asked to assess their oral self-care competencies using a scale of 4-10.

The research data were collected in spring 2008. Data were derived from individual theme interviews. The target group consisted of eleven periodontal patients from the Teaching Clinic of Oral Healthcare, at Helsinki Metropolia University of Applied Sciences. The interviews were recorded and transcribed. Data were analysed using a qualitative content analysis.

According to the study the patients' experiences of the communication and the teamwork were positive. The communication had been reciprocal and conversations represented characteristics of information, consultation and counselling. But according to the results, the aims for the conversation and oral self-care were very seldom formulated. However, almost every patient had assessed their self-care procedure, and the assessment was often illness-centred, based on the symptoms of the periodontal disease. Some of the patients used self-assessment methods, but most often the assessment was performed together with the oral hygienist student. The patients experienced that their oral self-care competencies had increased more in the area of knowledge base and skills rather than in maintaining the everyday activities.

The results of this study can be utilized when developing oral hygienist students' professional teamwork competencies in oral health promotion.

Keywords: Oral Hygienist student, periodontal patient, communication, oral self care, self-care goals, self-care assessment

SISÄLLYS

1 JOHDANTO.....	1
2 GINGIVIITTI JA PARODONTIITTI SUOMALAISTEN AIKUISTEN SUUN TERVEYSONGELMINA.....	3
2.1 Gingiviitin ja parodontiitin ominaispiirteet ja yleisyys.....	3
2.2 Gingiviitin ja parodontiitin tutkimus ja anti-infektiivinen hoito.....	5
2.3 Potilaan omahoito	6
3 KESKUSTELU TAVOITTEELLISENA TERVEYDEN EDISTÄMISEN MENETELMÄNÄ.....	9
3.1 Keskustelun muodot terveysneuvontatilanteissa.....	10
3.2 Terveyttä edistävän keskustelun välineet ja tavoitteet... ..	13
3.3 Parodontologisen potilaan omahoidon tavoitteet ja arviointi.....	15
4 TERVEYSKESKEINEN PARODONTOLOGINEN HOITOTYÖ SUUNHOIDON OPETUSKLINIKALLA.....	20
4.1 Suuhygienistiopiskelijan parodontologisen hoitotyön harjoittelun vaiheet.....	23
4.2 Parodontologisen hoidon potilas.....	24
5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT	25
6 TUTKIMUSAINEISTO JA MENETELMÄT.....	26
6.1 Aineiston keruu ja kuvaus.....	26
6.2 Aineiston analyysi.....	27
7 TULOKSET.....	32
7.1 Vuorovaikutuksen piirteet.....	32
7.1.1 Vuorovaikutus tiedotuskeskusteluna.....	34
7.1.2 Vuorovaikutus neuvontakeskusteluna.....	36
7.1.3 Vuorovaikutus ohjauskeskusteluna.....	37
7.2 Suun omahoidolle asetetut tavoitteet.....	38
7.3 Suun omahoidon arviointimenetelmät.....	39
7.4 Potilaiden arvio suun terveysosaamisestaan.....	43
8 POHDINTA.....	45
8.1 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus.....	45
8.2 Tulosten tarkastelua ja johtopäätöksiä.....	49
8.3 Kehittämis- ja jatkotutkimusehdotuksia.....	56
LÄHTEET.....	59
LIITTEET	

1 JOHDANTO

WHO:n (2003) mukaan parodontaalisairaudet ovat edelleen maailmanlaajuinen terveysongelma. Terveys 2000-tutkimuksen tulokset osoittavat, että hampaiden kiinnityskudostulehdukset ovat erittäin merkittävä hammashoidollinen kansanterveysongelma myös suomalaisella aikuisväestöllä. Tutkimuksen mukaan lähes kolmella neljästä aikuisesta oli ientulehdusta ja 64 %:lla nelimillimetrinen tai sitä syvempi ientasuku ainakin yhdessä hampaassa. Parodontiitin hidas kehittyminen näkyy luonnollisesti sairauden määrän kasvuna iän myötä, mutta erittäin huolestuttavaa on parodontiitin suuri esiintyvyys (48 %) jo 30 – 34-vuotiailla. (Knuuttila 2004.)

Parodontaaliterveyden hoito ennaltaehkäisevästi on parasta ja tehokkainta hoitoa sekä yksilön että yhteiskunnan kannalta. Myös parodontologisen hoidon onnistumiselle on olennaista, että potilas itse kiinnostuu suunsa päivittäisestä hoidosta. Se tarkoittaa ihmisen itsensä suorittamaa päivittäistä suun terveydenhoitoa, jolloin huolellinen mekaaninen hammaspintojen puhdistaminen on paras tapa ehkäistä sekä hoitaa ientulehdusta ja parodontaalisairauksia (Löe 2000, Uitto ym. 2003, Axelsson et al 2004, Claydon 2008.) Yksittäistä potilasta hoitaessaan suun terveydenhuollon henkilöstön tulee tuoda esiin hyvän suuhygienian merkitys hampaiston kiinnityskudossairauksien torjunnassa (Hausen ym. 2006). Niirasen ja Widströmin (2005) selvityksen mukaan suuhygienistin työstä kuitenkin vain 25 % käytetään ehkäisevään työhön ja terveysneuvontaan. Myös Rantasen (2007) mukaan suurin osa suuhygienisteistä käyttää potilasohjaukseen aikaa vähemmän kuin puolet työajastaan.

Suun terveydenhuollossa hallitseva näkemys terveydestä ja terveyttä edistävästä toiminnasta on usein yhä sairauslähtöinen, jolloin sairauden merkit ohjaavat potilaan ohjaustarpeen arviointia ja ohjauksen sisällössä painottuu sairastumiseen liittyvien riskien välttäminen. Myös terveydenhuollon vastuu terveyden edistämässä korostuu, jolloin terveysneuvonta on usein asiantuntijalähtöistä ja neuvoja antavaa (Kasila 2007). Koska suunterveys on kiinteä osa yleisterveyttä ja vaikuttaa olennaisesti ihmisen elämänlaatuun, on tärkeää, että terveyden edistämisen periaatteet ja strategiat toteutuvat myös suun terveyden edistämässä. (WHO 2003, Petersen & Nordrehaug-Åström 2008.) Tästä syystä Metropolia ammattikorkeakoulun Suunhoidon opetuslinikalla on otettu käyttöön terveyslähtöinen ja terveyttä korostava toiminta

malli. Se perustuu salutogeeniseen lähestymistapaan, jolloin terveyden edistämisen avulla tuetaan yksilön omaa terveyst potentiaalia ja kykyä hallita terveyttään erilaisissa elinympäristöissä ja muuttuvissa elämäntilanteissa (kts. Eriksson & Lindström 2008). Tällöin potilaan ohjaus on positiivista, potilasta kannustavaa ja terveyden lähtökohdista etenevää terveyst keskustelua.

Suomessa suuhygienistien toteuttamaa terveyst neuvontaa on tutkittu mm. videotallenteiden sekä kyselytutkimuksen avulla (Kasila ym. 2006, Rantanen 2007, Kommonen & Vitikainen 2008). Tutkimuksissa on kuvattu ja selvitetty suuhygienistin ja potilaan välistä vuorovaikutusta, terveystottumusten muutoksia sekä terveyst neuvonnan toteutusta suuhygienistin työn näkökulmasta. Sen sijaan raportoituja haastattelututkimuksia potilaan ajatuksista ja mielipiteistä, jotka koskevat terveyst neuvontaa suun terveyst huollossa, ei löytynyt.

Tässä pro gradu -työssäni tutkin potilaan ja suuhygienistiopiskelijan välistä keskustelua ja yhteistyötä potilaan näkökulmasta yhden hoitojakson ajalta. Hoitojakso toteutui Metropolia Ammattikorkeakoulun Suunhoidon opetuslinikalla Helsingissä. Haastattelututkimuksen avulla kuvaan, mitä potilaat kertovat keskustelun piirteistä ja sisällöstä vuorovaikutustilanteissa. Potilaan ja suuhygienistiopiskelijan välistä keskustelua tarkastelen potilaan omahoidon näkökulmasta. Selvitän, mitä potilaat kertovat omahoidolleen asetetuista tavoitteista ja omahoidon toteutuksen arvioinnista. Lisäksi pyysin potilaita arvioimaan omaa suun terveyst osaamistaan kouluarvosanoin 4 -10. Potilaan suorittamasta, omasta päivittäisestä suunhoidosta käytän tutkimusraportissa nimitystä suun omahoito tai omahoito.

2. GINGIVIITTI JA PARODONTIITTI SUOMALAISTEN AIKUISTEN SUUN TERVEYSONGELMINA

2.1 Gingiviitin ja parodontiitin ominaispiirteet ja yleisyys

Hampaan kiinnitys- eli parodontaalikudokset muodostuvat ikenestä ja erityisesti sen liitosepiteelistä, juurenpinnan sementistä, hammasta ympäröivästä leukaluusta sekä sementtiä ja luuta yhdistävistä sidekudossäikeistä (Könönen 2007). Parodontium eli hammasta ympäröivät kudokset kiinnittävät hampaan leukaluuhun, suojelevat hammasta purentavoimilta ja osallistuvat puolustusreaktioihin suun patogeenisia mikrobeja vastaan. Vaikka parodontiumissa on hyvät puolustussysteemit, taistelu yli 500 suun eri bakteerilajia vastaan päättyy usein parodontiumin sairauksiin. Yleisimmät hampaiden parodontaali- eli kiinnityskudossairaudet ovat bakteerien aiheuttama ientulehdus eli gingiviitti sekä parodontiitti, jolla tarkoitetaan hampaan luuhun kiinnittävän säierakenteen ja hampaan juurta ympäröivän luun tuhoutumista. Gingiviitti voidaan parantaa ilman, että siitä jää pysyviä vaurioita. Parodontiitti sen sijaan johtaa pysyvään kiinnityskudoksen menetykseen ja hoitamattomana parodontiitti johtaa hampaan irtoamiseen vuosien tai vuosikymmenien kuluessa. Yleisesti gingiviittiä ja parodontiittia pidetään eri sairauksina, mutta gingiviitti voi myös olla parodontiitin esiaste (Uitto 2003, Hansen 2004).

Kuten suun infektiot yleensä, parodontiitin aiheuttavat suun omat mikrobit (Könönen 2007). Tutkimustieto viittaa siihen, että lapset voivat saada tartunnan parodontiittiin sairastuneelta, bakteeria kantavalta vanhemmaltaan syljen tai hammasplakin välityksellä. Tartunnan voi saada myös aikuisiällä, vaikka parodontaalisesti terve suu ei suosikaan parodontiittibakteereita. Tartuntavaaraan vaikuttavat mm. bakteeriannoksen suuruus ja tartunnan toistuvuus. (Asikainen 2003.)

Sairastumisalttius vaihtelee suuresti yksilöiden välillä, mutta epidemiologisten tutkimusten mukaan tunnistettuja parodontaalisairauksien riskitekijöitä ovat mm. ikäänntyminen, sukupuoli, koulutus ja sosioekonomiset tekijät sekä perhetausta ja perintötekijät. Riskitekijöitä ovat myös tietyt systeemiset sairaudet ja sairaustilat, kuten diabetes, osteoporoosi sekä HIV-infektio. Myös hormoni toiminnassa tapahtuvat muu-

tokset ovat yhteydessä parodontaalisairauksiin. Yksilön terveyskäyttäytymiseen liittyvät tekijät, kuten suuhygienia ja tupakointi, vaikuttavat voimakkaasti taudin syntyyn ja etenemiseen. Tupakoivan riski sairastua parodontiittiin on 3–5-kertainen tupakoimattomaan verrattuna. Tutkimukset osoittavat, että myös muut mahdolliset tekijät, kuten stressi ja huono elämäntapa (esim. Tervonen ym. 1991), vaikuttavat parodontiitin etenemiseen. (Uitto 2003, Karikoski 2003, Aleksejunienè & Holst 2004, Könönen 2007.)

Parodontaalisairauksille on luonteenomaista myös vastavuoroisuus, jolloin hoitamaton krooninen parodontaalinen infektio voi vaikuttaa yleisterveyttä huonontavasti tai olemassa olevaa sairautta pahentavasti. Se voi lisätä riskiä sairastua esimerkiksi sydän- ja aivoinfarktiin tai huonontaa diabeteksen hoitotasapainoa. Lisäksi odottavan äidin raskauden aikainen parodontaalinen infektio voi altistaa ennenaikaiselle synnytykselle tai lapsen alhaiseen syntymäpainoon. (Ruokonen 2003, Karikoski 2003, Klinge & Holmstrup 2004)

Maailman terveysjärjestön WHO:n mukaan parodontaalisairaudet ovat erittäin yleisiä aikuisväestöllä. Euroopan alueella raportoitiin parodontiitin esiintyminen CPI-indeksin, eli hoidon tarvetta mittaavan indeksin avulla, jolloin tutkituista 35 - 44-vuotiaista aikuisista ainoastaan vajaalla 5 %:lla oli täysin terve parodontium (CPI=0). Ienverenvuotoa havaittiin yli 5 %:lla (CPI=1), ienverenvuotoa sekä hammaskiveä oli n. 45 %:lla (CPI=2), 4-5 mm syviä ientaskuja löydettiin 45 %:lta (CPI=3) ja yli 6 mm syviä ientaskuja oli n. 10 %:lla tutkituista (CPI=4). Tutkimus osoittaa, että vain harvalla aikuisella on terve parodontium ja useimmilla aikuisilla on lievä tai kohtalainen parodontiitti ja kiinnityskatoa joissakin hampaissa. Sen sijaan vaikea-asteista parodontiittia sairastaa vain pieni osa aikuisväestöstä. (WHO 2003.) Myös Sheihamin (2002) mukaan vain pienellä osalla aikuisväestöstä on vakavampi ja suureen osaan hampaistoa levinnyt parodontiitti.

Suomessa Terveys 2000-tutkimuksessa ientulehdusta todettiin ienverenvuotona 74 %:lla tutkituista, miehillä 77 %:lla ja naisilla 70 %:lla. Parodontiitin esiintyvyyttä kuvattiin niiden tutkittujen hampaiden osuutena, joissa oli yksi tai useampia yli 4 mm tai yli 6 mm syviä ientaskuja. Tutkimuksen mukaan Suomessa parodontiitti on yleisempää kuin monissa muissa kehittyneissä maissa (Könönen 2007), sillä hampaal-

lisista 30 vuotta täyttäneistä suomalaisista 64 % sairastaa jonkin asteista parodontiittia. Tutkimustulokset osoittivat myös, että parodontiittia sairastavien miesten osuus oli kaikissa ikäluokissa suurempi kuin naisten. Parodontiitin hidas kehittyminen näkyi luonnollisesti sairauden määrän kasvuna iän myötä, mutta parodontiitin suuri esiintyvyys (48 %) jo 30 - 34-vuotiailla oli erittäin huolestuttavaa. Sairauden hitaan etenemisen vuoksi on syytä olettaa sairauden alkaneen jo useita vuosia ennen 30 - 34 ikävuoden saavuttamista. (Knuutila 2004.) Taudin kehitys ja parodontiumin tuhoutumisnopeus on aina yksilöllistä, eikä sitä tapahdu aina samalla intensiteetillä, vaan taudissa on aktiivisia ja rauhallisia vaiheita (Uitto 2003).

2.2 Gingiviitin ja parodontiitin tutkimus ja anti-infektiivinen hoito

Koska varsinkin krooninen parodontiitti etenee vähin tai jopa olemattomin oirein, potilaat itse eivät välttämättä ole tietoisia sairauden olemassaolosta. Parodontiitin diagnoosi perustuu näkyviin tulehdusmerkkeihin, jotka voivat myös puuttua, röntgenkuviin ja huolelliseen kliiniseen tutkimukseen, jossa mitataan ientaskujen syvyydet, ja rekisteröidään ienverenvuoto (Könönen 2007). Diagnoosia voidaan myös vahvistaa mikrobiologisella tutkimuksella bakteerinäytteen avulla (Nieminen 2003a). Parodontaalisairaudet eli hampaan kiinnityskudosten sairaudet luokitellaan virallisen parodontiumin tautiluokituksen mukaisesti luokkaan K05, jossa K05.0 kuuluvat tautitilat edustavat äkillistä ientulehdusta, K05.1 pitkäaikaista eli kroonista ientulehdusta, K05.2 äkillistä parodontiittia ja K05.3 pitkäaikaista eli kroonista parodontiittia. (Suomalainen 2003). Tähän tutkimukseen haastattelemieni potilaiden potilasasiakirjoista ilmeni, että kahdeksan potilaan kiinnityskudosten sairaudeksi oli diagnosoitu K05.1 eli pitkäaikainen ientulehdus ja kolmella haastatelluista K05.3 eli pitkäaikainen parodontiitti.

Parodontologinen hoito on sekä parodontaaliterveyttä ylläpitävää ja edistävää että parodontaalisairautta pysäyttävää hoitoa, joka toteutuu aina tiimissä, potilaan ja suun terveydenhuollon ammattihenkilöstön yhteistyönä. Sen vuoksi hoidon onnistumisen edellytyksenä on onnistunut työn järjestäminen ja vastuunjako niin hoitavan henkilöstön kuin ammattihenkilön ja potilaan välillä.

Parodontologinen hoito etenee vaiheittain yleisen terveydentilan huomioimisesta hoidon anti-infektiiviseen vaiheeseen, jossa pyritään infektion hallintaan potilaan informoinnilla ja motivoinnilla, sekä ammattihenkilöiden suorittaman tulehdusta ylläpitävän biofilmin poistolla käsi-instrumenteilla ja/tai ultraäänilaitteilla. Tarvittaessa voidaan käyttää antiseptisiä aineita potilaan omahoitoa tehostamaan. Parodontitiin hoidossa voidaan käyttää myös paikallisia mikrobilääkkeitä mekaanisen hoidon tukena. (Nieminen 2003b, Paron manuaali 2008). Myös tarkka parodontiumin tilan dokumentointi potilasasiakirjoihin on tärkeä osa taudin hoitoa, hoitotuloksen seuranta ja potilaan motivointia omahoitoon (Uitto 2003b).

Potilaan informoinnilla ja opettamisella hoitava henkilöstö huolehtii siitä, että potilaat saavat riittävästi selkeää ja ymmärrettävässä muodossa olevaa ajanmukaista tietoa parodontaaliterveyteensä vaikuttavista tekijöistä. Tiedon lisäksi potilaat tarvitsevat myös henkilökohtaista kädestäpitäen-opetusta suunhoitotaitojensa kehittämiseksi. Taitojen arviointiin ja seurantaan voidaan käyttää hammaspintojen plakkivärjäystä niin kotona kuin vastaanotollakin. Positiivinen lähestymistapa, jossa korostetaan potilaan onnistumista ja omahoidolla saatavaa hyötyä, on yleensä havaittu tehokkaammaksi kuin negatiivisten kuvien maalaaminen. (Nieminen 2003b, Uitto 2003b.)

2.3 Potilaan omahoito

Koska bakteerit ovat parodontaalisairauksien edellytys, potilaan oman päivittäisen hoidon tärkeimpänä tavoitteena on estää biofilmin eli hammasplakin kerääntyminen hampaiden pinnoille ja ientaskuihin erilaisten suuhygieniamenetelmien avulla. Luukuisten tutkimusten mukaan hampaiston mekaaninen puhdistus on edelleen luotettavin ja paras keino pitää plakki poissa hammaspinnoilta harjauksen ja hammasväli-

en puhdistuksen avulla. (Löe 2000.)

Hampaiden harjaus tulisi olla säännöllisesti kahdesti päivässä toteutuvaa ja järjestelmällisesti etenevää. Harjausjärjestystä tulisi kuitenkin vaihdella niin, että harjauksen aloituskohta ei olisi aina sama, eikä eteneminen noudattaisi aina samaa järjes-

tystä. Tällä voidaan estää mm. harjauksen tuleminen liian rutiininomaiseksi toiminnaksi, jolloin Aungerin (2007) mukaan harjaukseen käytettävään aikaan, eikä toteutuksen laatuun kiinnitetä enää riittävästi huomiota.

Suun puhdistaminen koetaan usein myös vaikeaksi, ja puhdistustulos on usein riittämätön parodontaalisairauksien ehkäisemiseksi (Davies 2008). Eri harjaustekniikoiden välillä ei ole todettu puhdistavuuden suhteen suuria eroja, ja yhteistä niille on, että niiden avulla ei saada hyvää puhdistustulosta hampaiden välipinnoilla. Claydonin (2008) mukaan eroja puhdistavuudessa sen sijaan on havaittu käsikäyttöisten hammasharjojen ja sähköharjojen välillä. Etenkin edestakaisin pyörivin ja värähtelevin liikkein toimivan sähköharjan on todettu tehokkaammin puhdistavan myös hampaiden välipintojen aluetta ja lisäävän sitoutumista päivittäiseen harjaukseen. Sähköharjan oikeaoppinen käyttö vaatii kuitenkin hyvän henkilökohtaisen ohjauksen ja käytön kontrollin.

Terveys 2000 -tutkimuksessa Vehkalahden ja Knuutilan (2004) mukaan 14 % tutkituista aikuisista ilmoitti käyttävänsä sähköhammasharjaa ja sen käyttö oli yhtä yleistä naisilla ja miehillä. Hampaansa ilmoitti harjaavansa vähintään kahdesti päivässä 61 % tutkituista hampaallisista aikuisista, 76 % naisista ja 45 % miehistä. Harvemmin kuin kerran päivässä hampaansa harjaavia oli 7 %, 1 % naisista ja 12 % miehistä. Ikäryhmien väliset erot olivat pieniä, sen sijaan erot sukupuolten välillä olivat suuret. Hampaiden harjaamisessa vähintään kaksi kertaa päivässä oli myös alueellisia eroja. Pääkaupunkiseudulla hampaiden peseminen vähintään kahdesti päivässä oli yleisempää kuin Suomessa keskimäärin (Helakorpi ym. 2007).

Hampaiden harjausta voidaan tehostaa hammastahnojen avulla. Niiden tärkein tehtävä on plakin poistaminen ja fluorin sekä antimikrobiaineiden kuljettimena toimiminen. Hammastahnojen antimikrobiaineiden teho vaihtelee suuresti, ja niiden säännöllisellä käytöllä saavutetaan parhaimmillaan noin 20 %:n plakin määrän väheneminen. Hammasplakin kasvua hidastavia ja ientulehdusta ehkäiseviä aineita hammastahnoissa ovat mm. tinafluoridi, sinkki, sinkkisitraatti ja triklosaani. Kuusi kuukautta kestävässä, vertailevissa kliinisissä tutkimuksissa tinafluoridia sisältävä hammastahna vähensi gingiviittiä eli ientulehdusta 18 - 22 % ja sinkkisitraattia sisältävä tahna 19 %. Myös triklosaani-sinkkisitraattiyhdistelmän on osoitettu merkittävästi

vähentävän gingiviittiä, mutta viime vuosina triklosaanin yleistä käyttöä antimikrobiaineena on kritisoitu voimakkaasti sen ympäristövaikutusten vuoksi. Hammaskiven muodostusta hidastavia yhdisteitä hammastahnoissa ovat mm. sinkkisitraatti ja pyrofosfaatit. Näiden hammastahnojen käytössä on kuitenkin rajoituksia, eikä niiden käyttöä suositella lapsille eikä kuivasuisille tai kariesaktiivisille henkilöille. (Söderling 2003, Stann 2007, Davies 2008.)

Huolellisellakaan harjauksella ei saada puhdistettua hampaiden välipintoja. Hammaskivien koosta riippuen ne voidaan puhdistaa joko hammaslangalla, hammastikulla tai hammasväliharjoilla. Frandsenin (1986) mukaan hammasvälien puhdistusväline tulee valita yksilön sorminäppäryyden, mieltymyksen sekä hammasvälin anatomian mukaan. Hyvän puhdistustuloksen saaminen on parodontiittipotilaalla huomattavasti normaalia vaativampaa menetety kiinnityskudoksen vuoksi. Potilaan on opeteltava mekaanisesti puhdistamaan paljastuneen juuripinnan kuperat ja koverat pinnat uurteineen. Niiden puhdistaminen vaatii hienomotoristen taitojen lisäksi kärsivällisyyttä ja sitoutumista omalle hoidolle asetettuihin tavoitteisiin. (Perry & Beemsterboer 2007, Claessen ym. 2008, Claydon 2008.) Terveystutkimuksen mukaan hammasvälien säännöllinen puhdistaminen on vähäistä. Ainoastaan 14 % suomalaisista naisista ja 5 % miehistä käyttää hammaslankaa tai hammasväliharjaa päivittäin. (Vehkalahti & Knuutila 2004.)

Myös savuttomuus on merkittävä parodontaaliterveyttä ylläpitävä tekijä. Tupakointi heikentää ikenien verenkiertoa, minkä vuoksi ientulehdus ei helposti aiheuta ienverenvuotoa, ja näin tilanne voi potilaan itsensä huomaamatta edetä vaikeampiasteiseksi. Tutkimusten mukaan tupakoinnin määrän lisääntyessä sekä sairastavuus että gingiviitin ja parodontiitin vaikeusaste kasvavat. (Murtomaa 2003, Kentala 2007, Binnie 2008.)

3 KESKUSTELU TAVOITTEELLISENA TERVEYDEN EDISTÄMISEN MENETELMÄNÄ

Sekä terveyttä että terveyden edistämistä on määritelty ja kuvattu monin eri tavoin ajan kuluessa lähestymistavasta sekä tieteenalan näkökulmasta riippuen. Terveyden edistämisen käsitteen sisältö on pääasiallisesti muotoutunut Maailman terveysjärjestön WHO:n kehittämistyön tuloksena jo kolmenkymmenen vuoden ajan. Terveyden edistämisen määrittely perustuu nykyisin yhä vankasti Ottawan perusasiakirjaan, jossa terveyden edistäminen nähdään hyvin laaja-alaisena toimintana. (Raatikainen 2002, Kähärä 2003.) Asiakirjassa terveydenhuoltoa ei jätetä yksin vastuulliseksi terveyden edistämisestä, vaan korostetaan eri sektoreiden välistä yhteistyötä terveyden edellytysten parantamiseksi. Terveyden edistämisen lähtökohdat ja toimintastrategiat perustuvat kohdentuneesti paikallisen väestön tarpeisiin ja mahdollisuuksiin. Asiakirjassa esitetään viisi avainstrategiaa, joiden avulla lisätään ihmisten mahdollisuuksia parantaa omaa ja ympäristönsä terveyttä. (WHO 1986.)

Avainstrategiat painottavat salutogeenista eli terveystakeskeistä lähestymistapaa terveydenhuollon henkilöstön toiminnassa (WHO 1986). Sairautta ehkäisevien ja hoitavien menetelmien rinnalle tulisikin jatkuvasti kehittää uusia terveyslähtöisiä ja terveyttä ylläpitäviä menetelmiä, joilla vahvistetaan yksilön terveysosaamista ja hallintaa terveyteensä liittyvässä päätöksenteossa ja toiminnassa. (Vrt. WHO 1986.) Hoitajan ja potilaan kohdatessa terveyttä edistävinä työmenetelminä ovat eri konteksteissa toteutuva terveysneuvonta, jolloin vuorovaikutus on luonteeltaan tavoitteellista ja potilaslähtöistä. Poskiparran (1997) mukaan terveysneuvonnassa tarvitaan erilaisia toteutustapoja, joilla potilaita aktivoidaan arvioimaan omaa tietämystään ja toimintaansa terveytensä edistäjinä ja ylläpitäjinä. Myös Pietilän ym. (2002) mukaan potilasta tulisi aktivoida terveysneuvonnan suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin. Se tarkoittaa terveysneuvontatilanteen suunnittelua sellaiseksi, että kummallakin osapuolella on mahdollisuus keskustella ja kehittyä. Terveysneuvontatilanteessa keskustelun menetelmät ja vuorovaikutuksen suunta vaihtelevat. Tyypillistä on, että yhden terveysneuvontatilanteen aikana keskustelussa esiintyy piirteitä tiedottamisesta, neuvonnasta ja ohjauksesta (vrt. Poskiparta 1997).

3.1 Keskustelun muodot terveysneuvontatilanteissa

Terveysneuvonta toteutuu erilaisin keskustelun muodoin, joita hoito- ja terveyden edistämistyössä kutsutaan eri nimityksillä, riippuen keskustelun tehtävästä ja luonteesta. Tässä tutkimuksessa lähestyn suuhygienistiopiskelijan ja potilaan välistä keskustelua keskustelun tehtävän, tiedon, ohjattavan ja ammattilaisen roolin sekä vuorovaikutuksen ja sen suunnan näkökulmasta (Taulukko 1).

Taulukko 1. Keskustelun muodot terveysneuvontatilanteessa suhteessa tavoitteen, tehtävään, tietoon, potilaan ja hoitajan rooliin sekä vuorovaikutukseen ja keskustelun välineisiin (vrt. Poskiparta 1997, Nutbeam 2000, Kääriäinen & Kyngäs 2005a, Onnismaa 2007, Mönkkönen 2007).

	TIEDOTUSKESKUSTELU	NEUVONTAKESKUSTELU	OHJAUSKESKUSTELU
Tavoite	Potilaan toiminnallisen terveyden lukutaidon eli terveyden peruslukutaidon kehittyminen, jolloin tiedot ja taidot lisääntyvät.	Potilaan kokemuksellisen terveyden lukutaidon kehittyminen, jolloin osaaminen ja motivaatio toimintaan lisääntyvät.	Potilaan kriittisen terveyden lukutaidon kehittyminen, jolloin itsearviointi- ja kehittämistaidot lisääntyvät.
Tehtävä	Potilas saa tarvitsemaansa tietoja terveyteen ja sairauksien liittyvistä tekijöistä ja oppii terveyttä ylläpitävät ja edistävät menetelmät.	Potilas saa neuvojen ja ohjauksen avulla valmiuksia terveyttä edistävään toimintaan. Hän harjoittelee ja omaksuu käyttäytymismallin osaksi päivittäistä elämää.	Potilas oppii itse arvioidaan omaa terveyskäyttämistään ja saa valmiuksia kehittämään omaa toimintaansa tutkitun tiedon avulla.
Tieto	Tutkimukseen perustuva tosiasiatieto.	Tutkimustietoon perustuva asiantuntijatieo.	Tulkinnallinen yhteinen tieto.
Hoitajan ja potilaan rooli	Hoitaja antaa potilaalle hänen haluamansa tiedon. Hän huolehtii tietojen oikeellisuudesta ja riittävyydestä. Hoitaja kertoo, potilas kuuntelee ja esittää kysymyksiä.	Hoitaja on asiantuntija eri toimintavaihtoehtojen arvioinnissa, mutta potilas tekee valinnan. Hoitaja neuvoo ja ohjaa, potilas osallistuu aktiivisesti keskusteluun ja toimintaan.	Hoitaja pyrkii yhteistoiminnassa vahvistamaan ohjattavan terveys- ja itsearviointitaitoja ja välttää valmiiden ratkaisumallien tarjoamista.
Vuorovaikutus	Asiantuntijakeskeistä. Vuorovaikutus yksisuuntaista.	Asiakaskeskeistä. Vuorovaikutus kaksisuuntaista ja vastavuoroista.	Dialogista. Vuorovaikutus vastavuoroista ja tasa-arvoista.
Keskustelun välineet	Keskeistä on ymmärtäminen, jossa painottuu kuunteleminen ja kysyminen.	Keskeistä kohtelun ja ymmärtämisen lisäksi on tukeminen, jossa painottuu auttaminen, rohkaiseminen ja vahvistaminen	Keskeistä kohtelun, ymmärtämisen ja tukemisen lisäksi on yhteistyö, jossa painottuu neuvottelu.

Onnismaan (2007) mukaan tiedottavassa keskustelussa (tässä tiedotuskeskustelu) asiakas etsii puuttuvaa tietoa, jolloin asiantuntijan roolina on taata tietojen oikeellisuus ja riittävyys. Tiedotuskeskustelu rakentuu asiantuntijakeskeisesti, jolloin asiakkaan etsiessä puuttuvaa tietoa, hän on tiedon vastaanottaja ja työntekijä tiedon antaja. Työntekijän roolina on taata tietojen oikeellisuus ja riittävyys, ja terveystieteiden tavoitteena on yksilön tiedon lisääntyminen sairauksien syistä, terveydestä ja terveystaidoista. Kannas (2002) näkee perinteisen terveystieteiden edustaneen sairaus- ja ongelmalähtöistä tiedottamista terveyteen liittyvistä riskitekijöistä, ja Poskiparran (1997) mukaan terveystieteiden nähdään silloin tiedonsiirtona asiantuntijalta asiakkaalle, jolloin yksilön toimintaan pyritään vaikuttamaan kieltojen, käskyjen ja ohjeiden avulla. Kettusen (2001) mukaan hoitotyön edustajan kannalta keskustelua hallitsevat tietotankkaus, vakiintunut keskustelun rakenne, potilaan kompetenssin kieltäminen ja ammattisanaston käyttäminen. Silloin Raatikaisen mukaan toimintaa jäsentää perinteinen biofyysinen, palvelujärjestelmäkeskeinen terveyden edistämisen malli, jolloin toiminnan sisältö perustuu pääasiassa lääketieteelliseen tietoon. Vuorovaikutus on yksisuuntaista luentomaista opetusta, jossa potilaalla on tilaisuus tehdä kysymyksiä, kun terveydenhuollon työntekijä on lopettanut puheensa. Standardisoitu tieto tarjotaan kaikille potilaille samalla tavalla, ja on myös mahdollista, ettei hoitotyön tekijä on pikemminkin kehottaja ja asioiden selvittäjä kuin tieteellisen tiedon antaja. (Raatikainen 2002.)

Rimpelän mukaan potilasneuvonta tarkoittaa hoitosuhteen vuorovaikutuksessa annettua neuvontaa, johon sisältyy suunnitelmallisia oppimistilanteita, joiden avulla potilaan käyttäytymistä pyritään muuttamaan terveyttä edistäväksi (Rimpelä 1994, Raatikaisen 2002, 13 mukaan.) Neuvonta nähdään ohjauksen lähikäsitteenä, ja käsitteiden välinen eroavuus voidaan havaita eri konteksteissa esimerkiksi vuorovaikutuksen asteen ja asiantuntijuuden jakautumisen suhteen (Soohbanny 1999, Kääriäisen ja Kyngäksen 2005a, 209 mukaan). Neuvonta on asiakaslähtöistä, jolloin asiakas odottaa saavansa ongelmaan neuvoja asiantuntijalta, mutta päättää itse niiden noudattamisesta. Vehviläisen (2001) mukaan neuvo on kuitenkin aina direktiivinen eli määräävä toiminto, jossa tarjotaan toiselle jokin toimintatapa tai näkökulma. Usein neuvoja annetaan pyytämättä myös silloin, kun toista osapuolta kohdellaan lähtökohtaisesti neuvoja tarvitsevana. Kääriäisen ja Kyngäksen (2005b) mukaan neuvontaa tapahtuu silloin, kun ohjaaja auttaa ohjattavaa tekemään päätöksiä esi-

merkiksi päättämällä, mitä asioita opetellaan. Terveyden edistämisen kontekstissa neuvonta nähdään kaksisuuntaisena, vastavuoroisena neuvontakeskusteluna, jossa korostuvat potilaan henkilökohtaiset näkemykset terveydestään, terveystarpeistaan sekä terveystasaamisestaan. Neuvontakeskustelussa potilasta autetaan terveystavoitteiden asettamisessa sekä mahdollisten toimintaa estävien tekijöiden havaitsemisessa. Neuvontakeskustelun tavoitteena on esimerkiksi potilaan voimavarojen ja itseohjautuvuuden lisääntyminen, sekä tietoisuuden kasvu oman terveyden hallinnasta. (Kettunen 2001, Johansson ym. 2003, Kääriäinen & Kyngäs 2005b.)

Potilaiden ohjaus on tärkeä osa hoitotyön ammatillista toimintaa, ja ero neuvonnan ja ohjauksen välillä on häilyvä. Neuvontakeskustelua hallitsevan asiakaslähtöisyyden lisäksi vuorovaikutus voidaan hahmottaa ohjauksellisena dialogina, jolloin vuorovaikutuksen keinoin pyritään yhteisen ymmärryksen rakentumiseen. Dialogissa ohjaus ei etene asiantuntijan tai asiakkaan ehdoilla vaan molempien ehdoilla. (Mönkkönen 2007.) Ohjaus on tällöin potilaan ja hoitohenkilökunnan edustajan välistä tavoitteellista ja tasa-arvoista vuorovaikutuksellista toimintaa, jossa on keskeistä ohjattavan ja ohjaajan fyysinen ja kielellinen, ajatteluun ja tunteisiin liittyvä kaksisuuntainen vuorovaikutus. Lisäksi ohjauksen katsotaan olevan sidoksissa ohjattavan ja ohjaajan kontekstiin, kuten yksilöllisiin fyysisiin, psyykkisiin, sosiaalisiin ja ympäristöllisiin tekijöihin. (Kääriäinen & Kyngäs 2005b.) Vehviläisen (2001) mukaan ohjauksessa osapuolet eivät suhtaudu ohjauskeskusteluun tilanteena, johon tullessiin antamaan tai saamaan neuvoja. Ohjaustilanteessa ohjattava osallistuu aktiivisesti esittämiensä ongelmien ratkaisemiseen ja hänen tavoitteensa ja tulkintansa ovat työskentelyn lähtökohta. Potilasta aktivoidaan keskusteluun, tekemään kysymyksiä ja ilmaisemaan mielipiteitään. (Onnismaa 2007.) Ohjaustilanteessa potilas ymmärretään oman tilanteensa asiantuntijaksi ja hoitohenkilökunnan edustaja ammattinsa asiantuntijaksi (Kääriäinen & Kyngäs 2005a).

Hoitosuhteessa potilaan yksilölliset piirteet ja terveystarpeet säätelevät keskustelun piirteitä ja menetelmiä. Saattaa olla, että hoitajakson alussa keskustelussa korostuu tiedottaminen ja hoitosuhteen rakentuessa se saa lisääntyvässä määrin neuvonta- ja ohjauskeskustelun muotoja. Koska keskustelun eri muodot ovat rinnakkain käytettyjä, ja etenkin neuvonta- ja ohjauskeskustelu osin päällekkäisiä ja mielestäni toisiinsa täydentäviä, käytän tässä tutkimuksessa potilaan ja suuhygienistiopiskelijan

välisestä keskustelusta nimitystä terveyskeskustelu. Käsitteenä terveyskeskustelu sisältää toiminnan ihanteen eli terveyden keskustelun lähtökohtana ja tavoitteena.

3.2 Terveyttä edistävän keskustelun välineet ja tavoitteet

Terveyttä edistävän keskustelun (tässä jatkossa terveyskeskustelu) perustuu huolenpitoon ja toisesta ihmisestä välittämiseen. Terveyskeskustelu sisältää hyvän vuorovaikutuksen tunnuspiirteet, joihin kuuluvat yksilön tuntemuksen lisäksi myös aitous, avoimuus, empatia, kuuntelu ja vastavuoroisuus. Asiakkaalla on oltava mahdollisuus ilmaista itseään, tulla hyväksytyksi ja kuulluksi sekä mahdollisuus valintojen tekoon. (Kettunen 2001, Hirvonen ym. 2002.)

Kääriäisen ja Kyngäksen (2005a) käsiteanalyysin mukaan vastavuoroinen, kaksisuuntainen vuorovaikutus rakentuu keskustelun välineiden pohjalle, ja niitä ovat kohtelu, ymmärtäminen, tukeminen ja yhteistyö. Ne ilmenevät vuorovaikutuksessa erilaisina fyysisinä, kielellisinä, ajatuksellisinä ja tunteisiin liittyvinä viestitoimintoina (Taulukko 2).

Taulukko 2. Keskustelun välineiden ilmeneminen kaksisuuntaisessa vuorovaikutuksessa. (Vrt. Kettunen 2001, Hirvonen ym. 2002, Kääriäinen ja Kyngäs 2005a.)

KESKUSTELUN VÄLINEET	ILMENEMINEN VUOROVAIKUTUKSESSA
KOHTELU	välittäminen, avoimuus, aitous, iloisuus ja inhimillisuus
YMMÄRTÄMINEN	empatia, kuunteleminen ja kysyminen
TUKEMINEN	auttaminen, rohkaiseminen ja vahvistaminen
YHTEISTYÖ	neuvottelu

Kuten taulukossa 2 esitetään, kohtelu ilmenee välittämisenä, avoimuutena, aitoutena, iloisuutena, inhimillisyytenä sekä ystävällisyytenä ja hyväksyntänä. Ymmärtäminen on empatiaa, kuuntelemista ja kysymistä. Tukemista ovat auttaminen, rohkaiseminen ja vahvistaminen. (Kääriäinen ja Kyngäs 2005b.)

Ymmärtämiseen liittyvässä kuuntelussa asiantuntija yrittää kuuntelun keinoin selvittää, mitä puhuja ajattelee ja tuntee ja miksi. Asiantuntijan kuuntelutaidot tulevat ilmi siinä, miten hyvin hän puheenvuoroissaan kykenee ottamaan kuulemansa huomioon. Aktiivisen kuuntelun tarkoituksena on viestiä asiakkaalle hyväksyntää, auttaa häntä selventämään ajatuksiaan tarkoitustenmukaisten kysymysten avulla, kannustaa häntä tarkastelemaan asioita uudesta näkökulmasta ja välittää optimistista suhtautumista häneen. Vuorovaikutuksen perusta muodostuu empatiasta ja ihmisen kyvystä kuunnella ja mahdollisuudesta tulla kuulluksi. (Poskiparta 2002, Hirvonen ym. 2002.) (Taulukko 2)

Yhteistyö puolestaan perustuu dialogiin, joka voidaan tulkita neuvotteluksi, jossa osapuolilla on oma äänensä (Onnismaa 2007). Neuvottelu voidaan nähdä tavoitteellisenä vuorovaikutuksena, prosessina, jossa sopimuksen kautta tavoitellaan yhteistä tahtotilaa. Kettusen (2001) mukaan neuvonnassa korostetaan potilaan kanssa käytyä neuvottelua esimerkiksi erilaisista työskentelytavoista ja toteutusvaihtoehdoista. Neuvottelun tavoitteena on osapuolten keskinäinen luottamus ja molemminpuolinen tyytyväisyys. Lisäksi neuvottelussa tavoitellaan myönteisen ja avoimen vuorovaikutussuhteen syntymistä ja ylläpitämistä osapuolten välillä. Neuvottelun myötä tapahtuu myös osapuolten sitoutuminen yhteisesti sovittuun tavoitteeseen. (Jattu-Wahlström & Kallio 1992.) (Taulukko 2)

Kääriäisen ja Kyngäksen (2005b) mukaan ohjaaja ja ohjattava voidaan nähdä tasa-vertaisena työparina eli asiantuntijatiiminä, joka suunnittelee ohjauksen sisältöä ja prosessia yhdessä saavuttaakseen tavoitteensa. Tavoitteet määrittävät työskentelyn tarkemman sisällön. Tavoitteet määrittävät yhteistyössä potilaan kanssa, sillä jokaisella potilaalla on ajatuksia ja toiveita oman toimintansa suhteen. Yhdessä asetettujen tavoitteiden tulisi olla realistisia, konkreettisia, muuttuvia ja mitattavissa olevia sekä kontekstiin sopivia. Tavoitteenasettelussa tulisi tarkentaa keskustelun sisältöä ja keinot tavoitteiden saavuttamiseksi ja arvioimiseksi. Lisäksi potilaalla tulisi olla mahdollisuus kertoa, millaisena hän kokee oman nykyisen terveystensä ja oman hoidonsa, ja arvioida, miten mahdolliset uudet toimintamallit toimisivat arkielämän tilanteissa. (Poskiparta 2003, Kääriäinen & Kyngäs 2005b, Pender ym. 2006.)

Tavoitteiden määrittely on erityisen tärkeää itsehoidon onnistumisen ja elintapojen muutosten arvioinnissa. Tavoitteen muotoilun on katsottu vaikuttavan siihen, kuinka hyvin tavoite saavutetaan. Sen vuoksi on tärkeää, että sovittu omahoidon tavoite muotoillaan sellaisin käsittein ja sanoin, joita potilas voi hallita, ja siten, että se täyttää hyvän tavoitteen tunnusmerkit. (Kyngäs ym 2007.) (Taulukko 3)

Taulukko 3. Hyvän omahoidon tavoitteen tunnusmerkkejä (vrt. Kyngäs ym. 2007).

Tavoite on muotoiltu positiiviseksi.	On kannustava ja luo toiminnasta positiivisen mielikuvan.
Tavoite on riittävän yksityiskohtainen ja konkreettinen.	Ohjaa asiakasta käytännön tilanteissa oikeaan toimintaan.
Tavoite on realistinen ja asiakkaan hallinnassa.	Asiakas uskoo saavuttavansa tavoitteen oman toimintansa avulla.
Tavoite on aikaan sidottu ja sen saavuttamista on mahdollista arvioida ja seurata.	Tavoitteen saavuttamisella on seuranta-aika ja arviointikriteerit on määritelty.
Tavoite on potilaslähtöinen, yksilöllinen ja dokumentoitu	Tavoite on yhdessä sovittu ja hoitosuunnitelmaan kirjattu

Yhdessä potilaan kanssa tehdään toimintasuunnitelma tavoitteiden saavuttamiseksi. Potilaalle voidaan laatia tietyn aikavälin tavoitteista kirjallinen luettelo, jonka avulla hän voi seurata muutoksia terveystottumuksissaan ja terveystavoitteiden saavuttamista. Toimintaan sitoutumista voidaan lisätä kirjallisella sopimuksella. Allekirjoittamalla yksilöllisen toimintasuunnitelman sekä asiantuntija että asiakas sitoutuvat tavoitteelliseen terveyttä edistävään toimintaan omilla vastualueillaan. (Tones & Green 2004, Pender ym. 2006.)

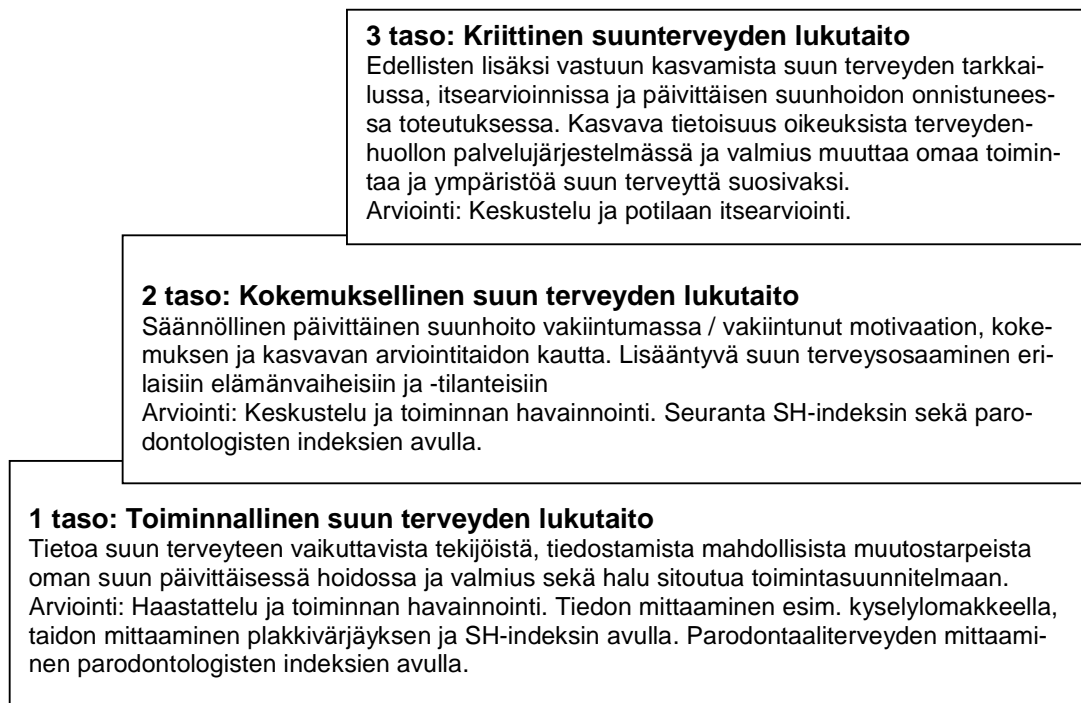
Tavoitteiden saavuttamista tulee aina arvioida. Terveyskeskustelussa arviointi on ikään kuin keskustelun sisään rakennettu prosessi ja arviointia tapahtuu koko kohtaamisen ajan. Terveyskeskusteluun perustuva toiminnan arviointi on potilaan ja hoitajan välistä vuoropuhelua ja vaatii kummaltakin osapuolelta halua ja taitoa itsearviointiin. Terveyskeskustelun tulee tukea myös toiminnan arviointia ja arviointitaitojen kehittymistä. (Hirvonen ym. 2002)

3.3 Parodontologisen potilaan omahoidon tavoitteet ja arviointi

Terveystiedon, -taidon ja terveyden hallinnan eli terveyden lukutaidon tason parantamista voidaan pitää eräänä välittömänä terveyteen liittyvän vuorovaikutusprosessin tuloksellisuutta mittaavana tekijänä. Indikaattorit, jotka kuvaavat tietojen, asenteiden, motivaation, käyttäytymisen muutosaikomusten, henkilökohtaisten taitojen, itseluottamuksen jne. muutoksia, kuvaavat osaltaan terveyden lukutaidon kehittymistä. Nutbeam näkee terveyden lukutaidon kolmella toisiaan seuraavalla tasolla: toiminnallisella eli peruslukutaidotasolla, vuorovaikutuksellisella eli henkilökohtaisten taitojen kehittymisen tasolla, sekä kriittisellä terveyden lukutaidon tasolla, jolla tarkoitetaan kykyä tiedon kriittiseen analysointiin ja arviointiin. (Nutbeam 2000, Leskinen & Koskinen-Ollonqvist 2000.)

Myös potilaan suun terveysosaamista ja oman hoidon tasoa voidaan arvioida terveyden lukutaidon tasojen avulla. Suun terveyden lukutaidossa voidaan erottaa samat kolme tasoa: (1) toiminnallinen suun terveyden lukutaito eli ns. tiedollinen ja taidollinen terveyden peruslukutaito, (2) vuorovaikutuksellinen / kokemuksellinen suun terveyden lukutaito eli osaamista, toiminnassa harjaantumista ja toiminnan merkitystä painottava terveyden lukutaito ja (3) kriittinen eli oman toiminnan tuloksellisuutta arvioiva ja omaa toimintaa kehittävä suun terveyden lukutaito (kuva 1).

Tasot rakentuvat progressiivisesti, ja tasolta toiselle etenemiseen vaikuttaa kognitiivisten taitojen kehittymisen lisäksi informaatio ja sen käsittelyn vuorovaikutusprosessi: millaisesta informaatiosta on kysymys, miten se välittyy kuulijalle, missä muodossa ja millaisin keinoin. Tämän vuoksi vuorovaikutustaitojen ja erilaisten kommunikaatiomenetelmien kehittäminen ja hallinta on ratkaisevaa terveyden lukutaidon kehittämisessä. Terveyden lukutaidon tason parantuessa yksilön taidot ja itseluottamus sekä usko omiin kykyihin oman terveytensä hoidossa ja vaikuttamismahdollisuuksiin terveydenhuollon palvelujärjestelmässä kasvavat. (Nutbeam 2000, 2008, Ratzan 2001, Jones ym. 2007.)



Kuva 1. Suun terveyden lukutaidon tasot ja arviointimenetelmät (vrt. Nutbeam 2000.)

Potilaan suun omahoidon tavoitteet perustuvat yhteiseen arviointiin potilaan terveydestä sekä terveystottumuksista ja ovat aina yksilöllisesti räätälöityjä. Alin eli tiedollisen ja **toiminnallisen terveyden lukutaidon taso** kuvaa potilaan tietoja ja ymmärrystä parodontiumin terveyteen vaikuttavista tekijöistä, tiedostamista mahdollisista muutostarpeista suun päivittäisessä hoidossa ja valmiutta toimia yksilöllisen toimintasuunnitelman mukaisesti. Terveyskeskustelun tavoitteena on potilaan tutkimuksellisen tiedon tason lisääntyminen ja terveystaitojen kehittyminen suun terveyden omatoimisessa hoidossa. (Mukaillen Nutbeam 2000, Jakonen 2002.) Terveystiedon tasoa voidaan arvioida esimerkiksi kyselylomakkeen (Sabbahi ym. 2009) ja terveysterveystietokannan avulla. Kyselylomakkeen avulla voidaan arvioida parodontaaliterveyteen liittyvien käsitteiden ymmärtämistä ja erilaisia arviointiasteikkoja käyttämällä selvittää potilaan suunhoidon toteutumiseen liittyviä tekijöitä (Taulukko 4).

Taulukko 4. Potilaan suun omahoitovalmiuksien arvioinnin kohteet ja arviointias-
teikot (vrt. Montano ym.1997, Lee ym. 2007).

Arvioinnin kohde:	Arviointias- teikko:
Käyttätymisaikomus kertoo koetusta todennä- köisyydestä käyttäytyä tietyllä tavalla.	Arviointi epätodennäköinen – todennäköinen, esim. asteikolla 0 - 5
Halu toimia suositusten mukaisesti.	Arviointi epätodennäköistä – todennäköistä, esim. asteikolla 0 – 5 tai 1 - 7
Koettu suorituskyky on yksilön kokemus käyttäy- tymisen vaikeudesta tai helppoudesta.	Arviointi vaikea – helppo, esim. asteikolla 0 – 5 tai 1 - 7
Tieto/ymmärrys parodontaaliterveyteen liittyvistä tekijöistä ja käsitteistä	Parodontaaliterveyteen liittyvien sanojen ja käsit- teiden tunnistaminen, esim. 20-30 sanaa/väittämää

Suun puhdistustaitoja voidaan arvioida potilaan mekaanista toimintaa havainnoimal-
la ja plakkivärjäyksen avulla, jolloin potilaan kaikkien hampaiden hammaspinnaat vär-
jätään plakkiväriaineella. Värjäntyneiden hammaspintojen rekisteröinti voidaan
tehdä esim. kansainvälisestä Hygiene Indeksistä (HI) Suunhoidon opetuslinikalle
kehitetyn Suuhygieniaindeksin (SH) avulla, jossa parodontologisten indeksihampai-
den värjäntyneet hammaspinnaat rekisteröidään indeksikaavioon (Rateitschak
ym.1989, Lehtonen 2006). Terveyslähteisesti potilaalle annetaan palaute värjäyty-
neiden pintojen sijaan puhtaiden hammaspintojen prosentuaalisena osuutena. Poti-
lasta ohjataan myös kotona itsenäisesti arvioimaan puhdistustulosta apteekkimyy-
nissä olevan suupeilin ja väritablettien avulla. Suuta itse tutkimalla potilas seuraa
siinä tapahtuvia terveysmuutoksia.

Edettäessä **kokemuksellisen terveyden lukutaidon tasolle**, eli kohti kasvavan
motivaation ja terveysosaamisen tasoa, suunhoito on muodostunut potilaalle osaksi
päivittäistä terveydenhoitoa ja henkilökohtaista hygieniaa. Tässä vaiheessa potilasta
ohjataan itsenäisiin taitoihin suun terveyden tarkkailussa ja oman terveystoimintansa
arvioinnissa. Lisäksi häntä tuetaan löytämään keinoja oman toimintansa vahvistami-
seksi ja suun terveyttä suosivan ympäristön luomiseksi. Terveyskeskustelu on yh-
dessä toteutettua arviointia, jonka tavoitteena on potilaan itsenäisyyden asteen li-
sääntyminen ja itsearviointitaitojen kehittyminen niin, että potilaalla on ”välineet”
tehdä haluamansa muutos itse. (Mukaillen Nutbeam 2000, Jakonen 2002, Kettunen
2001.)

Jotta asiakkaan suuhygieniatottumuksista ja niissä tapahtuvista muutoksista saataisiin luotettavampaa tietoa, tulisi suun puhtautta tutkia ja seurata SH-indeksin avulla jokaisella käyntikerralla. Lisääntyvä puhtaiden hammaspintojen määrä kertoo paitsi suuhygieniataitojen parantumisesta, myös kasvavasta suuhygienian merkityksestä potilaalle. Potilaan saama palaute hyvästä puhdistustuloksesta liittyy onnistumisen kokemukseen, joka Syrjälän ym. (2001) mukaan johtaa parempaan suun terveyteen ja parempaan omahoitoon.

Korkein taso eli **kriittisen terveyden lukutaidon taso** tarkoittaa mm. yksilön oman vastuunoton kasvamista suunsa terveyden arvioinnissa ja päivittäisen suunhoidon onnistuneessa toteutuksessa. Potilas tulee kriittiseksi esimerkiksi mediasta saatavan terveystiedon suhteen ja on tietoinen oikeuksistaan suun terveydenhuollon palvelujärjestelmässä. Hänellä on myös valmiuksia muuttaa ympäristöään suun terveyttä suosivaksi. Potilas tulee yhä riippumattommaksi suun terveydenhoidon asiantuntijasta ja palaa hänen luokseen arvioituaan tarvitsevansa apua, tukea tai ohjausta. (Jakonen 2002, Leskinen & Koskinen-Ollonqvist 2000.) Terveyskeskustelu on potilaan voimavaroja tukevaa, jossa hänelle tarjoutuu mahdollisuus itsensä tarkkailuun ja arviointiin. Keskustelun avulla asiakas ymmärtää paremmin mm. mitkä ratkaisutavat hänen kohdallaan ovat olleet toimivia ja mitkä ehkä eivät. Keskustelu vahvistaa asiakkaan itsearvioinnin, sekä ongelmanratkaisutaitojen kehittymistä. Se auttaa myös hänen terveyteensä liittyvien arvoasetelmien ymmärtämistä, mahdollisten esteiden havaitsemista, sekä tulevien päämäärien ja tavoitteiden asettamista. Toimintaprosessissa korostuu tasa-arvoinen vuorovaikutus sekä kriittiseen reflektioon ohjaava toimintatapa. Parhaimmillaan vuorovaikutus lisää potilaan energiaa toimia tiettyyn suuntaan. (Kettunen 2001.)

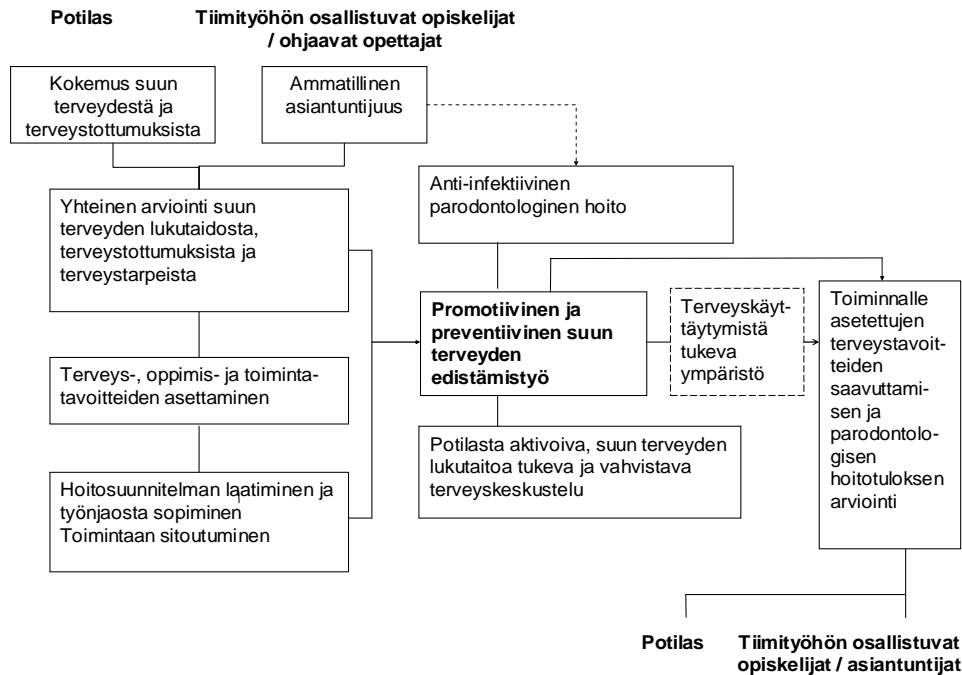
4 TERVEYSKESKEINEN PARODONTOLOGINEN HOITOTYÖ SUUNHOIDON OPETUSKLINIKALLA

Suun terveydenhuollon koulutusohjelmassa oppimista ohjaa ekspansiivinen oppimiskäsitys, jonka mukaisesti suun terveydenhoitotyön oppiminen laajeni suuhygienistiopiskelijan, suun terveydenhuollon koulutusohjelman ja työelämän yhteistyönä tapahtuvaksi toiminnaksi (Keto & Roos 2006). Harjoittelu toteutuu yhteistyössä Helsingin terveystieteiden hammashuollon, Helsingin yliopiston hammaslääketieteen laitoksen sekä näiden henkilöstön ja opiskelijoiden kanssa. Ohjattua harjoittelua, joka Liimataisen (2002) mukaan muodostavaa hoitotyön koulutuksen ytimen, on suuhygienistikoulutuksessa 75 opintopisteen (op.) verran. Harjoittelusta 20 op. toteutuu sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän toimintayksiköissä ja 55 op. toteutuu Suunhoidon opetuslinikalla eri-ikäisten asiakkaiden suun terveydenhoitotyönä. Parodontologisen hoidon potilaita opiskelijat hoitavat lukukausilla 4-7 edeten ientulehdusta sairastavista potilaista hoidoltaan vaativampiin parodontiittipotilaisiin. Suunhoidon opetuslinikalla harjoittelu tapahtuu lukukausikohtaisesti usean viikon jaksoissa. (Metropolia Ammattikorkeakoulu 2009.)

Suunhoidon opetuslinikalla parodontologista hoitoa ja ohjattua harjoittelua jäsentää salutogeenista lähestymistapaa edustava terveystieteellinen prosessimalli (Kuva 2), jonka avulla pyritään lisäämään hoidon terveystieteellisyttä, suunnitelmallisuutta ja yhteistyötä. Uuden mallin idea on, että potilasta ei nähdä perinteisesti toiminnan kohteena, vaan tiimityön keskeisenä toimijana, jolloin potilaan henkilökohtaiset kokemukset ja näkemykset omasta terveydestään ja sen ylläpitämisestä ohjaavat hoidon suunnittelua, toteutusta ja arviointia. Mallissa ajatuksena on, että sekä hoitotyön että potilaan suun terveyden ja suun omahoidon tavoitteet laaditaan yhdessä potilaan kanssa. (Lehtonen 2007.) Opiskelijat asettavat myös henkilökohtaisia oppimistavoitteita suhteessa opintojaksoa varten laadittuihin pedagogisiin tavoitteisiin, jotka suuhygienistikoulutuksessa on kirjattu kliinisen suun terveydenhoitotyön oppimiskäsitykseen (Keto & Roos 2008).

Toimintamallissa opettajien ohjaus ja opiskelijoiden kehittyvä ammatillinen asiantuntemus yhdistyvät tiimityöksi ja työnjako toteutuu potilaan hoidon vaikeusasteen mukaisesti. Suuhygienistiopiskelija voi hoitaa potilasta itsenäisesti tai yhteistyössä

hammaslääketieteen opiskelijan kanssa. Tässä tutkimuksessa suuhygienistiopiskelija on hoitanut potilaan itsenäisesti eikä yhteistyössä hammaslääketieteen opiskelijan kanssa. (Kuva 2)



Kuva 2. Terveyskeskeinen toimintamalli parodontologiseen tiimityöhön (mukaillen Pender 2006 ym.; The Self-Care Empowerment Proses).

Terveyden edistämisen teoreettista tietorakennetta on kytketty harjoitteluun terveysterveyskeskeisen toimintamallin lisäksi opetuslinikalla käytettävien potilasasiakirjojen, toimintaohjeiden sekä oppimistehtävien avulla. Vaikka asiakas- ja terveyslähtöisyys ilmenevät selkeästi suuhygienistiopiskelijoiden opetussuunnitelmassa (Metropolia Ammattikorkeakoulu 2009), terveyden edistäminen on vielä usein sairauslähtöistä ja painottuu preventiiviseen terveyden edistämiseen, jolloin työn sisällössä korostuvat suun sairauksien riskitekijöiden ehkäisy ja parodontaalisairauden hoito. Terveysterveyskeskeinen toimintamalli sisältää sekä preventiivisen että promotiivisen toiminnan näkökulman (Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005).

Preventiivisellä terveyden edistämällä tarkoitetaan suun sairauksien ehkäisyä. Se on ongelmalähtöistä ja jaetaan useimmiten kolmeen osaan, primaari-, sekundaari- ja

tertiaaripreventioon, joista parodontologisen potilaan kohdalla korostuvat kaksi viimeksi mainittua. Sekundaariprevention avulla pyritään estämään sairauden paheneminen poistamalla riskitekijä tai pienentämällä sen vaikutusta. Se tarkoittaa kliinisiä anti-infektiivisiä toimenpiteitä, kuten biofilmin ja sitä retentoivien tekijöiden kuten hammaskiven ja/tai täyteylimäärien poistoa hammaspinnoilta. Kliinisten toimenpiteiden ja terveystieteiden tavoite on estää sairauden eteneminen ja palauttaa suun terveydentila sairastumista edeltävälle tasolle. Potilaalle kerrotaan sairaudesta ja sen vaikutuksista yleisterveyteen. Keskustellaan sairauden hoidosta ja suun terveyttä edistävistä toiminnoista ja arvioidaan tarvetta esimerkiksi tehostettuun päivittäiseen suuhygieniaan. Tertiaaripreventio on yhteydessä kuntoutuksen käsitteeseen. Sen tarkoituksena on lisätä toimintakykyisyyttä sekä vähentää olemassa olevan sairauden, kuten kroonisen parodontiitin ja sen aiheuttamien haittojen, pahenemista. Kliinisten toimenpiteiden ja terveystieteiden tavoitteena on tukea potilasta ja antaa yksilöllisiä ohjeita, miten selviytyä päivittäisissä suunhoitotoimissa, kun suun olosuhteet ovat muuttuneet. (vrt. Ewles & Simnet 1995, Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005.)

Salutogeeninen ajattelu suuntaa suuhygienistiopiskelijan terveyden edistämisen painopistettä promotiivisempaan eli terveystieteiden mahdollisuuksia luovaan suuntaan. Se tarkoittaa, että tunnustetaan sairauden aiheuttamien muutosten lisäksi yksilön suun terveyttä ylläpitävät tekijät, joita pyritään tukemaan ja vahvistamaan (vrt. Pietilä ym. 2007). Promotiivinen terveyden edistäminen on voimavaroiltaan ja perustuu positiiviseen terveystieteen käsitteeseen. Promootio-ajattelusta terveyden edistämisen tehtävänä on ylläpitää ja vahvistaa terveyttä suojaavia tekijöitä, jotka suodattavat riskien vaikutuksia yksilöihin. Suun terveyttä suojaavat yksilölliset tekijät voidaan jakaa sisäisiin ja ulkoisiin tekijöihin. Sisäisiä tekijöitä ovat mm. suun terveyttä ylläpitävät elämäntavat, myönteinen asenne suun terveyteen sekä myönteinen käsitys itsestä, omista taidoista, mahdollisuuksista ja kyvyistä oppia uutta. Ulkoisia tekijöitä ovat suun päivittäisen hoidon toteutumisen mahdollisuuksiin liittyvät tekijät, kuten ajankohtainen tutkimustieto suun terveydestä, suunhoitovälineistä ja niiden käytöstä. Promootio-ajattelun voi olla käyttäytymisen muutokseen tähtäävää toimintaa, jolloin terveystieteiden ohjaa yhdessä oppimisen (promotional) malli. Itsearviointi sekä itsetunnon ja elämäntieteen vahvistaminen ovat keskeisellä sijalla yhdessä oppimisessa. (Vrt. Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005.) Promootio-ajattelu suun-

taa myös yhteistä arviointia ja potilaan oman hoidon tavoitteita terveyslähtöisiksi ja potilaan omaa toimintaa korostaviksi. Potilaan toimintaa ja terveysosaamista arvioidaan suun puhtauden, terveyden lisääntymisen ja omahoidossa onnistumisen perusteella.

4.1 Suuhygienistiopiskelijan parodontologisen hoitotyön harjoittelun vaiheet

Harjoittelussa suuhygienistiopiskelijan toimintaa suuntaa aikuisten ja ikääntyneiden suun terveydenhoitotyön ohje, jossa kuvataan hoidon kulku käyntikerroittain. Siinä hoidon kulku esitetään seuraavasti: asiat, jotka opiskelija tekee ennen asiakkaan tuloa hoitokäynnille, hoito ensimmäisellä hoitokäynnillä, hoito seuraavilla hoitokäynneillä ja lopuksi kuvaus siitä, milloin potilaan hoito on valmis. Ennen käyntiä opiskelija tutustuu potilastietoihin potilastietojärjestelmässä ja kutsuu potilaan hoitoon. Ensimmäinen hoitokäynti edustaa hoidon nk. systeemistä vaihetta, joka tarkoittaa potilaan omaan hoitoon ja kliiniseen hoitotyöhön vaikuttavien tekijöiden selvittämistä, potilaan tutkimista ja hoitosuunnitelman laatimista. Potilaan kiinnityskudosten terveydentila arvioidaan suun ekstraoraalisen (suun ulkopuolinen) ja intraoraalisen (suun sisäpuolinen) tutkimuksen sekä röntgenkuvista tehtyjen löydösten perusteella. Potilaskortin parodontologiseen statuskaavioon merkitään parodontiumin kliinisen tutkimuksen havainnot indeksitietoineen. Parodontiumin terveydentilaa ja hoidontarvetta mittaavat indeksit ovat VPI (näkyvä plakki), BOP (ienverenvuoto), RC (hammaskivi) sekä hoidon tarvetta määrittävä CPI-indeksi. (Vrt. Paron manuaali 2007.)

Asiakkaan terveystottumuksia, terveyskäyttäytymistä ja terveystarpeita arvioidaan keskustelun, havainnoinnin ja mittaamisen avulla. Potilasta haastatteleamalla ja kuuntelemalla muodostetaan käsitys terveyskäyttäytymistä ohjaavan tiedon ja motivaation tasosta. Potilaan suun puhdistusta havainnoimalla sekä plakkivärjäyksen ja SH-indeksin (suuhygienia) avulla arvioidaan potilaan suuhygieniataitojen tasoa.

Seuraavat käyntikerrat toteutuvat yksilöllisen hoitosuunnitelman mukaisesti edeten anti-infektiivisen hoidon vaiheeseen eli nk. hygieniavaiheeseen, jolloin aloitetaan hampaiden kiinnityskudosten tulehdusta ylläpitävän biofilmin huolellinen poisto mekaanisin menetelmin koneellisesti ultraäänilaitteella sekä parodontologisilla käsi-

instrumenteilla (vrt. Paron manuaali 2007). Hygieniavaiheen keskeisin hoitomenetelmä on terveystarkastelu, jonka avulla potilas motivoituu, aktivoituu ja sitoutuu kotona tapahtuvaan päivittäiseen suunhoitoon. Keskustelussa potilasta informoidaan myös hänen sairaudestaan ja sen etenemisen vaiheesta. Hoidon päättyessä suoritetaan paranemistarkastus, jossa potilas, suuhygienistiopiskelija sekä ohjaukseen osallistuneet opettajat arvioivat hoitoprosessia, terveystavoitteiden saavuttamista ja hoidon tulosta.

Hoitokäynnin kuluessa ja sen jälkeen opiskelijat kirjaavat hoitotiedot manuaalisesti Suunhoidon opetuslinikalle kehitettyyn, hoidon suunnittelua ja toteutusta ohjaavaan potilaskorttiin. Harjoittelupäivän päätteeksi hoitotiedot kirjataan vielä Helsingin terveyskeskuksen käyttämään sähköiseen Effica-potilastietojärjestelmään.

4.2 Parodontologisen hoidon potilas

Suunhoidon opetuslinikalla hoidetaan eri-ikäisiä ihmisiä, joita terveydenhoitopalveluja käyttävinä henkilöinä kutsutaan potilaiksi (Finlex 1992). Parodontologisen hoidon potilaat ovat aikuisia ja tulevat hoitoon Helsingin terveyskeskuksen läheteellä. Opettajat valitsevat opiskelijoille potilaat lähetteen ja potilaan parodontologisten tietojen perusteella siten, että vaativammista parodontologisista hoidoista vastaavat viimeisen vuosikurssin opiskelijat. Potilaiden käyntimääristä kertovan tilaston mukaan, aikuispotilaita hoitavat opiskelijat olivat vuonna 2008 hoitaneet ko. opintojaksoillaan keskimäärin 5 aikuispotilasta / opiskelija. Tilastosta ei ilmene hoidon vaativuusaste. Siitä syystä myös hoitokäyntien määrä vaihtelivat, ollen keskimäärin 3-4 käyntiä potilasta kohden.

Helsingin terveyskeskuksen ja Metropolia Ammattikorkeakoulun välisen sopimuksen mukaisesti suuhygienistiopiskelijan suorittama hoito on potilaalle maksuton. Hoidon maksuttomuus asettaa potilaat taloudellisesti tasa-arvoiseen asemaan hoitoon pääsyn ja toteutuksen suhteen. Sen sijaan n. 1.5 tuntia kestävä hoitoaika saattaa vaikeuttaa työssäkäyvien potilaiden hoidon toteutumista.

5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Tässä tutkimuksessa tuon esiin parodontologisen hoidon potilaiden (n=11) kertomia ajatuksia ja mielipiteitä hänen ja suuhygienistiopiskelijan välisestä vuorovaikutuksesta ja yhteistyöstä yhden hoitajakson ajalta Suunhoidon opetuslinikalla.

Haastattelututkimuksen avulla pyrin kuvaamaan, mitä potilaat kertovat vuorovaikutustilanteissa esiintyvistä keskustelun piirteistä. Tutkimuksessa selvitetään myös, mitä tavoitteita potilaan omalle päivittäiselle suunhoidolle asetetaan ja miten niiden saavuttamista ja oman hoidon edistymistä arvioidaan. Lisäksi kuvaan potilaiden omaa arviota suun terveysosaamisestaan.

Tutkimustehtävät:

1. Mitä potilaat kertovat vuorovaikutuksen piirteistä ja sisällöstä hoitajakson ajalta?
2. Mitä potilaat kertovat omalle suunhoidolleen asetetuista tavoitteista?
3. Mitä potilaat kertovat suun omahoidon arviointimenetelmistä?
4. Millaiseksi potilaat arvioivat suun terveysosaamisensa asteikolla 4-10?

6 TUTKIMUSAINEISTO JA MENETELMÄT

6.1 Aineiston keruu ja kuvaus

Keräsin aineiston teemahaastattelun menetelmällä, jossa oli olennaisinta se, että yksityiskohtaisten kysymysten sijaan haastattelu eteni teemahaastattelurungon avulla. Tämä vapautti haastattelun yksittäisten kysymysten tekemisestä keskustelun muotoiseksi, jolloin sain paremmin esiin haastateltavan ajatuksia, tunteita ja mielipiteitä (vrt. (Hirsjärvi & Hurme 2004). Haastattelutilanteessa pystyin myös olemaan joustava ja huomioimaan haastateltavien potilaiden yksilölliset piirteet ja keskustelunvalmiudet. Suurin osa potilaista kertoi ajatuksistaan avoimesti, vaikkakin muutamat melko lyhyesti, jotka myös tarvitsivat tarkentavia kysymyksiä tai selitystä, mitä kysymyksellä tarkoitettiin.

Haastateltavien potilaiden hankinta osoittautui haasteelliseksi, jopa hieman vaikeaksi, sillä potilaiden parodontologisen hoitojakson tuli päättyä juuri ennen haastatteluvaihetta toukokuussa 2008. Lopulta haastateltavikseni valikoitui yksitoista (n=11) yhden suuhygienistiopiskelijaryhmän potilasta, jotka kaikki olivat käyneet eri opiskelijan hoidossa. Opiskelijoille tiedotettiin tutkimuksesta, joskaan he eivät tieneet tutkimustehtävien tarkkaa sisältöä, sillä tutkimustehtävät muotoutuivat ja tarkentuivat vielä tutkimusprosessin kuluessa. Opiskelijat olivat kuitenkin tietoisia, että tutkimuksen avulla pyrittiin selvittämään sitä miten Suunhoidon opetuslinikalla terveystieteiden keinoilla potilasta motivoidaan parodontologiseen hoitojaksoon sekä itse toteutettuun suun terveydenhoitoon. He kertoivat hoitojakson kuluessa potilaille tutkimuksesta ja tiedustelivat heidän halukkuuttaan haastatteluun. Samalla varattiin myös haastattelu-aika, jota varten opetusklinikan hoituhuoneessa oli ajanvarauskansio ja yhteystietoni. Haastattelutilanteen alkaessa potilas tutustui suostumuslomakkeeseen (liite 1) olleeseen selvitykseen tutkimuksen aiheesta ja tarkoituksesta. Allekirjoittaessaan suostumuslomakkeen hän sai tiedon hyväksytystä tutkimusluvasta sekä tutkimukseen osallistumisen luottamuksellisuudesta.

Pyrin ajoittamaan haastattelut viimeisen hoitokäynnin yhteyteen, jotta tutkimuksesta ei aiheutuisi haastateltaville henkilöille ylimääräistä käyntikertaa. Lisäksi viimeinen

käyntikerta teki potilaalle mahdolliseksi arvioida koko hoitojaksoon liittynyttä neuvontakeskustelua. Yksi haastatelluista halusi kuitenkin tulla haastatteluun hoitojakson päätyttyä erillisellä kerralla, ja yhden haastatellun henkilön hoito jatkui vielä yhden käyntikerran verran haastattelun jälkeen. Hoitojakson pituus vaihteli yhdestä viiteen käyntikertaan. Opetuslinikalla yksi hoitokäynti on aikuispotilaalla aina kestoaltaan n. 1,5 tuntia. Se on potilaalle melko rasittava, ja tästä syystä haastattelu aika rajattiin n. 20 minuutin mittaiseksi. Toteutuneet haastattelut olivat 8 – 22 minuutin mittaiset, jolloin yhden haastattelun kesto oli keskimäärin 15,3 minuuttia. Potilaita hoidetaan 23 hoitoyksikköä käsittävässä salissa, jossa hoitoyksiköt on eristetty toisistaan väliseinillä. Haastattelut tehtiin klinikkasalin erillisessä hoituhuoneessa, millä taattiin rauhallinen ja yksityisyyttä suojaava keskustelu ympäristö. Haastattelutilanteet sujivat ennalta suunnitellusti, eikä häiriöitä ilmennyt. Haastattelut tallennettiin digitaalisella sanelukoneella ja litteroitiin Digital Voice Editor 2 -ohjelman avulla.

Haastateltuja potilaita oli yhteensä 11, joista 9 naista ja 2 miestä. Haastatellut olivat kaikki aikuisia, ja ikä vaihteli 40 ja 83 ikävuoden välillä. Potilaskorttimerkintöihin tutustumalla muodostin käsitystä hoidon suunnittelusta, potilaan suun terveydentilasta, potilaan ilmaisemista päivittäisistä suunhoitotottumuksista sekä päivittäisen suunhoidon toteutumisesta hoitojakson kuluessa. Potilasasiakirjojen perusteella kahdeksalla haastatelluista potilaista kiinnityskudosten sairaudeksi oli diagnosoitu K05.1 eli pitkäaikainen ientulehdus ja kolmella haastatelluista K05.3 eli pitkäaikainen parodontiitti. Kotona tapahtuvasta hoidosta kaikki 10 haastateltavaa olivat ilmoittaneet harjaavansa hampaansa kahdesti vuorokaudessa. Ainoastaan yksi haastatelluista oli kertonut harjaavansa kerran päivässä. Lisäksi yhdeksällä haastatelluista oli joko ajoittaisessa tai säännöllisessä käytössään jokin hammasvälien puhdistusväline. Kuusi haastatelluista potilaista käytti hammasvälien puhdistukseen hammasväliharjaa.

6.2 Aineiston analyysi

Tämän haastatteluaineiston analysointimenetelmänä käytettiin sisällönanalyysiä. Tässä yhteydessä aineistoa ei kuitenkaan lähestytty puhtaasti induktiivisesti eli pe-

kästään aineiston sanelemin ehdoin, vaan aineiston analyysiprosessin apuna käytettiin abduktiivista päättelyä, jolloin analyysi oli jatkuvaa teoreettisten välineiden, aineiston ja alan kirjallisuuden välillä käytävää vuoropuhelua. Tällöin aineistoa kuunneltiin, nostettiin esiin kiinnostavia seikkoja ja tarkasteltiin uudelleen teoreettisen viitekehyksen muodostaman esiyymmärryksen näkökulmasta. Ajatteluprosessissani vaihtelivat aineistolähtöisyys ja valmiit mallit. (vrt. Tuomi & Sarajärvi 2006, Raunio 2003.) Tuomi ja Sarajärvi (2006) puhuvat myös teoriaohjaavasta sisällönanalyysistä, jossa teoreettiset käsitteet tuodaan valmiina, ilmiöstä ”jo tiedettynä”. Tässä tutkimuksessa oli piirteitä abduktiivisesta päättelystä sekä teoriaohjaavasta sisällönanalyysistä.

Sisällönanalyysi on monivaiheinen prosessi, joka alkaa aineistoon tutustumisella, analyysiyksikön valinnalla ja sisältöön perehtymällä. Aineistolähtöinen sisällönanalyysi etenee aineiston pelkistämisen, koodauksen, ryhmittelyn ja luokittelun kautta teoreettisten käsitteiden luomiseen eli abstrahointiin. Sen sijaan teoriaohjaavassa sisällönanalyysissä ero tulee esille siinä, miten abstrahoinnissa empiirinen aineisto liitetään teoreettisiin käsitteisiin. (Elo & Kyngäs 2007, Tuomi & Sarajärvi 2006.)

Tutkittava ilmiö ja tarkempi kysymyksenasettelu määriteltiin tutkimuksen tarkoituksessa ja tutkimustehtävissä. Analyysissa aineistosta pyrittiin tunnistamaan tutkittavaa ilmiötä kuvaavia tekstin osia. Tarkoituksena oli luoda sanallinen ja selkeä kuvaus potilaan ja suuhygienistiopiskelijan välisestä vuorovaikutuksesta ja yhteistyöstä. (Graneheim & Lundman 2004, Kylmä & Juvakka 2007, Tuomi & Sarajärvi 2006.) Haastattelutilanteessa ensimmäisen tutkimustehtävän kohdalla korvasin sanan keskustelu vuorovaikutuksella, sillä mielestäni keskustelu oli terminä liian johdatteleva. Vuorovaikutus sanana sen sijaan viittaa yleisemmin puheviestintään, jossa osapuolet lähettävät sanallisia sekä sanattomia viestejä ja tulkitsevat niitä sen hetkisen tilanteen mukaan (Kielijelppi 2008).

Graneheim ja Lundman (2004) ehdottavat analyysin kohteeksi kokonaista haastattelua tai havainnointiaineistoa (Graneheim & Lundman 2004, Elo & Kyngäs 2008). Tässä tutkimuksessa analyysin kohteena oli auki kirjoitettu haastatteluaineisto, jota litteroituna tekstinä oli 13 sivua rivinvälillä 1.5 ja molemmat reunat tasattuina. Ennen varsinaisen analyysin aloittamista määritettiin analyysiyksikkö, jonka määrittämistä

ohjasi tutkimustehtävä ja aineiston laatu. Tuomen ja Sarajärven mukaan (2006) analyysiyksikkönä voi olla esimerkiksi henkilö, ohjelma, organisaatio, puheessa lause tai yksittäinen sana. Tässä tutkimuksessa analyysiyksikkönä olivat yhdentoista haastateltavan lausumat, jotka kirjoitetussa muodossaan vaihtelivat teemakohtaisesti yhdestä sanasta muutamien sanojen pituisiksi. Nauhoitetut puheet olivat kestoajaltaan vaihtelevia, ja kirjoitetussa muodossaan tekstin pituus vaihteli kahdesta ja puolesta sivusta puoleen sivuun. Teksteistä oli tällöin poistettu haastattelijan tekemät kysymykset ja mukana oli ainoastaan haastateltavien kertomaa. Haastattelut litteroitiin haastattelupäivänä.

Analyysissä noudatin aineistolähtöisen sisällönanalyysin vaiheita (Tuomi & Sarajärvi 2006, Elo & Kyngäs 2008). Luin kirjoitetut haastattelut useaan kertaan ja perehdyin sisältöön. Analyysin ensimmäisessä vaiheessa pelkistin aineiston siten, että aineistosta karsiutui tutkimukselle epäolennainen pois ja informaatio tiivistyi. Tutkimustehtävien kannalta epäolennaisia olivat mm. yhden potilaan kohdalla silmäsairauteen liittyvät lauseet ja toisen potilaan kohdalla kohonneen verenpaineen syihin liittyvät maininnat. Kävin ”keskustelua” aineiston kanssa ja hain vastauksia tutkimustehtävien mukaisiin kysymyksiin, jotta löytäisin jokaisen haastatellun henkilön (H1-H11) kertomuksesta tutkimustehtäviä olennaisimmin kuvaavat sanat. Sanat koodattiin värein siten, että kutakin tutkimustehtävää kuvaavat sanat erottuivat tekstistä (liite 2). Seuraavassa vaiheessa ryhmittelin aineiston värikoodien avulla tutkimustehtävien mukaisiksi sisältöalueiksi. (Tuomi & Sarajärvi 2006, Hsieh & Shannon 2005, Elo & Kyngäs 2008).

Analyysin seuraavassa vaiheessa luokittelin analyysiyksiköt niiden samankaltaisuuden mukaan (liitteet 3-5). Luokitteluyksikkönä toimivat potilaiden lausumat sanat keskustelun piirteistä ja sisällöstä sekä omalle hoidolle asetetuista tavoitteista ja oman hoidon arvioinnista. Nimesin luokat tutkimustehtäväkohtaisesti niiden sisältöä kuvaavin sanoin. (Vrt. Tuomi & Sarajärvi 2006.) Ensimmäisen tutkimustehtävän, eli keskusteluun liittyvän aineistoa, käsittelin ensimmäisessä vaiheessa siten, että poimin aineistosta kutakin keskustelun muotoa sellaisenaan ilmentäviä, tai sitä kuvaavia sanoja. Tiedotus- neuvonta- ja ohjauskeskustelun piirteitä kuvaavien luokkien lisäksi muodostui ylimääräinen luokka, jossa potilaat käyttivät vuorovaikutuksesta sanoja keskustelu, vuorovaikutus, kertaaminen ja tsemppaus. (Liite 3). Seuraavassa

vaiheessa tulkituin luokkia teoriaohjaavasti siten, että peilasin tutkimusaineistoa kirjallisuudesta ja aiemmista tutkimuksista muodostettuun analyysirunkoon (vrt. Tuomi & Sarajärvi 2006), jossa keskustelun muotoja tarkastellaan suhteessa keskustelun tavoitteeseen, tehtävään, tietoon, hoitajan rooliin, vuorovaikutukseen ja keskustelun välineisiin (Taulukko 1, s.10).

Tiedostuskeskustelun muodot erottuivat selkeimmin omaksi ryhmäkseen, sen sijaan neuvonta- ja ohjauskeskustelua oli vaikeampi erottaa toisistaan, sillä niissä on sisällöllisesti paljon samankaltaisuutta. Vaikka ohjaus sanaa käytettiin useita kertoja, ainoaksi selkeästi erottava tekijä ilmeni tässä aineistossa keskustelun tehtävässä, joka ohjauskeskustelussa painottuu potilaan itsearviointiin kehittymiseen. Jatkoin analyysiä kvantifioimalla aineistoa (vrt. Tuomi & Sarajärvi 2009), jolloin aineistosta laskettiin, kuinka monta kertaa samat sanat tai samaa tarkoittavat sanat vuorovaikutuksen piirteistä esiintyivät haastateltavien kertomuksissa. Samalla kirjasin ketkä haastatelluista (H1-H11) olivat näin sanoneet (Liite 3). Oli mielenkiintoista havaita keskustelun piirteiden painottuminen ja jakautuminen haastateltavien kesken.

Tutkimustehtävien 2-4 kohdalla kävin tarkasti läpi aineistosta koodatut alkuperäisilmaukset ja etsin aineistosta tutkimustehtäviä kuvaavia samankaltaisia ja toisistaan eroavia sanoja. Pelkistin alkuperäisilmaukset, ryhmittelin tutkittavaa ilmiötä kuvaavat samankaltaisuudet ja yhdistin ne luokiksi. Ryhmittelyssä ja luokittelussa aineisto tiivistyi ja muodostui alustava kuvaus potilaan omalle hoidolle asetetuista tavoitteista ja siitä millä keinoin potilaan omaa hoitoa oli arvioitu. (Vrt. Tuomi & Sarajärvi 2006, Elo & Kyngäs 2008.)

Tutkimustehtävien 2 ja 3 kohdalla nimesin luokat tutkimustehtäviä, eli oman hoidon tavoitteita ja arviointia, kuvaavilla sanoilla. Tutkimustehtävään 2 liittyviä oman hoidon tavoitteita kuvaavasta aineistosta muodostui kolme varsinaista pääluokkaa, joista ilmeni tavoitteiden olevan joko konkreettisia omaan toimintaan tai sairauden kulkuun liittyviä tavoitteita, tai abstrakteja ilmaisuja ilman konkreettista kuvausta. Neljännen luokan muodosti kolmen potilaan ilmaisut, joista ilmeni, että tavoitteita ei ollut lainkaan. Luokittelua helpotti se, että alkuperäisilmauksia oman hoidon tavoitteista oli ainoastaan kymmenen potilaan lausumina sanoina yhteensä 17 virkkeessä. Luokittelu on kuvattu Liitteessä 4.

Potilaan oman hoidon arviointia kuvaava aineisto oli huomattavasti laajempi kuin edellä mainittu, sillä jokainen haastateltu kertoi arvioinnista 1 - 10 virkkeessä. Kokonaiset virkkeet tai virkkeen osat kirjattiin Excel-työkirjaan ja pelkistettiin arviointimenetelmää tai arviointitapaa ilmentäviksi sanoiksi (2 - 5 sanaa). Pelkistetyistä ilmauksista muodostettiin alaluokkia, joista lopuksi muodostettiin kolme potilaan oman hoidon arviointia kuvaavaa yläluokkaa itsearviointi, yhteinen arviointi ja ulkopuolinen arviointi. (Vrt. Tuomi & Sarajärvi 2006.) Taulukossa 6 on esimerkki luokitteluprosessista, jossa potilaiden alkuperäisilmauksia oman hoidon arvioinnista on ensin pelkistetty. Pelkistetyistä ilmauksista muodostin niiden samankaltaisuuden perusteella oman hoidon arviointia kuvaavia alaluokkia, joita yhdistäväksi käsitteeksi eli yläluokaksi tässä muodostui itsearviointi. Pääluokka sai nimen oman hoidon itsearviointi. Luokittelu on kuvattu liitteessä 5.

Taulukko 6. Esimerkki hoidon arvioinnin luokittelusta

PELKISTETYT ILMAUKSET	ALALUOKKA	YLÄLUOKKA
TIETÄÄ ITSE MITÄ PITÄÄ TEHDÄ (H1,H11)	POTILAS ITSE TIETÄÄ	ITSEARVIOINTI
TARKKAILEE OIREITA (H1, H4) TEKEE HAVAINTOJA (H5)	POTILAS ITSE TARKKAILEE	
ARVIOI TAITOJAAN (H8,H11) ARVIOI ONNISTUMISTAAN (H1, H11)	POTILAS ITSE ARVIOI	

Viimeisen eli neljännen tutkimustehtävän mukaista omaa suun terveysosaamistaan arvioi kymmenen yhdestätoista haastatellusta ja yhdeksän heistä antoi itselleen siitä kouluarvosanan (Liite 6).

7 TULOKSET

Tuloksissa kuvaan, millaisia keskustelun muotoja ja sisältöjä parodontologisen hoidon potilaan ja suuhygienistiopiskelijan välillä potilaiden kertomana ilmeni sekä mitä ja millaisia tavoitteita potilaan omalle hoidolle asetettiin ja millä keinoin potilaan omaa hoitoa eli tavoitteiden saavuttamista arvioitiin. Lopuksi esitän potilaiden oman arvion suun terveysosaamisestaan. Tulosten esittämisessä olen käyttänyt suoria lainauksia aineistosta.

7.1 Vuorovaikutuksen piirteet

Vuorovaikutus sai toteutuessaan piirteitä kaikista keskustelun muodoista. Tyypillistä oli, että potilailla oli kokemuksia useasta keskustelun muodosta hoitojakson ja jopa yhden hoitokäynnin ajalta. Vuorovaikutus ilmeni erilaisina ilmauksina yhteensä 28 kertaa. (Taulukko 7).

Taulukko 7. Vuorovaikutuksen piirteiden ilmeneminen potilaiden vastauksissa (vrt. Poskiparta 1997, Kääriäinen & Kyngäs 2005, Onnismaa 2007).

Keskustelun muodot	TIEDOTUSKESKUSTELU	NEUVONTAKESKUSTELU	OHJAUSKESKUSTELU
Esiintymiskerrat aineistossa Maininnan antaneet potilaat (H1-11)	14 kertaa H1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11	8 kertaa H5, 8, 9, 10, 11	6 kertaa H1, 3, 4, 6, 8

Huolimatta siitä, että keskustelussa esiintyi tiedotuskeskustelun piirteitä, jolloin vuorovaikutus on yleensä yksisuuntaista, keskustelun muodoissa korostui vuorovaikutuksen dialogimaisuus. Se ilmeni kaksisuuntaiselle vuorovaikutukselle ominaisten keskusteluvälineiden kuvauksina haastateltavien kertomuksissa (Taulukko 8). Lähes kaikki haastateltavat kuvasivat keskustelun välineitä eli kohtelua, ymmärtämistä, tukemista ja yhteistyötä joillain sanoilla, ainoastaan haastateltava H7, joka kuvasi keskustelua ainoastaan tiedotuskeskusteluna, ei maininnut asiasta. Yleisimmin sanat kuvasivat hyvää oloa, yhteisymmärrystä, kokemusta tai tunnelmaa, ja yksi

potilaista kertoi saaneensa ystävällistä palvelua. Myös opiskelijan henkilökohtaisia ominaisuuksia, kuten iloisuutta, empaattisuutta, tasapuolisuutta ja ihanuutta, tuotiin esiin kuvailtaessa keskustelutilannetta.

Taulukko 8. Keskustelun välineiden ilmeneminen potilaan ja suuhygienistiopiskelijan välisessä vuorovaikutuksessa (vrt. Kääriäinen & Kyngäs 2005a).

KESKUSTELUN VÄLINEET	ILMENEMINEN VUOROVAIKUTUKSESSA
KOHTELU, YMMÄRTÄMINEN, TUKEMINEN JA YHTEISTYÖ	<ul style="list-style-type: none"> • luottavainen ja todella hyvä olo (H1) • positiivinen tunnelma (H2) • positiivinen kuva (H3) • positiivinen kokemus, hyvä tunnelma, oli hyvin aktiivinen ja kyseli tilanteestani, hän todella otti tosissaan (H4) • jäi hyvä kokemus tästä ja opiskelijasta. Hän oli sellainen iloinen (H5) • Opiskelija oli empaattinen ja tasapuolinen ja ihana henkilönäkin (H6) • Oltiin samaa mieltä ja oli suuri luottamus (H8) • kauhean ystävällistä palvelua ja elämäntilanteeni otettiin hyvin huomioon (H9) • positiivinen kokemus (H10) • Opiskelija oli niin ihana, persoonana kolahti, on ollut hyvä yhteistyö (H11)

Kolme potilasta toi esiin, että heidän senhetkinen muuttunut elämäntilanteensa otettiin myös huomioon hoitotilanteessa.

Mulla on sellainen silmänpohjan sairaus ja mulla on ollut sellainen huono näkö koko elämäni tai se on huonontunut. Tämä opiskelija oli hyvin aktiivinen ja hän kyseli siitä asiasta ja ilmoitti, että ei pitäisi olla vaaraa. (H4)

Kyllä piti ottaa huomioon sekin kun on se lonkkaproteesi niin täytyi ottaa antibioottikuuri. Sekin huomioitiin. Kyllä myös huomioitiin kaikki tämä minun jaksaminenkin. (H6)

Ja mun elämäntilanne otettiin kanssa hyvin huomioon kun mä olen tässä just kaksi kuukautta sitten synnyttänyt vauvan ja mulla on nyt vauva kotona odottamassa. (H9)

Potilaat kuvasivat keskusteluja antoisiksi ja tunnelmaltaan vapaiksi ja leppoisiksi.

Tunnelma on ollut koko ajan hyvä ja olemme keskustelleet hyvin vapaasti asioista että siinä ei ole kyllä moittimista. (H4)

Nämä ovat olleet kovin antoisat nämä keskustelut ja ihan asialliset kyllä mutta ei mulla mitään jännittämistä ollut, hyvin leppoisaa on ollut. Olemme voineet keskustella aivan vapaasti. (H6)

7.1.1 Vuorovaikutus tiedotuskeskusteluna

Tiedottaminen tai tiedotus ei sanana ilmennyt haastatteluaineistossa kertaakaan eli potilaat eivät puhuneet tiedottamisesta. Sen sijaan tiedotuskeskustelun piirteet ilmenivät yhteensä 14 kertaa lauseissa erilaisina sanoina ohjeiden, uuden tiedon ja vinkkien antamisesta tai vastaanottamisesta sekä toimenpiteen kulun selvittämisestä. Tiedotuskeskustelussa potilaalle annettiin hänen tarvitsemiaan tietoja, jotka koostuivat päivittäiseen suunhoitoon tarvittavista perustiedoista ja uusista hoitovinkeistä. Potilaat saivat kysymyksiinsä vastauksia ja olivat tiedon vastaanottajia.

Oon saanu aina vastauksia kun olen kysyny, ja kaikesta mä oon saanu hyvät tiedot. (H1)

Kyllä mä nyt tiedän perusasiat mitä pitää tehdä kun putsaa hampaita. (H2)

Kyllähän sitä on saanut lisää tietoa. (H6)

No tästä on ollu siis hyötyä niinku arkijutussa paljo sellasia vinkkejä millä voi itse paremmin hoitaa hampaita. Sain paljon tietoa, mutta sain myös kysyä. (H9)

Kysymyksiin sain tyydyttävän vastauksen. (H11)

Oman hoidon sisällöt tulivat korostuneesti esiin, kun keskustelu oli tiedottavaa. Yleisimmin oli informoitu päivittäisen suuhygienian hoitoon liittyvistä välineistä, menetelmistä ja uusimmista hoitoaineista. Suuhygieniaan liittyvistä välineistä potilaat mainitsivat mm. hammastikkujen, sähköhammasharjan ja hammaslangan käytön. Suuhygieniavalmisteista mainittiin parodontaalisairauksien hoitoon suunnattu suuvesi sekä apteekkimyynnissä oleva valkaiseva hammastahna. Suuhygienian hoitoon liittyi uutena tietona yhden potilaan kohdalla kielen puhdistus. Yksi potilas mainitsi, ettei ollut saanut mitään erityistä uutta tietoa.

Suositteltiin sellaista valkaisevaa tahnaa joka on kans apteekkituote, käytetäänki vaan kerran viikossa noihin tummentumiin jos sattuu tuleen ja tuleekin. (H1)

Yks asia oli sellanen mitä mä en oo käyttäny oli tää suuvesi. (H3)

Ei ole mitään erikoista uutta. No jotain tarkempaa hammasvälien puhdistuksesta ehkä. (H4)

Mutta siitä tikuttamisesta kun sitä suositeltiin, niin se käytiin oikein tarkkaan läpi.” (H5)

Suositteli että otetaan käyttöön toi uusi Oral B sähköharja ja hammaslangan useampi käyttö. (H7)

Olen saanut uusia vinkkejä miten hoidan hampaita, missä jaksoissa ja millaisilla välineillä. Sähköhammasharjan käyttöä katsottiin. Tiedoissakin tuli parannusta esim. toi kielen puhdistus. (H8)

Tiedottamista oli myös parodontologisen anti-infektiivisen hoidon kliinisen työn kuvaus. Potilaan ymmärrys sairaudesta ja sen hoidosta lisääntyi, kun kliinisiä toimenpiteitä suoritettaessa selitettiin tarkalleen työvälineet ja työvaiheet.

Mä en oo aina ymmärtäny kun ne on puhunu ammattikieltä. Nyt hän selitti mulle mitä hän tekee siis toimenpide kerrallaan hän kävi läpi ja selitti ja mä sanoin et tää onkin hyvä kun ei aina itse tiedä. (H1)

Hirmusen hyvin tää opiskelija on kertonu et mitä hän tekee mikä on mun mielestä tosi tärkeitä koska kysehän on mun suustani. (H3)

Hän aina sanoi että nyt mä teen sitä ja nyt tätä. Nyt saa suun laittaa kiinni ja nielais-ta. Tiesi mitä tuleman pitää. (H6)

7.1.2 Vuorovaikutus neuvontakeskusteluna

Neuvontakeskustelun piirteet tulivat selkeimmin esiin, kun potilaat käyttivät keskustelun yhteydessä sanaa neuvo tai neuvonta, jolloin opiskelija neuvoi potilaalle sopivan toimintatavan suun terveyden ylläpitämiseksi. Neuvonta koettiin henkilökohtaiseksi ja se liittyi neuvojen antamiseen siten, että potilas oppi arvioimaan myös perheen muiden jäsenten hampaiston terveydentilaa. Neuvonta liittyi myös suunhoitotuotteisiin ja niiden käyttöön.

Mulle jäi hirveen hyvä tunnelma tästä hoidosta kauhean ystävällistä palvelua ja paljon sai sellaista ihan henkilökohtaista neuvontaa mitä ei aikaisemmin ole välttämättä saanu niin paljon. (H9)

Mä kyllä tiedän mitä pitäis tehdä, mul on jo tietoa. Opiskelija vaan niinku neuvo et mitkä on hyviä tuotteita ja sillä tavoin (H10)

Neuvonnalle on tyypillistä asiantuntijuuteen perustuva, luotettava tieto. Neuvontakeskustelua edustaa myös se, että hoitaja kuuntelee ja reagoi kuulemaansa. Kuuntelemalla hän varmistaa sen, että potilas on tulkinnut ohjeet oikein.

Hän kuunteli ja reagoi koko ajan. (H7)

Keskustelu oli vastavuoroista ja koko ajan oli suuri luottamus. Ja minua on kyllä myös kuunneltu. (H8)

Vuorovaikutus oli luontevaa ja ystävällistä, asiantuntevaa niin että mä pystyin luottamaan. (H9)

Vuorovaikutus oli oikeen hyvä ja minua kuunneltiin. (H10)

Neuvontakeskustelun erottaminen ohjauskeskustelusta oli vaikeaa, mutta erottavaksi tekijäksi muodostui keskustelun tehtävä (Taulukko 1, S.10), jonka mukaan neuvontakeskustelun tehtävä on se, että potilas saa keskustelussa neuvoja ja ohjausta suun terveyttä edistävän toiminnan harjoitteluun. Potilaat yhdistivät ohjauksen omaan hoitoon liittyvän toiminnan ohjaamiseen, toiminnasta muistuttamiseen Toiminnalla pyrittiin vahvistamaan ohjattavan jo olemassa olevaa terveystoimintaa, ja kertaamisen todettiin tukevan muistamista ja edistävän huolellisuutta toiminnassa. Neuvonta koettiin myös kädestä pitäen toteutuviksi toimintaa ja harjoittelua ohjauksiksi.

Ei mulla ole mitään kielteistä hänestä sanottavana, siis hänen ohjauksestaan. Mä olen hyvin tyytyväinen, nää nyt kerrattiin nää vanhat asiat kun on käyty moneen kertaan, mut must se on aivan hyvä kerratakin, sillä myönnän itsekkin että joskus tahtoo välillä unohtaa tai tahallisestikin olla pikkusen huolimaton. (H1)

Kädestä pitäen on neuvottu ja mä oon demonstroinut miten mä teen sen. (H11)

Tietoa tulee mediasta mut se ei ole riittävä, se on sellaista yleistä informaatiota, pitää olla vielä tätä henkilökohtaista ohjaamistakin. Se tehdään niikuin omalle suulle, se on niin kuin räätälöityä. Se oli todella sitä. Ohjaus on ollut pätevää, ohjaavaa ja asiantuntevaa. (H8)

Neuvontakeskustelussa ohjaus koettiin henkilökohtaisesti räätälöidyksi ja ohjauksen lähtökohtana olivat yksilölliset suun terveystarpeet ja toimintamallit. Ohjauskeskustelu tarjosi potilaalle yleistä informaatiota yksilöidympiä toimintamalleja. Luonteeltaan keskustelu oli ollut potilasta aktivoivaa ja kannustavaa.

7.1.3 Vuorovaikutus ohjauskeskusteluna

Vaikka potilaat käyttivät ohjaus sanaa viisi kertaa, varsinaiseksi ohjauskeskusteluksi tulkitsin keskustelun silloin, kun potilaat kertoivat sen liittyvän hänen itsearviointitaitoihinsa. Yhtä potilasta oli tsemppaamisen (englanniksi encourage) avulla innostettu ja kannustettu suun puhdistamiseen, jolloin potilaan oma mielenkiinto oli herännyt myös oman toiminnan arviointiin. Myös kertaamisen todettiin tukevan potilasta itsearvioinnissa ja lisäävän motivaatiota toimintaan.

Täällä on tsemppattu puhdistamiseen, niin itsekin nyt enemmän miettii ja arvioi onko tehny oikein. Hammaslangan ja hammasväliharjan käyttö on ollut tuttua, et näitä niinku kerrattiin, ja varmaan se lisäs motivaatioo kyllä, se asioiden kertaaminen ja kun tuli itelle hyvä fiilis et viitsi mähän oonki tehny jo tällä tavalla. (H3)

Yksi potilaista ei puhunut mitään keskustelusta, vaan koki viimeisen käyntijakson palkitsevaksi, sillä pelkästään käyntimäärien vähyyks (3 käyntikertaa) oli merkinä siitä, että potilaan omahoito oli ollut onnistunutta. Potilas koki pystyvänsä arvioimaan omaa osaamistaan. Samalla potilaalla oli myös hyviä kokemuksia keskustelun välineistä.

Kyllä tänne on ollut kiva tulla ja varsinkin tän viimeisen kerran kanssa kun tuli pelkkä alutarkastus ja käynti ja sitten lopputarkastus ja mä mietin et jippii nyt mä oon onnistunut! Kyllä mä osaan nyt toima ihan oikein, mut itse en pysty vielä diagnosoimaan. Opiskelija oli niin ihana, persoonana kolahti, on ollut hyvä yhteistyö (H11)
(H11)

7.2 Suun omahoidolle asetetut tavoitteet

Potilaiden oli selvästi vaikeaa kuvailla omahoidolleen asetettuja tavoitteita. Asiat tuntuivat tutuilta, ja tietoa sekä osaamista omasta mielestä oli ennestään. Tavoitteita kuvattiin useimmin konkreettisten käsitteiden avulla kuten omaan toimintaan tai sairauden kulkuun liittyvästi. Neljä potilasta kuvasi tavoitteita omaan toimintaan liittyvästi. Tavoitteet kuvasivat oman toiminnan määrän ja laadun lisäämistä sekä uuden puhdistusvälineen käyttöönottoa tai sen käytön lisäämistä. Yksi heistä ilmaisi tavoitteen toiveeksi, että oman toiminnan avulla pystyy ehkäisemään sairauden.

Se oli mun tavoitteena et mä teen omakohtaisesti niin paljon kun vaan pystyn, ja osaan. (H1)

Tuli tavoitteita, myös toi hammaslääkäriopettajakin suositteli, että otetaan käyttöön toi uusi Oral B sähköharja. Ja sitten myös toi hammaslangan vähän useammin käyttö. (H7)

Ja sitten lopussa me mietittiin että mitäs tavoitteita me nyt tähän laitettais niin mä sanoin että laitetaan että mä alkaisin pesemään hampaat myös iltaisin. (H11)

Tavoitteita ilmaistiin myös toivomuksina sairauden kulkua pysäyttävästi toimenpiteistä tai sairautta ehkäisevistä tekijöistä. Ne lisäsivät potilaan turvallisuuden tunnetta.

Mun tavoite oli just lähinnä se et kun mulla on tää prosessi kesken, ettei tapahdu mitään takapakkia. Mä oon nyt turvallisin mielin. (H1)

Joo kyllä sain esittää toivomuksia. No just siihen että ne hammasvälit tulee hyvin putsattua, ettei sitä kariesta sitten pääse syntymään. (H2)

Ei mulla oikeen mitään toiveita ollut kun tuo hammaskiven poisto ja se tarkistus (H4)

No tavoitteena oli kyllä saada hammaskivi pois. (H5)

Tavoitteet koettiin myös abstrakteina odotusten täyttymisinä ja käsityksinä. Tavoitteita ei kirjattu vaan ilmaistiin ainoastaan sanallisesti ja ne olivat käsityksiä, jotka auttoivat hahmottamaan, mihin toiminnalla pyrittiin.

No minä en oikein tiedä kun se meni niin luonnollisesti. Kyllä kaikki odotukset täytyivät, kyllä minä olen niin hyvilläni ja onnellinen. (H6)

Niitä tavoitteita oli enemmän niin kuin verbaalisesti ei mitään kirjoitettu. Eikä katsottu tarpeelliseksikaan. Mä pystyin sen tiedon hallitsemaan minkä vastaanotin. (H8)

Joo, sain ihan hyvät käsitykset, ne selkeytyi ihan hyvin että mihin pyrittiin ja tähdättiin. (H9)

Kahdella potilaalla ei ollut omalle hoidolleen minkäänlaisia tavoitteita.

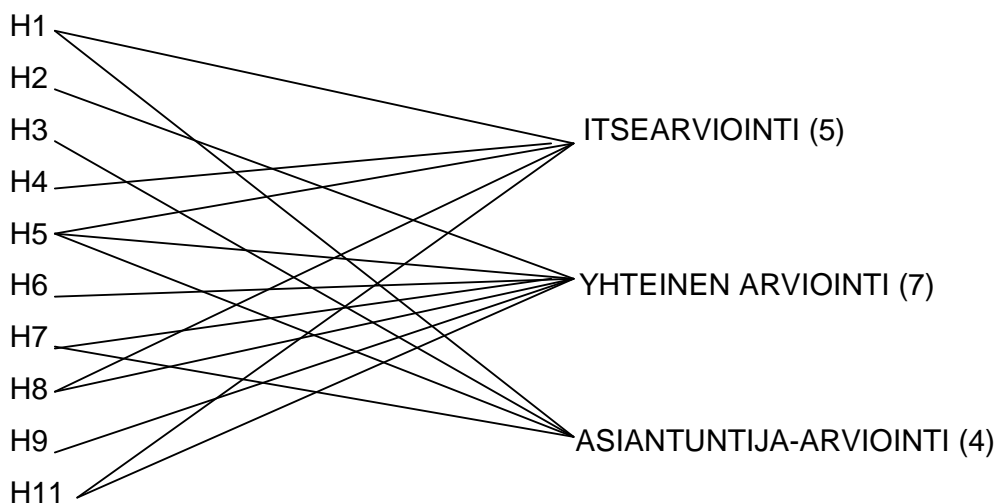
Ei varsinaisesti tavoitteita koska se osaaminen oli mulla jo käytännössä. (H3)

7.3 Suun omahoidon arviointimenetelmät

Yhdestätoista haastatellusta potilaasta kymmenen kertoi oman toimintansa arvioinnista. Ainoastaan yksi potilas oli sitä mieltä, ettei omaa hoitoa arvioitu millään tavoin.

Ei oikeestaan arvioitu, ei laitettu punaista väriainetta. (H10)

Potilaan toteuttaman päivittäisen suun omahoidon arviointi oli toteutunut joko itsearviointina, yhteisenä arviointina suuhygienistiopiskelijan kanssa tai ulkopuolisena eli opiskelijan ja opettajan suorittamana arviointina (Kuva 4).



Kuva 4. Haastateltavien ilmaisemat omahoidon arviointitavat.

Seitsemän haastatelluista potilaasta kertoi arvioinnin toteutuneen yhdessä ja viisi haastatelluista kertoi sen olleen itsearviointia. Neljä haastatelluista potilasta kertoi arvioinnin olleen ulkopuolisen suorittamaa, ja näistäkin ainoastaan yhdellä potilaalla oli kokemus pelkästään ulkopuolisen suorittamasta arvioinnista. Kolmella muulla oli kokemusta myös muista arvioinnin toteutumisen muodoista.

Viisi potilasta ilmaisi arviointitoiminnassa itsearviointiin liittyviä piirteitä, kuten oma-toimista havaintojen tekoa ja oireiden tarkkailua. Itsearviointiin liittyvät taidot ilmeni-vät tietoina siitä, mitä pitää tehdä, ja mihin kohdentaa huomiota oman suun terveyttä tarkkailtaessa. (Taulukko 10).

Taulukko 10. Suun omahoidon itsearviointi.

SUUN OMAHOIDON ITSEARVIOINTI		
TIETÄÄ ITSE MITÄ PITÄÄ TEHDÄ (H1,H11)	POTILAS ITSE TIETÄÄ	ITSEARVIOINTI Ilmaisivat haastateltavat: H1, H4, H5, H8, H11
TARKKAILEE OIREITA (H1, H4) TEKEE HAVAINTOJA (H5)	POTILAS ITSE TARKKAILEE	
ARVIOI TAITOJAAN (H8,H11) ARVIOI ONNISTUMISTAAN (H1, H11)	POTILAS ITSE ARVIOI	

Itsearviointiin liitettiin tieto perusasioista, jotka liittyvät suun päivittäiseen puhdistamiseen. Myös itse havaitut muutokset suun terveydessä ohjasivat potilaan hakeutumiseen hoitoon.

Kyllä mä nyt tiedän perusasiat mitä pitää tehdä kun putsaa hampaita. Mä oon saanu itse seurata et jos ikenissä tapahtuu, kyllä se näkyy jos rupee verta vuotamaan. Et niinku jos rupee sillai oireilemaan niin kyllä mä sit tiedän miten mä toimin ja yritän. (H1)

Jos vihloimista tuntuu, mä heti alan tarkkailla sitä ja sitten minä tilaan ajan tarkastukseen. Jos heiluu joku niin että sen huomaa ja tuntee niin kyllä minä silloin pyrin tarkistuttamaan. (H4)

Itsearviointi liittyi myös puhdistustuloksen arviointiin, jolloin potilas oli mm. huomannut bakteeripeitteiden olevan merkki oman hoidon riittämättömyydestä. Itsearviointia oli myös kuvaus onnistumisen kokemuksista omassa hoidossa. Itsearviointi ilmeni myös käyntikertojen lukumäärien vertailuna aiempien hoitajaksojen käyntimääriin, sillä käynnit Suunhoidon opetuslinikalla vaihtelevat kolmesta kuuteen käyntikertaan. Käyntikertojen lukumäärä kuvastaa potilaan hoidon tarvetta ja vaikeusastetta. Näin ollen kolmen käyntikerran hoitajakso kertoo potilaan parantuneesta suun terveydestä ja vähäisestä hoidon tarpeesta.

Mä oon jonkun verran itse onnistunu siinä hoidossa. (H1)

Sitä näkee hampaista kun se väli on niin pitkä että jos niitä ei hoida niin hampaathan on ihan töhnässä. (H5)

Kyllä tänne on ollut kiva tulla ja varsinkin tän viimeisen kerran kanssa kun tuli pelkkä alkutarkastus ja käynti ja sitten lopputarkastus ja mä mietin et jippiinyt mä oon onnistunut. Kyllä mä osaan nyt toimia ihan oikein, vaikka itse en pysty vielä diagnosimaan. (H11)

Taidotkin ovat nousseet ihan uudelle tasolle. (H8)

Seitsemän potilasta kertoi yhdessä toteutuneesta arvioinnista (Taulukko 11).

Taulukko 11. Suun omahoidon yhteinen arviointi.

SUUN OMAHOIDON YHTEINEN ARVIOINTI		
OMAN TOIMINNAN DEMONSTRAATIO (H2, H11)	YHDESSÄ HAVAINNOINTI	YHTEINEN ARVIOINTI Ilmaisivat haastateltavat H2, H5, H6, H7, H8, H9, H11
OIREISTA KESKUSTELEMINEN (H5) ARVIOINTIA KESKUSTELEMALLA (H5, H7)	KESKUSTELEMINEN	
OIREIDEN TARKASTELU DOKUMENTEISTA (H9, H11)	YHDESSÄ TARKASTELU	
VÄRJÄÄMISTÄ KÄYTETTIIN JA KATSOTTIIN (H6, H8, H11)	YHDESSÄ TUTKIMINEN	

Potilaat kuvailivat yhteistä arviointia mm. oman demonstraation avulla tapahtuvaksi, jolloin potilas näyttää, kuinka hän harjaa ja käyttää muita suunhoitovälineitään. Sil-

lolin suuhygienistiopiskelija voi tehdä havaintoja puhdistustekniikasta ja arvioida suositeltujen menetelmien toimivuutta ja sitä, onko potilas tulkinnut ohjauksen oikein.

Ei kyllä kädestä pitäen näytetty mutta tuli selväksi että miten mä tein sen, minä niin kuin näytin. (H2)

Myös sairauden oireita seuraamalla ja keskustelemalla on arvioitu potilaan oman hoidon toteutumista ja tasoa. Sekä potilaan suussa ilmenevät oireet että potilaskorttiin merkityt statusmerkinnät ja indeksitiedot ovat olleet yhteisen arvioinnin välineinä.

Mulla pikkuisen vuosi ikenestä verta niin sitä on seurattu, ja siitä on puhuttu. Enemmän keskustelupohjalla. Mut ei mun tarvinnut näyttää miten mä teen ja harjaan mä niinku kerroin et mitä mä teen. (H5)

Mun mielestä opiskelija huomasi itse siinä keskustelun kuluessa että mä oon tietoinen tästä. (H7)

Ei mun tarvinnut näyttää kun se arviointi tapahtui enemmän keskustelemalla. (H8)

Joo, kyllä niitä arvioitiin kun alkuun niitä laitettiin paperille ja sitten lopussa kun oikein näki mitä oli tapahtunut. niinku muutoksia niissä taulukoissa. (H9)

Ainoastaan kolmella potilaalla (H6, H8, H11) oli käytetty plakkivärjäystä oman hoidon arvioinnissa.

Joo kyllä mulle tehtiin näitä värjäyksiä. Olen tuonut hammasharjani tänne ja näyttänyt miten mä harjaan. Mä oon demonstroinut miten mä teen sen. (H11)

Useimmilla potilailla ei ollut kokemusta arviointivälineenä käytettävästä plakkivärjäyksestä (H1, H2, H3, H4, 45, H7, H9, H10)

Ei meillä ollu mitään puhetta väritableteista sitä ei tullu esille, ei mulle ole sellaista värjäystä täällä tehty. (H1)

Ei ollut mitään värjäystä. Ei opiskelija oikein sillä tavalla katsonut kun mä harjasin. (H9)

Viidellä potilaalla oli kokemus ulkopuolisen eli asiantuntijan tekemästä arvioinnista, jolloin arviointia oli tehty kysymällä suuhygienistiopiskelijalta, tai potilaalle oli tehty arvioivia kysymyksiä (taulukko 12).

Taulukko 12. Suun omahoidon ulkopuolinen arviointi.

SUUN OMAHOIDON ULKOPUOLINEN ARVIOINTI		
KYSYI OPISKELIJALTA (H1) OPISKELIJA KYSYI (H5) PALAUTE OPISKELIJALTA (H3)	OPISKELIJA VASTAA	ULKOPUOLINEN ARVIOINTI Ilmaisivat haastateltavat H1, H3, H5, H7
KONTROLLOINTI (H1, H11) KARTOITUS JA KATSOMINEN (H3)	OPISKELIJA SUORITTA TAA	
OPETTAJAN PALAUTE(H7)	OPETTAJA ARVIOI	

Sen verran et mitä mä oon kysynyt et riittääkö kun mä käytän hammastikkuja ja väliharjoja. (H1)

On kysytty joka kerta et oletko jo ostanut niitä tarvikkeita ja ootko käyttänyt niinku esimerkiksi sitä suuvettä. (H5)

Joka kerta kun mä tuun tänne niin hänhän on käynyt läpi tän ja katsonu onko sitä plakkia. Tänään ei tullu varmaankaan mitään palautetta. (H3)

Pääsen syksyllä sen kontrollitarkastukseen. (H1)

Opettajakin sano että on niin siisti suu. (H7)

Suuhygienistiopiskelija oli myös antanut palautetta ja kontrolloinut potilaan omahoidtoa plakin määrää arvioimalla. Yksi potilas mainitsi myös opettajan antamasta palautteesta.

7.4 Potilaiden arviointi suun terveysosaamisestaan

Potilaat saivat arvioida omaa suunhoito-osaamistaan eli suun terveyden lukutaitoaan aikuisille tutulla kouluarvosana-asteikolla 4 - 10. Potilaiden itsensä antamien arvosanojen keskiarvo oli hoitajakson alussa noin 7.3 ja lopussa 8.85, eli arvosanojen mukaan suun terveysosaaminen kehittyi (Taulukko 13).

Taulukko 13. Potilaiden antamat arvosanat omasta suun terveysosaamisestaan.

ARVOSANAT HOITOJAKSON ALUSSA	7 (H1, H9) 8 (H5)	Arvosanojen keskiarvo: 7.3
ARVOSANAT HOITOJAKSON LOPUSSA	8 (H2), 8.5 (H3), 9 (H1,5,9), 9.5 (H10)	Arvosanojen keskiarvo: 8.85

Annan itselleni yhdeksän, mut jos mä mietin sillo vuosia sitten kun aloitettiin niin hyvä jos se on ollu seiskan luokkaa. (H1)

Sanoisko nyt että kasista ysiin. Kyllä tässä edistystä tapahtui. (H5)

Kaksi haastatelluista potilaista ei osannut arvioida tekemisiään numeroin, vaan he totesivat suoriutuvansa toiminnasta melko hyvin ja taitojen tason nousseen. Yksi heistä olisi mieluummin arvioinut tasonsa kiittäväksi.

Omia tekemisiään on vähän vaikea arvioida kovin objektiivisesti mutta siis kyllä uskoisin, että aika hyvin. (H4)

Mun taidotkin ovat nousseet ihan uudelle tasolle. (H8)

Kyllä mun suun hoitamisen tasossa tapahtui parannusta. Mitä mä nyt antaisin, ainahan mielelläni antaisin kiittävän. (H7)

Arvosanoissa tuli selvästi esiin tiedon ja toiminnan välinen ristiriita.

Kyllä minä kasi antaisin. Kyllä niin kuin tietää kaikki, enempi vaan pitäisi tehdä sitä hommaa. (H2)

Tieto on varmaan ysipuolen luokkaa mut se mitä mä teen on sit varmaan jotain kasi puolen luokkaa. (H10)

8 POHDINTA

8.1 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Tämä pro gradu -tutkielma liittyy laajaan Helsingin yliopiston ja ammattikorkeakoulun (entinen Stadia, nykyinen Metropolia) väliseen suun terveydenhuollon kliinisen suun terveydenhoitotyön opetuksen tutkimus- ja kehittämishankkeeseen. Tutkimuksen tarkoituksena on edistää oppimista ja työelämässä tarvittavan osaamisen kehittämistä sekä työelämäyhteistyötä Helsingin terveystieteiden keskuksen kanssa. Tutkimuksessa tuotetaan tietoa kliinisen suun terveydenhoitotyön käytännön opetuksesta ja siihen liittyvästä kehittämisestä sekä kehittämistä ohjaavista näkökulmista. (Kerosuo 2008.) Hankkeen alkaessa potilaille laadittiin tiedote, jossa kuvattiin tarkasti tutkimuksen taustaa, tarkoitus, tiedonhankintamenetelmät sekä aikataulu. Tutkimukseen osallistujien oikeuksien noudattamisessa viitattiin henkilötietolakiin (523/1999) aineiston käytöstä, säilytyksestä ja hävittämisestä sekä lakiin (785/1992) potilaan asemasta ja oikeuksista. Helsingin kaupungin tutkimustoiminnan koordinaatioryhmä käsitteli tutkimuslupahakemukseni 27.2.2008 ja toimitusjohtaja myönsi tutkimusluvan 14.3.2008. Kaikki tutkimuspotilaat allekirjoittivat laatimani suostumuslomakkeen (liite 1), jossa oli kuvaus oman tutkimukseni taustasta, tarkoituksesta, haastattelun toteuttamisesta ja myönnetystä tutkimusluvasta.

Haastatteluaineiston luotettavuus riippuu sen laadusta. Jos vain osaa haastateltavista on haastateltu, jos tallenteiden kuuluvuus on huonoa tai litterointi noudattaa eri sääntöjä alussa ja lopussa tai jos luokittelu on sattumanvaraista, haastatteluaineistoa ei voida sanoa luotettavaksi. (Hirsjärvi & Hurme 2004.) Tässä tutkimuksessa kaikki 11 haastateltavaksi valikoitunutta potilasta haastateltiin. Harjoittelin digitaalisen sanelukoneen käyttöä etukäteen ja varmistin toimivuuden sekä kuuluvuuden ennen jokaisen haastattelun alkamista. Tein litteroinnin haastattelupäivänä ja kuuntelin jokaisen haastattelun kertaalleen ennen kirjoittamista. Kirjoittamisvaiheessa säädin äänen nopeuden hitaammalle tempolle, jotta kirjoittaminen eteni puheen kanssa samanaikaisesti. Koska litteroitu aineisto oli ainoastaan 13 sivun mittainen ja

haastateltavien kertomukset etenivät yhtenevästi haastatteluteemojen mukaisesti, haastatteluaineiston pelkistäminen ja luokittelu oli kokemattoman tutkijan hallittavissa.

Olen luvuissa 6.1 ja 6.2 kuvannut aineistoa ja sen keruuta, sekä aineiston analyysin vaiheita mahdollisimman tarkasti, mikä mm. Hirsjärven ym. (2006) mukaan kohentaa laadullisen tutkimuksen luotettavuutta. Luotettavuutta lisää myös se, että olen pohtinut puolueettomuuttani tutkijana, joka Tuomen ja Sarajärven (2006) mukaan nousee esiin siinä, pyrkiikö tutkija ymmärtämään ja kuulemaan tiedonantajaa itseään vai suodattuuko tiedonantajan kertomus tutkijan oman kehyksen läpi. Puolueettomuuskysymykseen vaikuttaa se, että olen itse suuhygienistikoulutuksen opettaja ja osallistunut Suunhoidon opetusklinikan vastaavana lehtorina sen perustamiseen ja toiminnan kehittämiseen. Puolueettomuuttani tutkijana lisää kuitenkin se, että olen ollut työstäni vuorottelu- ja opintovapaalla yhteensä 1,5 vuoden ajan enkä ole opettajana osallistunut haastattelemini potilaiden hoitoprosessin ohjaukseen. En ole myöskään enää ollut opetusklinikan vastaavana lehtorina vuodesta 2006 lähtien, enkä näin ollen ole ollut vastuussa koulutuksen kehittämisestä opetuslinikalla. Minulla ei näin ollen ollut ennako-odotusten painetta siitä, mitä potilaat tulisivat kertoamaan haastattelutilanteessa. Olen kuitenkin ollut tietoinen omista lähtökohdistani ja työhistoriastani koko tutkimusprosessin ajan. Toimintani refleksiivisyyttä osoittaa toisaalta myös se, että olen tiedostanut olevani suun terveydenhoidon asiantuntija, mikä on lisännyt kiinnostustani ja ymmärrystäni tutkittavasta ilmiöstä (vrt. Kylmä ja Juvakka 2007). Olen myös tiedostanut lähtökohtani kokemattomana tutkijana ja hoitoalan opettajan roolin vaikutuksen haastattelutilanteessa, jossa haastattelijan tehtävä on kuunnella ja esittää ainoastaan teemojen mukaiset kysymykset. Haastattelun toteutusta jäsensivät A4 arkille kirjoitetut tutkimustehtävät ja niistä johdetut kysymykset haastateltavalle (ks. s. 25): Lisäksi haastattelutilanteen harjoittelu kahden tutkimukseen osallistumattoman potilaan kanssa auttoi minua tarkentamaan kysymysten muotoa ja esittämään kysymykset rauhallisesti ilman johdattelua ja puuttumista haastateltavan kertomukseen. Mielestäni se lisää tutkimuksen luotettavuutta.

Lopuksi arvioin tutkimukseni luotettavuutta kolmen muun laadullisen tutkimuksen luotettavuuskriteerin avulla, joita ovat uskottavuus, vahvistettavuus ja siirrettävyys

(Graneheim & Lundman 2004, Kylmä & Juvakka 2007, Kylmä ym. 2008). Uskottavuutta ilmentää se, miten hyvin tutkimuksen aineisto ja sen pohjalta toteutettu analyysi kuvaavat tutkimuksen kohteena olevaa ilmiötä (Kylmä ym. 2008). Tässä tutkimuksessa uskottavuutta vahvistaa tutkijan pitkäaikainen kokemus potilaiden hoitotyöstä ja opiskelijoiden ohjauksesta Suunhoidon opetuslinikalla. Lisäksi potilaiden ja opiskelijoiden kanssa käydyt keskustelut tutkimukseeni liittyvistä aiheista sekä kollegoiden näkemykset tutkimustuloksista ovat vahvistaneet tietoisuuttani siitä, että olen tulkinut potilaiden kertomuksia oikein.

Uskottavuuden kulmakivinä Graneheim ja Lundman (2004) näkevät myös oikean kohderyhmän, tiedonhankintamenetelmän ja analyysisikön valinnat. Tässä tutkimuksessa kohderyhmän yhteisiä ominaisuuksia olivat aikuisuus ja parodontologisen hoidon tarve. Kohderyhmän ikähajonta, 40 - 83 vuotta, voidaan nähdä tutkittavaa ilmiötä rikastuttavana tekijänä. Sen sijaan haastateltujen kertomuksissa korostui naisnäkökulma, sillä naisia oli yhdestätoista haastatellusta yhdeksän. Jakauma ei kuitenkaan ole yllättävä, sillä Terveys 2000 -tutkimuksen mukaan naiset hoitavat suunsa terveyttä miehiä aktiivisemmin ja käyttävät hammashoitopalveluja useammin kuin miehet (Suominen-Taipale ym. 2004). Haastatteluaineistossa sukupuoliero näkyi lähinnä lyhyempänä haastattelun kestona, sillä miespuolisten haastateltavien haastattelut olivat 12,5 ja 12 minuutin mittaiset, haastattelujen kestoajan keskipituisuuden ollessa 15,3 minuuttia.

Haastattelu osoittautui tutkimustehtävien kannalta hyväksi tiedonhankintamenetelmäksi, sillä sen avulla sain kuulla potilaiden omia ajatuksia ja mielipiteitä kokemuksestaan vuorovaikutustilanteista suuhygienistiopiskelijan kanssa (vrt. Hirsjärvi & Hurme 2004). Haastattelun kuluessa potilaat pystyivät mielestäni hyvin, kuvailemaan vuorovaikutuksen piirteitä, mutta oman hoidon tavoitteista ja arvioinnista kertominen oli selvästi vaikeampaa. Oman hoidon arvioinnin yhteydessä kerroin, että arviointiin voidaan käyttää esimerkiksi plakkivärjäystä. Se helpotti vastaamista, ja sain itse tärkeää tietoa tämän arviointivälineen käytöstä ja käyttämättömyydestä.

Graneheimin ja Lundmanin (2004) mukaan analyysiyksikköjen ei tulisi olla liian laajoja, jolloin ne saattavat sisältää useita merkityksiä, tai olla informaatioltaan liian suppeita ollessaan vain yhden sanan mittaisia. Tässä tutkimuksessa analyysiyksiköt olivat lauseesta tai virkkeestä poimittuja yhden tai muutaman sanan mittaisia lausumia, jotka mielestäni sisälsivät tutkimustehtävien kannalta olennaisimman tiedon. Tulkinta ei kuitenkaan aina ollut helppoa ja kyseenalaistan nyt esimerkiksi ohjauksen ja neuvonnan käsitteiden erottamisen toisistaan, sillä näen ne mieluummin toisiaan täydentävinä keskustelun muotoina. Luokkien muodostamisessa pyrin siihen, että ne kattavat koko aineiston. Tutkimusraportissa on pyritty selvittämään analyysin etenemistä mahdollisimman tarkasti, ja liitteinä 2 - 6 olevat otteet analyysiprosessin eri vaiheista ovat lukijan arvioitavissa. Se lisää tutkimuksen luotettavuutta uskottavuuden lisäksi myös vahvistettavuuden osalta.

Aineiston riittävyuden osalta voidaan todeta, että yhdentoista potilaan haastatteluaineisto ei tässä tutkimuksessa muodostunut kovinkaan laajaksi. Saattaa olla, että kokemattomana haastattelijana varoin liiaksikin puuttumista potilaan puheeseen haastattelutilanteessa. Pelkäsin tarkentavien kysymysten ohjaavan potilaiden ajatuksia liikaa ja estävän heitä kertomasta avoimesti kokemuksistaan. Toisaalta tästä melko suppeasta aineistosta nousi esiin tutkimustehtäviä olennaisesti kuvaavia piirteitä ja ominaisuuksia, jotka toivat esiin vallitsevassa toiminnassa olevia kehittämisen alueita. (vrt. Eskola & Suoranta 2008.)

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuteen liittyy myös tulosten siirrettävyys muihin vastaaviin tilanteisiin. Tässä tutkimuksessa potilaat olivat parodontologisen hoidon potilaita, joiden sairauden aste vaihteli gingiviitistä parodontiittiin. Tulosten siirrettävyyttä vaikeuttaa se, että mm. sairauden aste sekä potilaan yksilölliset piirteet ja henkilökohtaiset tekijät vaikuttavat potilaan omaan hoitoon ja keskustelun sisältöön. Lisäksi potilaita ei voida kuvailla enempää kuin anonymiteetin säilymisen kannalta on mahdollista. Tutkimustulosten siirrettävyyteen vaikuttaa tämän tutkimuksen kohdalla myös potilaan ja ohjaajan konteksti (vrt. Kääriäinen & Kyngäs 2005). Tässä tutkimuksessa huomionarvoista on, että tutkimuksen kohteena on potilaan kuvaus hänen ja vasta alaa opiskelevan opiskelijan välisestä hoitosuhteesta ja yhteistyöstä.

Ammatissa toimivan suuhygienistin toiminnan lähtökohdat ovat erilaiset esimerkiksi hoitotilanteeseen käytetyn ajan sekä hoitajakson pituuden suhteen. Myös potilaiden tuttuus vaikuttaa vuorovaikutukseen ja keskustelun sisältöihin. Myös tutkimuspaikka on erilainen kuin normaali vastaanotto, jossa potilas hoidetaan omassa hoitohuoneessaan. Suunhoidon opetuslinikalla on avonaisessa salitilassa 23 hoitoyksikköä väliseinin toisistaan erotettuina, joten yksityisyyttä hoitotilanteessa ei ole kuten normaalilla vastaanotolla.

8.2 Tulosten tarkastelua ja johtopäätöksiä

Tämän tutkimuksen päätuloksiksi muodostuivat potilaan kuvaamat suuhygienistiopiskelijan ja potilaan välisessä vuorovaikutuksessa esiintyvät keskustelun muodot, sekä yhteistyöhön liittyvät omahoidon tavoitteet ja arviointi. Lisäksi tulokset antoivat viitteitä potilaan oman terveysosaamisen, eli suun terveyden lukutaidon tasosta. Sen sijaan oman päivittäisen hoidon sisältöalueista potilaat kertoivat suppeasti.

Keskustelun muodot ja sisällöt suuhygienistiopiskelijan ja potilaan välisessä vuorovaikutuksessa

Tässä tutkimuksessa suuhygienistiopiskelijan ammatillinen vuorovaikutus sisälsi piirteitä kaikista ammatillisen keskustelun muodoista. Monilla haastatelluista potilaisista oli kokemus eri keskustelun muodoista hoitajakson ajalta. Tyypillistä kuitenkin oli, että yhtä potilasta (H10) lukuun ottamatta kaikilla potilailla oli ollut kokemus tiedotuskeskustelusta, jossa mm. Kasilan (2007) mukaan korostuu keskustelun yksisuuntaisuus ja asiantuntijajohtoinen tiedon jakaminen. Näyttää siltä, että jossain vaiheessa suun terveydenhoidon asiantuntijan tiedottava rooli korostuu, mutta haastatteluisista ei kuitenkaan noussut esiin, missä hoitajakson tai hoitokäynnin vaiheessa keskustelun muodot muuttuivat. Mielenkiintoista oli myös havaita, että ainoastaan kolme potilasta (H2, H5, H7) oli kokenut keskustelun pelkästään tiedottavana, joka sekä oli vain harvoin yksisuuntaista suositusten ja toimenpiteen kulusta kertomista. Pääsääntöisesti se oli kaksisuuntaista kysymysten esittämistä sekä vastausten antamis-

ta ja saamista. Siinä ei ollut piirteitä tietotankkauksesta (vrt. Kettunen 2001), sillä potilaat olivat kokeneet saaneensa henkilökohtaisesti tarvitsemiaan tietoja ja vinkkejä oman päivittäisen suunhoitonsa toteuttamiseen.

Tiedotuskeskustelua useammin vuorovaikutus oli koettu selvästi kaksisuuntaisena, joko asiantuntijajohtoisena neuvontakeskusteluna, jossa potilas sai uusia toimintamalleja omalle hoidolleen, tai tasapuolisena, potilaan omaa osaamista vahvistavana ohjauskeskusteluna, jossa lähtökohtana olivat potilaan tulkinnat ja olemassa oleva suun terveysosaaminen. Keskustelumuotojen monipuolisuus näyttäisi rikastavan vuorovaikutusta, ja niiden vaihtelu on myös Poskiparran (1997) sekä Kettusen (2001) tutkimusten mukaan aikuisten terveysneuvontatilanteille tyypillistä.

Keskustelun muotojen vaihtelu liittyy myös ammatillista toimintaa ohjaavien eettisten ohjeiden toteutumiseen, sillä niiden mukaan suuhygienistiopiskelijalla on mm. velvollisuus tiedottaa ja selittää potilaalle ymmärrettävästi suun terveydentilaa ja eri hoitovaihtoehtoja koskevat seikat (Suun Terveystieteiden Ammattiliitto ry). Tässä tutkimuksessa potilaat kertoivat, että suuhygienistiopiskelijat olivat antaneet heille riittävästi ymmärrettävää tietoa suun terveydestä ja sen hoidosta. Keskustelussa toteutuivat myös terveyden edistämisen eettiset periaatteet, jolloin opiskelijat olivat mm. kuunnelleet potilaita ja heidän omia näkemyksiään oman suunsa hoidosta. (Vrt. Kylmä ym. 2002.) Vuorovaikutusta kuvaillessaan potilaat nostivat esiin myös eettisiin periaatteisiin kuuluvan luottamuksen, joka liittyy läheisesti totuuteen ja rehellisyyteen. Kylmän ym. (2002) mukaan todellinen yhteistyö perustuu eettisten periaatteiden toteutumiseen vuorovaikutuksessa.

Kuten työterveyshoitajien terveysneuvontaa tutkittaessa myös tässä tutkimuksessa vuorovaikutussuhteen luonnetta ilmensivät avoimuus, ammatillisuus, läheisyys, välittömyys ja luottamuksellisuus (Kivistö ym. 2009). Tutkimustuloksista nousee voimakkaasti esiin myös keskustelun välineiden, erityisesti opiskelijoiden henkilökohtaisten piirteiden ja henkilökemian vaikutus potilaiden vuorovaikutuskokemuksiin. Erityisesti kiiteltiin opiskelijoiden iloisuutta, empaattisuutta ja tasapuolisuutta. Potilaat toivat tyytyväisinä esiin myös sen, että opiskelijat olivat ottaneet huomioon heidän muuttuneen terveyden- ja elämäntilanteensa. Lisäksi keskustelun muodon merkitystä hoi-

tosuhteessa ilmentää hyvin yhden potilaan kuvaus siitä, millaisena hän itse kokee hyvän vuorovaikutuksen ja mikä merkitys sillä hänen mielestään on hoidolle.

Niin se on, että onko se saarnaamista vai saatko sä potilaan mukaan siihen ja se sitouttaminen se on just henkilökemiaa miten sen tälle potilaalle tekee ja saa hänet mukaan tähän. Mutta kyllä tää varmasti johtuu myös minusta kun siihen vaaditaan kaks. (H11)

Tässä tutkimuksessa potilaat kertoivat melko vähän ohjauksen sisällöistä, mutta kuten Poskiparran (1997) tutkimuksessa, tässäkin tutkimuksessa potilailla oli jo tietoa keskustelun sisältönä olevista asioista. Keskustelun asiasisällön tuttuus saattoi vaikuttaa siihen, että uuden tiedon määrä ohjauksessa oli ollut vähäistä. Kuten Rantasen (2007) potilasohjausta suuhygienistin näkökulmasta tarkastelevassa tutkimuksessa, tässäkin tutkimuksessa suun omahoitoon liittyvä tieto ja toiminta korostuivat. Potilaat kuvasivat kuitenkin tiedon sisältöä melko kapeasti, ja sisältöalueina korostuivat perinteiset suuhygienian hoitoon liittyvät menetelmät ja hoitoaineet. Tieto ei esiintynyt toiminnasta irrallisena, vaan tiedon avulla pyrittiin parantamaan potilaan taitoja hoitaa suunsa terveyttä ja lisäämään ymmärrystä sairauden hoitoon vaikuttavista tekijöistä. Potilaan toiminnallista suun terveyden lukutaitoa pyrittiin näin nostamaan kokemuksellisen lukutaidon tasolle, jolloin lisääntynyt suun terveysosaaminen lisää potilaan motivaation ja itsearviointitaidon tasoa.

Myös Heikkisen ym. (2006) tutkimuksen mukaan potilaat pitivät hoitotoimenpiteestä ja omahoidosta kertomista tärkeänä osa-alueena, mutta heidän tutkimuksensa mukaan potilaat kuitenkin kaipasivat enemmän tietoa sairaudestaan sekä sairauden syistä. Oman tutkimukseni tulosten mukaan potilailla oli jo ennalta tietoa sairaudestaan ja sen hoidosta, tai he saivat sitä mielestään riittävästi hoitojakson aikana. Tutkimustuloksista ei kuitenkaan selviä potilaiden todellinen tiedon taso, sillä he eivät kuvanneet sitä haastattelutilanteessa tarkemmin. Todellista tiedon tasoa ei myöskään ollut arvioitu hoidon alussa erillisellä mittarilla, kuten kyselylomakkeella. Koska paradontaalisairaudet ovat tutkitusti monimuotoisia prosesseja, ja taudin syntyyn sekä etenemiseen vaikuttavat lukuisat, jopa stressiin ja elämänhallintaan liittyvät tekijät, olisi hyvä varmistua, että potilailla on viimeisimmän tutkimustiedon mukainen ymmärrys sairaudestaan ja omahoidon merkityksestä sairautensa etenemisen ehkäisyssä ja hoidossa.

Päivittäiseen suuhygieniaan liittyviä tieto- ja taitosisältöjä, kuten puhdistusvälineiden ja suunhoitoaineiden käyttöä ja suuhygieniamenetelmiä, kerrattiin, vaikka ne olivat useille haastatelluista potilaista tuttuja. Kertauksen katsottiin lisäävän motivaatiota ja vahvistavan potilaan näkemystä omasta osaamisestaan. Se voidaan tulkita myös tiedon ja toiminnan kontrolloimiseksi, jolloin arvioitiin, onko potilas tulkinnut ohjausta oikein (Mäkelä 2007). Potilaat kertoivat ohjauksen olleen yksilöllisesti omaan suunhoitoon räätälöityä ja tarvittaessa kädestä pitäen toteutuvaa opastamista, joka Johanssonin ym. (2003) mukaan tehostaa ohjausta. Potilaat eivät kuitenkaan tarkasti kuvanneet, mitä oli räätälöidyn suuhygieniohjauksen sisältö, vaikka hyvän puhdistustuloksen saaminen on parodontiittipotilaalla huomattavasti vaativampaa menetettyyn kiinnityskudoksen paljastamien hammaspintojen kuperuuksien, koveruuksien ja uurteiden vuoksi.

Tupakoinnin lopettamiseen ohjaamisesta eivät potilaat maininneet, vaikka yhdestätoista haastatellusta potilaasta neljä potilastietojen mukaan tupakoi. Tämä saattaa johtua siitä, että tupakoinnista tai tupakoinnin lopettamisesta puhuminen on potilailta kiusallista. Se voi myös Lundin ym. (2004) mukaan johtua siitä, että suuhygienistit aloittavat keskustelun potilaan kanssa vasta silloin, kun suussa on nähtävissä tupakan aiheuttamia muutoksia tai jälkiä, kuten värjäytymiä hampaiden pinnoilla. Tässäkin tutkimuksessa yksi potilaista mainitsi suosituksen valkaisevan hammastahnan käyttöönotosta värjäytymien poistamiseksi ja totesi syyksi, että niitä kuitenkin tulee. Potilaskortin haastattelutiedoista ilmeni, että potilas tupakoi, mutta tupakoinnin lopettamiseen ohjaamisesta hänkään ei maininnut mitään.

Suun omahoidon tavoitteet

Tässä tutkimuksessa ilmeni, että potilaiden oli vaikeaa kertoa omahoidolleen asetetuista tavoitteista. Potilaiden käsitykset tavoitteista vaihtelivat, ja vain harvoin ne liittyivät kotona toteutuvaan suun terveydenhoitoon. Potilaita haastatelllessani havaitsin, että he usein kuvasivat omia tavoitteitaan hoitoon liittyvinä toivomuksina ja odotuksina. Tavoitteissa korostui sairauden pysäyttäminen suuhygienistiopiskelijan toteuttamien kliinisten toimenpitein. Tavoitteiksi mainittiin myös sairauden hallintaan saami-

nen lisääntyneen tiedon avulla, jolloin ne kuitenkin jäivät usein irrallisiksi suositukseksi ja toimintaohjeiksi, jotka reseptimäisesti ohjasivat potilaan toteuttamaa hoitoa. Ainoastaan kolme potilasta kuvasi oman hoidon tavoitteita oman päivittäisen suunhoitotoimintansa kautta. Tavoitteet ilmaistiin sanallisesti, ja ne autoivat potilasta hahmottamaan, mihin toiminnalla pyrittiin, mutta varsinaisia terveystavoitteita ei asetettu. Rantasen (2007) tutkimuksen mukaan suuhygienistit asettivat potilasohjaukselle useimmiten tavoitteeksi taidon oppimisen, johon pyrittiin usein välitavoitteiden kautta. Lisäksi tavoitteita asetettiin myös asenteen muuttumiselle, kotihoidon jatkuvuudelle, suun terveyden paranemiselle, yleisterveyden edistämiseksi sekä sille, että potilas ymmärtää hoidon tärkeyden.

Asiakastyön vuorovaikutustilanteita on viime vuosina tutkittu hoitotieteissä mm. nauhoittamalla asiakastilanteita. Näissä tutkimuksissa on havaittu, että työntekijä saattaa määrittellä asiakkaan tilanteen liian nopeasti eikä esitä asiaan liittyviä tarkentavia kysymyksiä. (Mönkkönen 2007.) Tutkimukseni tulosten perusteella suuhygienistiopiskelija ja potilas eivät keskustele potilaan tilanteesta ja tavoitteista riittävästi, eikä niitä myöskään dokumentoida. Sitä saattaa osaksi selittää se, että tähän tutkimukseen osallistuvien potilaiden hoito dokumentoitiin vuonna 2003 kehitettyyn opetusklinikan omaan potilaskorttiin, jossa ei ollut selkeästi merkittyä aluetta potilaan omahoidon tavoitteille. Näin ollen opiskelijat ovat kiinnittäneet huomionsa ainoastaan parodontologisen hoidon tavoitteisiin, eivätkä nosta erikseen esiin potilaan omahoidolle asetettavia tavoitteita. Myöskään omahoidon tavoitteiden määrittelyyn vaikuttavien taustatekijöiden kirjaamiseen ei ollut erillistä tilaa, mikä saattaa ohjata keskustelua siten, että ne jäävät liian vähäiselle huomiolle tavoitteita pohdittaessa. Rantasen tutkimuksen mukaan työelämässä olevat suuhygienistit asettavat tavoitteita tavallisimmin niin, että suuhygienisti kertoo ohjaukselle ja omahoidolle asetetut tavoitteet potilaalle, jolloin vain noin puolessa tapauksista potilas saa kertoa oman käsityksensä niistä. Tutkimustuloksistani voidaan päätellä, että suuhygienistiopiskelijat toimivat kuten Rantasen tutkimuksessa 31 % kyselyyn osallistuneista suuhygienisteistä, jotka asettavat potilasohjauksen tavoitteet pelkästään omassa mielessään ja tavoitteet kirjataan vain itselle, eikä niistä keskustella potilaan kanssa.

Suun omahoidon arviointi

Tämän tutkimuksen tulosten perusteella kymmenellä yhdestätoista haastatellusta potilaasta oli kokemuksia omahoidon arvioinnista. Tutkimustuloksista ilmeni, että arvioinnista kertoneista tutkimushenkilöistä puolella oli kokemusta useammasta arviointitavasta hoitojakson aikana. Positiivista on, että vain yksi haastateltava ilmaisi arvioinnin ainoastaan ulkopuolelta tulevana, asiantuntijalähtöisenä palautteena. Muissa tapauksissa asiantuntijan arviointiin liittyi myös itsearviointia sekä yhdessä suoritettua arviointia. Itsearviointi oli kuitenkin pääsääntöisesti sairauslähtöistä oman suun tarkkailua, joka perustui havaintoihin ienverenvuodosta, hampaiden liikkumisesta tai muista tuntemuksista. Kliiniset oireet ohjasivat tehostamaan omaa hoitoa tai hakeutumaan hoitoon. Vain neljä potilasta kuvasi arviointia omien taitojen kehittymisen ja onnistumisensa kautta.

Itsearviointia useammin potilaat kuvailivat arviointia yhteistoimintana, jolloin Välimäen ym. (2009) mukaan yhteisesti tarkastellaan potilaan aiempaa toimintaa ja kokemuksia. Usein potilas esimerkiksi demonstroi osaamistaan ja opiskelija tarkkaili potilaan suoritusta arvioiden puhdistustekniikkaa. Toiminnan jälkeen he arvioivat yhdessä suositeltujen menetelmien ja välineiden toimivuutta. Yhteistä arviointia oli myös keskustelu potilaan suussa ilmenneistä oireista sekä potilaskortin status- ja indeksimerkinnöistä. Tutkimustulokset ovat samansuuntaisia Rantasen (2007) tutkimustulosten kanssa, joiden mukaan 94 % kyselyyn osallistuneista suuhygienisteistä arvioi potilaan oppimista kaikkien tai useiden potilaiden kohdalla. Arviointi tehdään tutkimustulosten mukaan lähes aina vapaamuotoisen haastattelun (91 %) avulla. 80 % vastaajista arvioi potilaan oppimisen potilaan suorituksen avulla ja 67 % pyytää potilasta arvioimaan itseään suullisesti. Myös tässä tutkimuksessa arviointi tapahtui potilaan puhdistusdemonstraation avulla ja keskustelemalla potilaan oman hoidon toteutumisesta. Sen sijaan tässä tutkimuksessa ei esiintynyt arviointia potilaan itsensä tekemän kirjallisen arvion avulla, kuten Rantasen (2007) tutkimuksessa 20 % suuhygienisteistä ilmoitti tekevänsä.

Toisin kuin Rantasen (2007) tutkimuksessa, jossa kliinistä arviointia arviointimenetelmänään käytti vajaa 40 % tutkimukseen osallistuneista suuhygienisteistä, suuhygienistikoulutuksessa kliinistä arviointia tehdään jokaiselle potilaalle. Tutkimustulos-

teni mukaan sekä potilaan suussa ilmenevät oireet että potilaskorttiin merkityt statusmerkinnät ja parodontologiset indeksitiedot kuten VPI ja BOP ovat olleet suuhygienistiopiskelijan ja potilaan yhteisiä kliinisen arvioinnin välineitä. Kliininen tutkimus ja parodontologiset indeksit osoittavat sairauden aiheuttajan ja oireiden esiintymisen ja määrittävät parodontologisen hoidon tarpeen. Niiden avulla seurataan sairauslähteisesti potilaan paranemisprosessia ja omahoidon tasoa. Ne ohjaavat myös sairauskeskeiseen ajatteluun, jossa korostuvat sairauden oireet ja negatiivinen terveyskäsitys (vrt. Downie ym. 1996).

Tarkempaa tietoa potilaan suuhygieniataitojen kehittymisestä ja -tasosta saadaan plakkivärjäyksen ja suuhygienia-indeksin (SHI) avulla. Suun puhtautta mittaava indeksi (SHI) kuvaa terveyslähteisesti puhtaiden hammaspintojen lukumäärää ja niiden lisääntymistä hoitajakson kuluessa. Se ohjaa opiskelijaa terveyslähteiseen, potilaan positiivisia voimavaroja ja onnistumista tukevaan työotteeseen. Tutkimustulosten mukaan plakkivärjäystä arviointivälineenä oli kuitenkin käytetty ainoastaan kolmen potilaan hoidossa. Syynä saattaa olla, että aikuiset eivät halua tai koe tarvitsevana hampaiston värjäystä. Saattaa myös olla, että opiskelijat vierastavat plakkiväriaineen käyttöä aikuispotilailla, jolloin he eivät ehdota sen käyttöä. Potilaat eivät haastateltaessa kertoneet syistä, miksi värjäystä ei tehty. Terveyslähteistä SHI-indeksiä ei potilasdokumenttien mukaan ollut käytetty lainkaan.

Tämän tutkimuksen tulosten mukaan kaikki haastatellut potilaat olivat saavuttaneet jo aiemmin, ennen hoitajaksoa, tai sen kuluessa tiedollisen ja taidollisen suun terveyden peruslukutaidon tason. He kertoivat myös lisääntyneestä terveys- ja arviointiosaamisestaan, mikä kuvastaa kokemuksellisen suun terveyden lukutaidon tason saavuttamista. Yksilöllisen terveyseskustelun avulla on suhteellisen helppoa saavuttaa kaksi ensimmäistä lukutaidon tasoa. Sen sijaan kriittinen terveyden lukutaito edellyttää potilaalta myös kykyä vaikuttaa omaan elinympäristöönsä ja tarvittaessa muuttaa sitä suun terveyttä edistäväksi. Tässä tutkimuksessa yksi haastateltavista ilmaisi, että hän sai neuvoja pienen lapsensa suunhoitoon ja valmiuksia itse katsoa oman lapsensa suuhun. Se tarkoittaa lapsen suun terveyden huomioimista, joka osaltaan saattaa lisätä kiinnostusta muuttaa omaa toimintaa ja toimintaympäristöä lapsen ja koko perheen suun terveyttä suosivaksi.

Potilaiden arviointi suun terveysosaamisestaan

Potilaat arvioivat omien suunhoitotaitojensa olevan hyvät. Annetut kouluarvosanat vaihtelivat hoitajakson päättyessä välillä 8.5 – 10. Potilaiden itsensä antamien arvosanojen keskiarvo oli hoitajakson alussa noin 7 ja lopussa noin 9. Kaksi potilaista ei osannut arvioida tekemisiään numeroin, vaan he totesivat suoriutuvansa toiminnasta melko hyvin ja taitojensa tason nousseen. Potilaiden terveyden lukutaidossa korostui terveyden lukutaidon toiminnallinen taso. Sen sijaan kokemuksellisen suun terveyden lukutaidon saavuttaminen on kyseenalaista, sillä arvosanoissa tuli selvästi esiin tiedon ja toiminnan välinen ristiriita. Päivittäinen suunhoito näytti toimivan paremmin tiedon ja taidon kuin toimintaan ryhtymisen ja sen toteutumisen tasolla.

8.3 Kehittämisen- ja jatkotutkimusehdotuksia

Tutkimustulokset haastavat kehittämään suuhygienistiopiskelijoiden ja potilaan välistä yhteistyötä ja keskustelua tavoitteellisemmaksi terveyden edistämisen menetelmäksi. Kuten Kivistö ym. (2009) tutkimuksessaan toteavat, asiakkaan tulisi myös itse asettaa toiminnalleen tavoitteita, joita yhdessä seurataan ja arvioidaan. Tätä tukevat myös Isolan ym. (2007) tutkimuksen tulokset, joiden mukaan potilaat ilmaisivat tyytyväisyytensä siihen, että ohjaaja oli keskustellut heidän kanssaan ohjauksen tavoitteista ja että ohjaus oli edennyt suunnitelman mukaisesti. Yhdessä laaditut tavoitteet auttavat potilasta ja suuhygienistiopiskelijää hahmottamaan omat vastuualueensa toiminnassa ja lisäävät sitoutumista tavoitteiden saavuttamiseksi. Myös potilashoidon dokumentointia tulisi kehittää sellaiseksi, että potilasasiakirjoja tutkimalla voidaan selvittää millaisia tavoitteita yhteistyölle on dokumentoitu, ja miten hyvin ja millä keinoin ne on saavutettu.

Tämän tutkimuksen tulosten perusteella suuhygienistiopiskelijän toteuttamaa keskustelua voidaan kutsua neuvonta- tai ohjauskeskusteluksi. Tulevaisuudessa sen toivoisi edustavan selkeämmin salutogeenisen ajattelutavan mukaista terveysläh- töistä, potilaan terveystentiaalia tukevaa ja dialogin muodossa etenevää terveyskeskustelua. Terveysläh- töisyyttä tukemaan tulisi käyttää ja edelleen kehittää suun

terveyttä osoittavia mittareita, joiden avulla potilaan onnistuminen saadaan näkyväksi ja kannustavat potilasta kehittämään omahoitoaan. Koska tutkimustulosten perusteella opiskelijat eivät olleet ottaneet käyttöönsä suuhygieniataitojen muuttamista ja kehittymistä mittaavaa SH-indeksiä, olisi hyvä selvittää millaisia esteitä opiskelijat sen käytössä tai käyttöön otossa kokevat.

Potilaan suun terveyden lukutaitoa tulisi selvittää ja arvioida suuhygieniataitoja laajemmin. Potilaiden oman arvioinnin lisäksi tulisi kehittää objektiivisia terveystuntimaita kaikkien suun terveyden lukutaidon tasojen arviointiin. Aikuisten suun terveyden tiedollista peruslukutaitoa mittaamaan on kehitetty erilaisia arviointivälineitä, kuten REALD-30 (Rapid Estimate of Adult Literacy in Dentistry) (Lee ym. 2007) ja OHLI (Oral Health Literacy Instrument) (Sabbahi ym. 2009), mutta Suomessa vastaavalaisten mittareiden käytöstä ei ole raportoitu tietoa. Sekä potilaan omahoidon, että suuhygienistiopiskelijan ammatillisen terveyden edistämistyön kehittämiseen ja arviointiin olisi tarpeellista kehittää sellaisia mittareita, jotka antavat tietoa potilaan suun terveyden lukutaidon muutoksesta ja kehittymisestä kohti korkeinta terveyden lukutaidon tasoa. Samanaikaisesti ammattihenkilöt voivat arvioida suun terveyttä edistävien yhteistyömenetelmien tuloksellisuutta.

Potilaan kriittisen terveyden lukutaidon kehittämisen edistämiseksi suuhygienistiopiskelijan tulisi tukea potilaan suun terveyden tarkkailun ja itsearvioinnin kehittymistä. Oman osaamisensa vahvistamiseksi potilaan tulisi saada riittävät valmiudet seurata suun terveyden alan tutkimustuloksia, sekä tulkita kriittisesti mediaviestintää, kuten suun terveydenhoitoon liittyviä artikkeleita ja mainoksia. McMullanin (2006) mukaan myös kasvava internetin käyttö asettaa haasteita alan ammattilaisille, ja neuvontakeskustelussa potilasta tulisi osata ohjata luotettaville internetsivustoille. Ammattikorkeakouluopinnoissa tulisikin kehittyä terveystieteen osaajaksi ja oman alansa terveystieteen informaatikoksi. Sen vuoksi suuhygienistikoulutuksessa tulisi harjoitella ja kehittää monipuolisesti sekä suullisia että kirjallisia terveystieteen- ja mediataitoja.

Ajankohtainen tutkimusaihe on myös suuhygienistiopiskelijan, hammaslääketieteen opiskelijan ja potilaan välisessä tiimityössä toteutuva terveystieteen keskustelu, jota tutkitaan tällä hetkellä Metropolia ammattikorkeakoulun suun terveydenhuollon koulutusohjelman kliinisen suun terveydenhoitotyön opetuksen kehittämisen osatutkimuk-

sessä. Hoitoprosessin ja neuvontakeskustelun toteutumista seurataan videotallenteiden, haastattelujen ja potilasdokumenttien avulla. Alustavien tutkimustulosten perusteella on havaittu, että opiskelijat puhuvat terveydestä ja omahoidosta, mutta näyttää siltä, että keskustelu hajoaa ja tulee esiin ainoastaan yksittäisinä mainintoina tai pieninä ryppäinä. Vaikka keskustelu on osoittautunut suuhygienistiopiskelijan ja potilaan välillä aktiiviseksi ja monimuotoiseksi, sille ei näytä jäävän tilaa tiimityön prosessissa. (Teräs & Nuutinen 2009.) Jatkossa voisi videotallenteista tutkia myös sitä, miten potilaan henkilökohtaiset piirteet, sekä tiedolliset ja kokemukselliset tekijät huomioidaan omahoidon suunnittelussa ja arvioinnissa. Olisi myös kiinnostavaa tietää, miten ne näyttäytyvät terveystalkuissa.

Suunhoidon opetuslinikalla tarvitaan jatkuvaa tutkimustyötä tiimityön ja opetuksen kehittämiseksi. Asiakas- ja opiskelijapalautteiden lisäksi toimintaa tulisi seurata ja arvioida eri tutkimusmenetelmien avulla. Opiskelijoiden oppimisen ja opetuksen kehittämisen lisäksi, Suunhoidon opetusklinikan toimintaa ja resursseja tulisi suunnata suun terveyttä edistävien työmenetelmien kehittämiseen.

LÄHTEET

Aleksejunienè J, Holst D. Parodontaalisairauksien epidemiologia ja luokitus. Suomen Hammaslääkärilehti 2004;3:110-116.

Asikainen S. Parodontologinen mikrobiologia. Uitto V-J, Asikainen S, Knuuttila M, Nieminen A, Pernu H, Ruukonen H, Suomalainen – Parodontologia. Teoksessa Meurman JH, Murtomaa H, Le Bell Y, Autti H (toim.) Therapia Odontologica. Hammaslääketieteen käsikirja. Hollola: Academica kustannus, 2003:464-469.

Aunger R. Tooth brushing as routine behaviour. International Dental Journal 2007;57:364-376.

Axelsson P, Nyström B, Lindhe J. The long-term effect of a plaque control program on tooth mortality, caries and periodontal disease in adults. Result after 30 years of maintenance. J Clin Periodontology 2004;31(9):749-757.

Binnie VI. Addressing the topic of smoking cessation in a dental setting. Periodontology 2000, 2008;48:170-178.

Claessen JP, Bates S, Sherlock K, Seeparsand F, Wright R. Designing interventions to improve tooth brushing. International Dental Journal 2008;58(5):307-320.

Claydon N.C. Current concepts in toothbrushing and interdental cleaning. Periodontology 2000, 2008;48:10-22.

Davies RM. Toothpaste in the control of plaque / gingivitis and periodontitis. Periodontology 2000, 2008;48:23-30.

Downie R.S, Tannahill C, Tannahill A. Health Promotion: Models and Values. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press, 1996.

Elo S, Kyngäs H. The qualitative content analysis process. Journal of Advanced Nursing 2008;62(1):107-115.

Eriksson M, Lindström B. Asalutogenic interpretation of the Ottawa Charter. Health Promotion International 2008;23(2):190-199.

Eskola J, Suoranta J. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 8. Painos. Jyväskylä: Gummerrus, 2008.

Ewles L., Simnet I. 1992. Terveiden edistämisen opas. Sairaanhoidajien koulutus säätiö, Helsinki. Keuruu: Otavan painolaitokset, 1995.

Finlex – Ajantasainen lainsäädäntö. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.[www-dokumentti]. [viitattu 16.6.2009].
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Graneheim U.H, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today* 2004;24:105-112.

Hansen BF. Parodontaalisairauksien diagnostiikka. *Suomen Hammaslääkärilehti* 2004;3:117-125.

Hausen H, Lahti S, Nordblad A. Terveyden edistämisen laatusuositus. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen julkaisuja 2006:19.

Helakorpi S, Laitalainen E, Absetz P, Torppa J, Uutela A, Puske P. Aikuisväestön terveystietoisuus ja terveys maakunnissa 1978-2005. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B 15/2007. [www-dokumentti]. [viitattu 20.09.2008]
<http://www.ktl.fi/portal/9860>:

Heikkinen K, Johansson K, Leino-Kilpi H, Rankinen S, Virtanen H, Salanterä S. Potilasohjaus tutkimuskohteena suomalaisissa hoitotieteellisissä opinnäytetöissä vuosina 1990-2003. *Hoitotiede* 2006;18(3):120-130.

Hirvonen E, Pietilä A-M, Eirola R. Terveyskeskustelu – tavoitteena dialogi terveyden edistämiseksi. Teoksessa Pietilä A-M, Hakulinen T, Hirvonen E, Koponen P, Salmi E-M, Sirola K (toim.) Terveyden edistäminen. Uudistuvat työmenetelmät. Juva: WSOY, 2002:219-242.

Hirsjärvi S, Hurme H. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino, 2004

Hirsjärvi S, Remes P, Sajavaara P. Tutki ja kirjoita. 12. painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 2006.

Hsieh H-F, Shannon SE. Tree Approaches to Qualitative Content Analysis. *Qualitative Health Research* 2005;15(9):1277-1288.

Isola A, Backman K, Saarnio R, Kääriäinen M, Kyngäs H. Iäkkäiden kokemuksia saamastaan potilasohjauksesta erikoissairaanhoidossa. *Hoitotiede* 2007;19(2):51-62.

Jakonen S. Terveyden lukutaito – uusi näkökulma yksilön oman terveyden edistämiseen. Teoksessa Koivisto T., Muurinen S., Peiponen A. & Rajalahti E. (toim.) Hoitotyön vuosikirja 2003 - Terveyden edistäminen. Tampere: Tammer-Paino Oy. Helsinki: Tammi, 2002.

Jattu-Wahlström M, Kallio H. Neuvottelutaito. Kielikeskusmateriaalia n:o 92. Jyväskylä: Korkeakoulujen kielikeskus, 1992.

Johansson K, Leino-Kilpi H, Salanterä S, Lehtikunnas T, Ahonen P, Elomaa L, Salmela M. Need for change in patient education: a Finnish survey from the patient's perspective. *Patient Education and Counseling* 2003;51:239-245.

Jones M, Lee JY, Rozier RG. Oral Health Literacy Among Adult Patients Seeking Dental Care. *J Am Dent Assoc* 2007;138:1199-1208.

Kannas L. Terveyskasvatus terveyden edistämisen keinona. Teoksessa Terho P, Ala-Laurila E-L, Laakso J, Krogerius H, Pietikäinen M (toim.) *Kouluterveydenhuolto*. Jyväskylä:Duodecim, 2002:412-422.

Karikoski A. Oral self-care among Finnish adults with diabetes mellitus – a focus on periodontal diseases. Academic Dissertation. University of Helsinki. Faculty of Medicine, Institute of Dentistry. *Yliopistopaino*, 2003.

Kasila K, Poskiparta M, Kettunen T, Pietilä I. Oral health counselling in changing schoolchildren's oral hygiene habits: a qualitative study. *Community Dentistry and Oral Epidemiology* 2006;34:419-428.

Kasila K. Schoolchildren's Oral Health Counselling within the Organisational Context of Public Oral Health Care. Applying and Developing Theoretical and Empirical Perspectives. University of Jyväskylä. *Studies in Sport, Physical Education and Health* 2007;124.

Kentala J. Smoking Prevention in Oral Health Care. Brief Intervention among Adolescents. Academic Dissertation. *Acte Electronica Universitatis Tamperensis* 616. ISBN 978-951-44-6936-7 (pdf), 2007:47.

Keto A, Roos M. Suuhygienistikoulutuksen kehittäminen ekspansiivisen oppimiskemiyksen ohjaamana. Pro gradu -tutkielma. Hoitotieteen laitos. Tampereen yliopisto, 2006.

Keto A, Roos M. Polku tulevaisuuteen. Suun terveydenhuollon koulutusohjelman toimintakonseptin kehittäminen kohti yhteistoiminnallista ja ekspansiivista toimintasuuntatuntijuutta. Julkaisematon artikkeli, 2008.

Kettunen T. Neuvontakeskustelu. Tutkimus potilaan osallistumisesta ja sen tukemisesta sairaalan terveysneuvonnassa. University of Jyväskylä. *Studies in sport, physical education and health*, 2001.

Kielijelppi – jelpiä akateemiseen viestintään. Vuorovaikutus – puhumista ja kuuntelemista, 2008. [www-dokumentti]. [viitattu 7.5.2009].
<http://www.kielijelppi.fi/mita-on-puheviestinta/vuorovaikutus-puhumista-ja-kuuntelemista>

Kivistö K, Johansson K, Virtanen H, Rankinen S, Leino-Kilpi H. Asiakkaan voimavaistumista tukeva terveysneuvonta työterveyshoitajan työssä. *Hoitotiede* 2009;21(1):12-22.

Klinge B, Holmstrup P. Parodontiitti ja yleissairaudet. *Suomen Hammaslääkärilehti* 2004;11(5):264-273.

Knuuttila M. Hampaiden kiinnityskudossairaudet. Julkaisussa Suominen-Taipale L, Nordblad A, Vehkalahti M, Aromaa A (toim.) Suomalaisten aikuisten suunterveys. Terveys 2000 -tutkimus. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B 16/2004:88-97.

Kommonen H-M, Vitikainen P. Suuhygienistin terveysneuvonta 11-12 -vuotiaille koululaisille. Terveyskasvatuksen pro gradu -työ. Jyväskylän yliopisto, terveystieteiden laitos, 2008.

Kylmä J, Pietilä A-M, Vehviläinen-Julkunen K. Terveyden edistämisen etiikan lähtökohtia. Teoksessa Pietilä A-M, Hakulinen T, Hirvonen E, Koponen P, Salminen E-M, Sirola K (toim.) Terveyden edistäminen – Uudistuvat työmenetelmät. Juva: WSOY, 2002:62-76.

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

Kylmä J, Rissanen M-L, Laukkanen E, Nikkonen M, Juvakka T, Isola A. Aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä tietoa hoitotyön kehittämiseen. Esimerkkinä syöpää sairastavan nuoren vanhemman toivon vahvistaminen. Tutkiva Hoitotyö 2008;6(2):23-29.

Kyngäs H, Kääriäinen M, Poskiparta M, Johansson K, Hirvonen E, Renfors. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy, 2007.

Kähärä M-L. 2003. Terveyden edistämisen asiantuntijuus korkeakouluopinnoissa, osa I. Korkea-asteen kouluttajien ja opiskelijoiden kokemuksia ja käsityksiä terveydestä, terveyden edistämisestä ja terveyden edistämisen asiantuntijuudesta. Terveyden edistämisen keskuksen julkaisuja 5/2003. Helsinki: Trio-Offset, 2003.

Kääriäinen M, Kyngäs H. Käsitemanalyysi ohjaus-käsitteenä hoitotieteessä. Hoitotiede 2005a;17(5):250-258.

Kääriäinen M, Kyngäs H. Potilaiden ohjaus hoitotieteellisissä tutkimuksissa vuosina 1995-2002. Hoitotiede 2005b;4:209-217.

Könönen E. Parodontiitti – suun yleisin terveysongelma aikuisilla. Kansanterveys 2007;10:14-15.

Lee JY, Rozier GR, Lee S-Y D, Bender D, Ruiz RE. Development of a Word Recognition Instrument to Test Health Literacy in Dentistry: The REALD-30 – A Brief Communication. Journal of Public Health Dentistry 2007;67(2):94-98

Lehtonen E. Suun terveyden edistämisen toimintamallin kehittäminen suunhoidon opetuslinikalle. Kandidaatintutkielma. Jyväskylän yliopisto, avoin yliopisto, 2006.

Leskinen L., Koskinen-Ollonqvist P. Terveyden lukutaito ja sen kehittäminen: Passiivisesta tiedon vastaanottajasta aktiiviseksi toimijaksi. Promo-terveyden edistämisen lehti 15, 2000: 4-5, 22-25.

Liimatainen L. Kokemuksellisen oppimisen kautta kohti terveyden edistämisen asiantuntijuutta. Hoitotyön ammattikorkeakouluopiskelijoiden terveyden edistämisen

oppiminen hoitotyön harjoittelussa. Jyväskylän yliopisto. Studies in Sport, Physical Education and Health 2002;90.

Lund M, Lund KE, Rise J. Preventing tobacco use in Norwegian dental practice. Community Dentistry and Oral Epidemiology 2004;32(5):385-394.

Löe H. Oral hygiene in the prevention of caries and periodontal disease. International Dental Journal 2000;50:129-139.

McMullan M. Patients using the Internet to obtain health information: How this affects the patient – health professional relationship. Patient Education and Counseling 2006;63:24-28.

Metropolia Ammattikorkeakoulu. Opinto-opas. [www-dokumentti]
<http://opinto-opas-ops.metropolia.fi/index.php?ctyyppi=1&c=622&clang=fi>

Montano B., Kasprzyk D., Taplin S.H. The Theory Reasoned Action and The Theory of Planned Action. Teoksessa K Glanz, F.M Lewis, Rimer BK (eds.) Health Behaviour and Health Education, Theory, Research and Practice. 2nd edition. San Francisco, 1997.

Murtomaa H, Keto A, Lehtonen E, Roos M. Suuterveyden edistäminen. Teoksessa Meurman JH, Murtomaa H, Le Bell Y, Autti H (toim.) Therapia Odontologica. Hammaslääketieteen käsikirja. Hollola:Academica kustannus, 2003:459-528.

Mäkelä M. Hoidettu parodontiitti – ylläpitohoidon haasteet. Artikkelissa Parodontiumin terveys ja ylläpitohoito. Suomen Hammaslääkärilehti 2007;6:334-341.

Mönkkönen K. Vuorovaikutus - Dialoginen asiakastyö. Helsinki: Edita Prima Oy, 2007.

Nieminen A. Parodontaalisairauksien tausta ja diagnostiikka: Parodontiumin tutkiminen. Uitto V-J, Asikainen S, Knuutila M, Nieminen A, Pernu H, Ruokonen H, Suomalainen – Parodontologia. Teoksessa Meurman JH, Murtomaa H, Le Bell Y, Autti H (toim.) Therapia Odontologica. Hammaslääketieteen käsikirja. Hollola:Academica kustannus, 2003a:476-479.

Nieminen A. Parodontologinen hoito: Parodontologinen perushoito. Uitto V-J, Asikainen S, Knuutila M, Nieminen A, Pernu H, Ruokonen H, Suomalainen - Parodontologia. Teoksessa Meurman JH, Murtomaa H, Le Bell Y, Autti H (toim.) Therapia Odontologica. Hammaslääketieteen käsikirja. Hollola:Academica kustannus, 2003b:485-493.

Niiranen T, Widström E. Suuhygienistin työnkuva Suomessa. Suomen Hammaslääkärilehti 2005;12(20):1184-1191.

Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promotion International 2000;15(3):259-267.

Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine* 2008;67:2072-2078.

Onnismaa J. Ohjaus- ja neuvontatyö: aikaa, huomiota ja kunnioitusta. Helsinki: Gaudeamus, 2007.

Paron manuaali. Helsingin yliopisto, Hammaslääketieteen laitos. Suubiologian oppiala, 2008.

Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. *Health Promotion in Nursing Practice*. 5th edition. Pearson Prentice Hall. Pearson Education LTD, 2006.

Perry A, Beemsterboer PL. *Periodontology for the Dental Hygienist*. Third Edition. Saunders Elsevier. St. Louis, Missouri, 2007.

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

Pietilä A-M, Eirola R, Vehviläinen-Julkunen K. Työmenetelmiä terveyttä edistävissä asiakastyössä. Teoksessa Pietilä A-M, Hakulinen T, Hirvonen E, Koponen P, Salmiinen E-M, Sirola K (toim.) *Terveyden edistäminen – Uudistuvat työmenetelmät*. Juva: WSOY, 2002:148-168.

Pietilä A-M, Sonninen E, Kinnunen P. Salutogeeninen lähestymistapa preventiivisen hoitotieteen tutkimuksessa – lähtökohtia ja pohdintoja terveyttä edistävän toiminnan kehittämiseksi. *Pro terveys* 2007;3:4-8.

Poskiparta M. Terveysneuvonta, oppimaan oppimista. Videotallenteet hoitajien terveysneuvonnan ilmentäjinä ja vuorovaikutustaitojen kehittämismenetelmänä. University of Jyväskylä. *Studies in sport, physical education and health* 1997;11.

Poskiparta M, Kasila K, Hausen H. Terveysneuvonta osa lasten kariksen ehkäisyä. *Suomen Hammaslääkärilehti* 2003;10-11:550-555.

Poskiparta M. Neuvonnan keinoin kohti terveystyttymisen muutosta. Teoksessa Torkkola S. (toim.) *Terveysviestintä*. Vammala: Tammi, 2002:24-35.

Raatikainen R. Terveyden edistämisen tieteelliset lähtökohdat hoitotieteellisestä näkökulmasta. *Hoitotyön vuosikirja 2003 – terveyden edistäminen*. Tampere: Tammi, 2002:9-24.

Rantanen M. Potilasohjaus suun tereydenhuollossa suuhygienistin näkökulmasta. Pro gradu-tutkielma. Turun yliopisto, Hoitotieteen laitos, Lääketieteellinen tiedekunta. Marraskuu 2007.

Rateitschak K. H & E.M, Wolf H.F, Hassel TM. *Color Atlas of Dental Medicine Series*. Germany: Georg Thieme Verlag, 1989.

Ratzan SC. Health literacy: communication for the public good. *Health Promotion International* 2001;16(2):207-214.

Raunio P. Tietotyön malli koulun kehittämisessä. Muutoksen esteet, edellytykset ja mahdollisuudet opettajien puheessa. Kasvatustieteen laitos. Toiminnan teorian ja kehittävän työntutkimuksen yksikkö. Helsingin yliopisto. Tutkimusraportteja 7, 2003.

Ruokonen H. Parodontaalisairauksien tausta ja diagnostiikka: Yleissairauksien ja parodontiittien yhteys. Uitto V-J, Asikainen S, Knuuttila M, Nieminen A, Pernu H, Ruokonen H, Suomalainen – Parodontologia. Teoksessa Meurman JH, Murtomaa H, Le Bell Y, Autti H (toim.) *Therapia Odontologica*. Hammaslääketieteen käsikirja. Hollola: Academica kustannus, 2003:471-476.

Sabbahi D, Lawrence H, Limeback H, Rootman I. Development and evaluation of an oral health literacy instrument for adults. *Community Dentistry and Oral Epidemiology* 37;5:451-462.

Savola E, Koskinen-Ollonqvist P. Terveiden edistäminen esimerkein. Helsinki: Terveiden edistämisen keskus ry, 2005.

Sheiham A, Netuveli GS. Periodontal diseases in Europe. *Periodontology* 2000 2002;29:104-121.

Stamn JW. Multi-function toothpastes for better oral health: a behavioural perspective. *International Dental Journal* 2007;57:351-363. Suominen-Taipale L, Nordblad A, Arinen S, Vehkalahti M. Hammashoitopalvelujen käyttö. Suomalaisten aikuisten suunterveys. Terveys 2000 -tutkimus. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B 16/2004:88-97.

Suomalainen K. Parodontaalisairauksien tausta ja diagnostiikka: Parodontaalisairauksien luokittelu ja esiintyvyys. Uitto V-J, Asikainen S, Knuuttila M, Nieminen A, Pernu H, Ruokonen H, Suomalainen – Parodontologia. Teoksessa Meurman JH, Murtomaa H, Le Bell Y, Autti H (toim.) *Therapia Odontologica*. Hammaslääketieteen käsikirja. Hollola: Academica kustannus, 2003:469-471.

Suominen-Taipale L, Nordblad A, Arinen s, Vehkalahti M. Hammaspalvelujen käyttö. Julkaisussa Suominen-Taipale L, Nordblad A, Vehkalahti M, Aromaa A (toim.) Suomalaisten aikuisten suunterveys. Terveys 2000 -tutkimus. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B 16/2004:50-64.

Suun terveydenhoidon Ammattiliitto ry. Suuhygienistin eettiset ohjeet. [www-dokumentti] Helsinki 20.9.2002. Päivitetty 16.02.2009. [viitattu 23.3.2009]. http://www.stal.fi/lehdet_kirjat_ammattilliset_julka/eettiset_ohjeet/suuhygienisti/

Syrjälä A-MH, Knuuttila MLE, Syrjälä LK. Self perceptions in oral health behavior. *Acta Odontol Scand* 2001;59:1-6.

Söderling E, Meurman JH, Pienihäkkinen K, Seppä L, Tenovuo J. Suunhoitoaineet ja paikallishoitolääkkeet. Teoksessa Meurman JH, Murtomaa H, Le Bell Y, Autti H (toim.) *Therapia Odontologica*. Hammaslääketieteen käsikirja. Hollola: Academica kustannus, 2003:1039-1050.

Tervonen t, Knuuttila M, Nieminen P. Risk factors associated with abundant dental caries and periodontal pocketing. *Community Den Oral Epidemiol* 1991;19:82-87.

Teräs M, Nuutinen E. Suuhygienisti- ja hammaslääkäriopiskelijat oppimassa työtä yhdessä. Julkaisematon artikkeli. Lähetetty arvioitavaksi Ammattikasvatuksen aikakauskirjaan 2/2009 29.4.2009.

Tones K, Green J. *Health Promotion. Planning and strategies*. London: Sage Publications, 2004 - 2006.

Tuomi J, Sarajärvi A. *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. 4. ja 5. painos. Helsinki: Tammi, 2006 ja 2009.

Uitto V-J. Parodontaalisairauksien tausta ja diagnostiikka: Johdanto. Uitto V-J, Asikainen S, Knuuttila M, Nieminen A, Pernu H, Ruukonen H, Suomalainen – Parodontologia. Teoksessa Meurman JH, Murtomaa H, Le Bell Y, Autti H (toim.) *Therapia Odontologica*. Hammaslääketieteen käsikirja. Hollola: Academica kustannus, 2003a:460.

Uitto V-J. Parodontologinen hoito: Parodontaaliterveyden hoito. Uitto V-J, Asikainen S, Knuuttila M, Nieminen A, Pernu H, Ruukonen H, Suomalainen – Parodontologia. Teoksessa Meurman JH, Murtomaa H, Le Bell Y, Autti H (toim.) *Therapia Odontologica*. Hammaslääketieteen käsikirja. Hollola: Academica kustannus, 2003b:480.

Vehkalahti M, Knuuttila M. Suun omahoito. Julkaisussa Suominen-Taipale L, Nordblad A, Vehkalahti M, Aromaa A (toim.) *Suomalaisten aikuisten suunterveys. Terveys 2000 -tutkimus*. Kansanterveystieteen julkaisuja B 16/2004:41-49.

Vehviläinen S. *Ohjaus vuorovaikutuksena*. Helsinki: Gaudeamus, 2001.

Virtanen H, Leino-Kilpi H, Salanterä S. Empowering discourse in patient education. *Patient Education and Counseling* 2007;66:140-146.

WHO. *Ottawa Charter for Health Promotion*. First International Conference on Health Promotion. Ottawa: WHO, 1986 [WWW-dokumentti]. [viitattu 22.9.2008]. http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf

WHO. *The World Oral Health Report 2003*. Continuous improvement of oral health in the 21st century – the approach of the WHO Global Oral Health Programme. WHO, 2003. Geneva.

LIITE 1

TIETOA TUTKIMUKSESTA

Tämä tutkimus liittyy Helsingin ammattikorkeakoulu Stadian suun terveydenhuollon koulutusohjelman kliinisen suun terveydenhoitotyön opetuksen kehittämisen osatutkimukseen. Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata parodontologisen hoidon tarpeessa olevan potilaan ja suuhygienistiopiskelijan välistä vuorovaikutusta ja yhteistyötä potilaan näkökulmasta. Tutkimustehtävänä on kuvata millaisina potilaat kokivat vuorovaikutuksen, potilaan päivittäisen suunhoidon tavoitteet ja arvioinnin parodontologisen hoitojakson aikana Suunhoidon opetuslinikalla. Tutkimusmenetelmänä käytetään teemahaastattelua.

Haastattelu tehdään hoitojakson päättyessä ja on kestoltaan noin 20 minuuttia. Haastattelu tehdään rauhallisessa hoituhuoneessa ja nauhoitetaan digitaalisella nauhurilla analyysiä varten. Haastatteluaineistoa kerätään ainoastaan tutkimustarkoituksessa ja käytetään opetuksen kehittämiseen Helsingin ammattikorkeakoulu Stadiassa. Tutkimus on asiakkaalle vapaaehtoinen ja osallistumisen voi perua ilman, että päätös vaikuttaa asiakkaan asemaan Suunhoidon opetuslinikalla.

Tiedot ovat luottamuksellisia ja asiakkaan henkilöllisyys salataan, eikä se ilmene tutkimusta raportoitaessa. Tutkimuksessa kerätyn haastatteluaineiston käytössä, säilytyksessä ja hävittämisessä noudatetaan henkilötietolakiin (532/1999) sekä lakiin potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) kirjattuja periaatteita.

Lupa tämän Pro gradu-tutkielmaan liittyvään tutkimukseen käsiteltiin Helsingin kaupungin tutkimustoiminnan koordinaatioryhmässä 27.2.2008. Luvan tutkimukseen myönsi toimitusjohtaja Matti Toivola johtajahammaslääkärin puoltavan ehdotuksen mukaisesti 14.3.2008. Terveyskeskuksen yhteyshenkilönä toimii hammashoitopiiri 1:n ylihammaslääkäri Petteri Peltola. Pro gradu tutkielmaa ohjaa terveystieteiden professori Marita Poskiparta Jyväskylän yliopiston liikunta- ja terveystieteiden tiedekunnasta.

ASIAKKAAN SUOSTUMUS HAASTATTELUTUTKIMUKSEEN

Suostun Helsingin ammattikorkeakoulu Stadia Suunhoidon opetuslinikalla tehtävään haastattelututkimukseen. Edellytän, että tiedot pysyvät luottamuksellisina ja niitä käytetään ainoastaan sovitussa tarkoituksessa.

Helsinki _____
Paikka ja aika

Asiakkaan allekirjoitus

LIITE 2.

Esimerkki (H1)haastatteluaineiston pelkistämisestä

Tutkimuskysymys 1.

Mitä potilaat kertovat vuorovaikutuksen piirteistä ja sisällöstä hoitojakson ajalta?

Tutkijan esittämät kysymykset haastateltaville:

Voisitko kertoa mitä ajatuksia teillä on keskinäisestä vuorovaikutuksesta ja yhteistyöstä suuhygienistiopiskelijan kanssa hoitojakson ajalta? Mitä omaan, päivittäiseen suunhoitoon liittyviä sisältöjä käsiteltiin?

H 1 (Osa potilaan kertomuksesta)

Ei mulla ole mitään kielteistä hänestä sanottavana, siis hänen ohjauksestaan. Mä olen hyvin tyytyväinen, nää nyt kerrattiin nää vanhat asiat kun on käyty moneen kertaan, mut must se on aivan hyvä kerratakin. ei se ole paha asia, en mä siitä pahaa tykkää. sillä myönnän itsekin että joskus tahtoo välillä unohtaa tai tahallisestikin olla pikkusen huolimaton. Eri tilanteissa sitä taas huomioi ja sitten taas yritän olla huolellinen, olen ihan tyytyväinen ollut näihin ohjeisiin ja oon saanu aina vastauksia kun olen kysyny,

Niinku mä sanoin aina mä yritin mut en mä aina ymmärtäny kun ne puhu ammatti-kieltä, mutta hän selitti mulle mitä hän tekee siis toimenpide kerrallaan hän kävi läpi ja selitti ja mä sanoin et tää onkin hyvä kun ei aina itse tiedä. kyllä mä tietenkä tiedän mitä on puhdistus mutta että hän on niin huolellinen niin siinä tuli kaikki selviksi mitä milloinkin hän aina teki. Niistä kotihoitoohjeista niin oli hyvä kun mulle on just viime vuonna laitettu nää implantit ja mä kysyinkin että riittääkö esim. vaan väliharjat ja normaaliharja putauskeen, ja kaikesta mä oon saanu ihan hyvät tiedot, ja sit näistä hammastahnoista kun niitä on monenlaisia. Nyt Terhi suositteli tällaista Elmexin valkaisevaa tahnaa joka on kans apteekkituote. Mä sanoin et toivottavasti täs ei sit oo mitään sellaista. Tätä käytetäänki vaan kerran viikossa noihin tummentumiin jos sattuu tuleen ja tuleekin.

Tutkimuskysymys 2.

Mitä potilaat kertovat omalle suunhoidolleen asetetuista tavoitteista?

Tutkijan esittämät kysymykset haastateltaville:

Millaisia tavoitteita omalle päivittäiselle suunhoidollesi asetettiin hoitojakson alussa? Miten suuhygienistiopiskelija otti huomioon toivomuksesi / ehdotuksesi hoidon tavoitteista?

H 1

No lähinnä just ku mulla on ollu näissä ikenissä vuosia, kymmeniä vuosia sitten jo ongelmia, niin mä oon yrittänyt siitä ja aina mä oon saanu hoidon kun mä oon tarvinnu mut mun tavoite oli just lähinnä se et mä pääsen nyt ainakin , mulla on tää prosessi kesken, ettei tapahdu mitään takapakkia, mä sain nyt sen puhdistuksen perusteellisesti ja mä pärjään nyt syksyyn asti ja mä tiedän et mä oon nyt turvallisin mielin, ja kyl se oli mun tavoitteena et mä teen omakohtaisesti niin paljon kun vaan

pystyn, ja osaan ja kyllä mä nyt tiedän perusasiat mitä pitää tehdä kun putsaa hampaita. Tietysti elämäntavat on toinen joka sitä korjaa .

Tutkimuskysymys 3

Mitä potilaat kertovat suun omahoidon arviointimenetelmistä?

Tutkijan esittämät kysymykset haastateltaville:

Miten omaa hoitoanne arvioitiin? Millaisia arviointikeinoja käytettiin (esim. hampaiston värjäys)?

H 1

Sen verran et mitä mä oon kysyny et riittääkö kun mä käytän hammastikkuja ja väliharjoja ja normaali ja sähköharjaa ja tavallistakin harjaa mä käytän päivittäin, no tota ymmärsin näin, mä oon saanu itse seurata et jos ikenissä tapahtuu jokin sellainen kun mä pesen niin kyllä se näkyy jos rupee verta vuotamaan, et niinku jos rupee sillai oireilemaan niin kyllä mä sit tiedän miten mä toimin ja yritän mut se on mulle aina ollu kysymysmerkki et riittääkö se että vaikka mä yritän mut kyllä mä nyt uskoin, kun ei mulla nyt ihan pahassa mallissa vielä ollu. Mä oon jonkun verran itse onnistunu siinä hoidossa.

Ei meillä ollu mitään puhetta väritableteista sitä ei tullu esille, ei mulle ole sellaista värjäystä täällä tehty en mä ainakaan usko et olis, kyl mä uskon et mulle olis selitetty.

Tutkimuskysymys 4

4. Millaiseksi potilaat arvioivat suun terveysosaamisensa asteikolla 4-10?

Tutkijan esittämät kysymykset haastateltaville:

Arvioikaa omia suun terveydenhoidon tietojanne ja taitojanne ennen hoitojaksoa ja sen jälkeen. Voitte arvioida niitä kouluarvosanalla 4-10.

Siis niinku itselle niin kyl mä annan itselleni yhdeksän, mut jos mä mietin sillo vuosia sitten kun aloitettiin niin hyvä jos se on ollu seiskan luokkaa. mut siit on niin hirveesti aikaa ja tää systeemi on muuttunu, ja oon ottanu niinku todesta tän asian, eikä aina luota et se hammaslääkäri hoitaa sen ja et se riittä ku käy kerran vuodessa tarkastuksessa, että siitä kun lähdetään niin kyllä on kehitystä tullu itseeni nähden ainakin,

LIITE 3

Tutkimuskysymys 1.

Mitä potilaat kertovat vuorovaikutuksen piirteistä ja sisällöstä hoitajakson ajalta?

potilas sai vastauksia kysymyksiin (11)	TIEDOTUSKESKUSTELUN PIIRTEET
potilas sai tiedon (1,2,3,6)	
opiskelija suositteli (1,5,7)	
opiskelija kertoi toimenpiteestä (1,3,6)	
potilas sai vinkkejä toimintaan (8,9)	
potilas sai kysyä (9)	

Esimerkkejä alkuperäisilmauksista:

Kotihoitoon olen saanut hyvät tiedot. Suositeltiin sellaista valkaisevaa tahnaa joka on kans apteekkituote, käytetäänki vaan kerran viikossa noihin tummentumiin jos sattuu tuleen ja tuleekin. Olen ihan tyytyväinen ollut näihin ohjeisiin ja oon saanu aina vastauksia kun olen kysyny, ja kaikesta mä oon saanu hyvät tiedot. (H1)

Kyllä mä nyt tiedän perusasiat mitä pitää tehdä kun putsaa hampaita. (H2)

Mutta siitä tikuttamisesta kun sitä suositeltiin niin se käytiin oikein tarkkaan läpi, joo. Se tikku tuntuukin ihan hyvältä. (H5)

Hän aina sanoi että nyt mä teen sitä ja nyt tätä. Nyt saa suun laittaa kiinni ja nielasta. Tiesi mitä tuleman pitää. (H6)

neuvonta oli kattavaa ja hyvää (8,10)	NEUVONTAKESKUSTELUN PIIRTEET
sai henkilökohtaista neuvontaa (9)	
sai neuvoja lapsen suunhoitoon (9)	
opiskelija kuunteli ja reagoi (7)	
opiskelija neuvoi (10)	

Esimerkkejä alkuperäisilmauksista:

Hän kuunteli ja reagoi koko ajan. (H7)

Kyllä tää neuvonta on kattanut hyvin kaikki tän alueen. (H8)

Mulle jäi hirveen hyvä tunnelma tästä hoidosta kauhean ystävällistä palvelua ja paljon sai sellaista ihan henkilökohtaista neuvontaa mitä ei aikaisemmin ole välttämättä saanu niin paljoo. (H9)

Sain myös neuvoja pienen lapsen suunhoitoon. (H9)

ohjauksessa kerrattiin asiat (1)	OHJAUSKESKUSTELUN PIIRTEET
potilas sai hyvää ohjausta (5)	
ohjaus oli asiantuntevaa ja ohjaavaa (8)	
ohjaus oli henkilökohtaiseksi räätälöityä (8)	
ohjaus oli tavoitteellista (9)	

Esimerkkejä alkuperäisilmauksista:

Ei mulla ole mitään kielteistä hänestä sanottavana, siis hänen **ohjauksestaan**. Mä olen hyvin tyytyväinen, nää nyt **kerrattiin** nää vanhat asiat kun on käyty moneen kertaan, mut must se on aivan hyvä kerratakin. ei se ole paha asia, en mä siitä pahaa tykkää. (H1)

Ohjaus on ollut pätevää, **ohjaavaa** ja asiantuntevaa. (H8)

Tietoa tulee mediasta mut se ei ole riittävä, se on sellaista yleistä informaatiota, pitää olla vielä tätä **henkilökohtaista ohjaamistakin**. Se tehdään niikuin omalle suulle, se on niin kuin **räätälöityä**. (H8)

Mun mielestä **ohjaus** pysy koko ajan **tavoitteiden suunnassa** eikä rönnyillyt. Hammaslikku mikä oli mulle sellainen uusi juttu, niin sitä hän **näytti** mulle ihan peilin kanssa niinku **kädestä pitäen** miten sitä käytetään. (H9)

YLIMÄÄRÄINEN LUOKKA:

KESKUSTELU - vastavuoroista, luotettavaa, vapaata ja antoisaa (4,6,8)

VUOROVAIKUTUS - luotettavaa, luontevaa ja ystävällistä (9)

KERTAAMINEN, TSEMPPAUS - sisälsi *Omaan hoitoon liittyvää arviointia* (3)

Esimerkkejä alkuperäisilmauksista:

Itse asiassa asiat olivat jo ennestään tuttuja, ja mä oon jostain syystä omaksunu nää kaikki hammaslangan ja hammasväliharjan käyttö on ollu tuttua, et näitä niinku **kerrattiin**, ja varmaan se **lisäs motivaatio** kyllä, se asioiden kertaaminen ja kun tuli itelle hyvä fiilis et vitsi **mähän oonki tehny jo tällä tavalla**. (H3)

Siitä on tullu sellainen tapa ja täällä **on niinku tsempattu** siihen, ja nyt kun mä oon käyny täällä niin vielä **enemmän mieltii et oonks mä nyt varmasti käyny läpi kaikki**. mä en mielestäni saanu sen enemppää muuta ku sitä tsemppiä, siis mua ei oo aikoi-

hin **kehuttu** niin paljon ku nyt (naurua), et tota mä oon ihan hämilläni siitä et ku mä olen eikä tällaista **positiivista palautetta** juuri koskaan saa. (H3)

Tunnelma on ollut koko ajan hyvä ja olemme **keskustelleet hyvin vapaasti** asioista että siinä ei ole kyllä moittimista. (H4)

Nämä ovat olleet kovin **antoisat** nämä **keskustelut** ja ihan asialliset kyllä mutta ei mulla mitään jännittämistä ollut, hyvin leppoisaa on ollut. Olemme voineet keskustella aivan **vapaasti**. (H6)

Joo ja **keskustelu oli vastavuoroista** ja koko ajan oli **suuri luottamus**. Ja minua on kyllä myös **kuunneltu**. (H8)

Mun mielestä **vuorovaikutus oli luontevaa ja ystävällistä**, asiantuntevaa niin että mä **pystyin luottamaan**. (H9)

LIITE 4

Tutkimuskysymys 2.

Mitä potilaat kertovat omalle suunhoidolleen asetetuista tavoitteista?

TAVOITTEET KONKREETTISIA - OMAAN TOIMINTAAN LIITTYVIÄ

OMA TAVOITE: OMA TEKEMINEN MAHD. PALJON JA HYVIN TAVOITTEENA UUDEN VÄLINEEN KÄYTTÖNOTTO TAVOITTEENA VÄLINEEN KÄYTTÄMINEN USEAMMIN TAVOITTEENA HARJAAMINEN MYÖS ILTAISIN

Esimerkkejä alkuperäisilmauksista:

Kyl se oli mun tavoitteena et mä teen omakohtaisesti niin paljon kun vaan pystyn ja osaan. (H1)

Tuli tavoitteita että toi myös toi hammaslääkäriopettajakin suositteli että otetaan käyttöön toi uusi Oral B sähköharja. Ja sitten myös toi hammaslangan vähän useammin käyttö. (H7)

Ja sitten lopussa me mietittiin että mitäs tavoitteita me nyt tähän laitettais niin mä sanoin että laitetaan että mä alkaisin pesemään hampaat myös iltaisin. No mä en siinä sopimuksessa ihan pysynyt mutta mä väliharjaan iltaisin hampaat hammasväliharjalla kun se käy niin kätevästi illalla telkkuu katellessa. (H11)

TAVOITTEET KONKREETTISIA - SAIRAUDEN KULKUUN LIITTYVIÄ

TILANNE EI PAHENE HAMMASVÄLIEN PUHDISTAMINEN KARIEKSEN EHKÄISEMISEKSI TAVOITTEENA SAADA HAMMASKIVI POIS TOIVOMUS HAMMASKIVEN POISTOON JA TARKASTUKSEN TEKEMISEEN

Esimerkkejä alkuperäisilmauksista:

Mun tavoite oli just lähinnä se et kun mulla on tää prosessi kesken, ettei tapahdu mitään takapakkia. Mä oon nyt turvallisin mielin. (H1)

No just siihen että ne hammasvälit tulee hyvin putsattua, ettei sitä kariesta sitten pääse syntymään (H2)

No tavoitteena oli kyllä saada hammaskivi pois. (H5)

*Ei mulla oikeen mitään toiveita ollut kun tuo hammaskiven poisto ja se tarkistus.
(H4)*

TAVOITTEET ABSTRAKTEJA ILMAUKSIA

TAVOITTEET VERBAALISIA
SELKEYTYI MIHIN PYRITTIIN JA TÄHDÄTTIIN

Esimerkkejä alkuperäisilmauksista:

*Niitä tavoitteita oli enemmän niin kuin verbaalisesti ei mitään kirjoitettu. Eikä katsot-
tu tarpeelliseksikaan. Mä pystyin sen tiedon hallitsemaan minkä vastaanotin. (H8)*

*Joo, sain ihan hyvät käsitykset, ne selkeytti ihan hyvin että mihin pyrittiin ja tähdättiin.
(H9)*

EI TAVOITTEITA

EI TOIVOMUKSIA
EI TOIVEITA
EI TAVOITTEITA

Esimerkkejä alkuperäisilmauksista:

*En mä oikeen osannu edeltä käsin oikeen toivoo kun tää oli tuttua mulla, et mä en
osannu esittää mitään uusia toivomuksia. (H1)*

*Ei mulla oikeen mitään toiveita ollut kun tuo hammaskiven poisto ja se tarkistus.
(H4)*

Ei varsinaisesti tavoitteita koska se osaminen oli mulla jo käytännössä. (H3)

LIITE 5

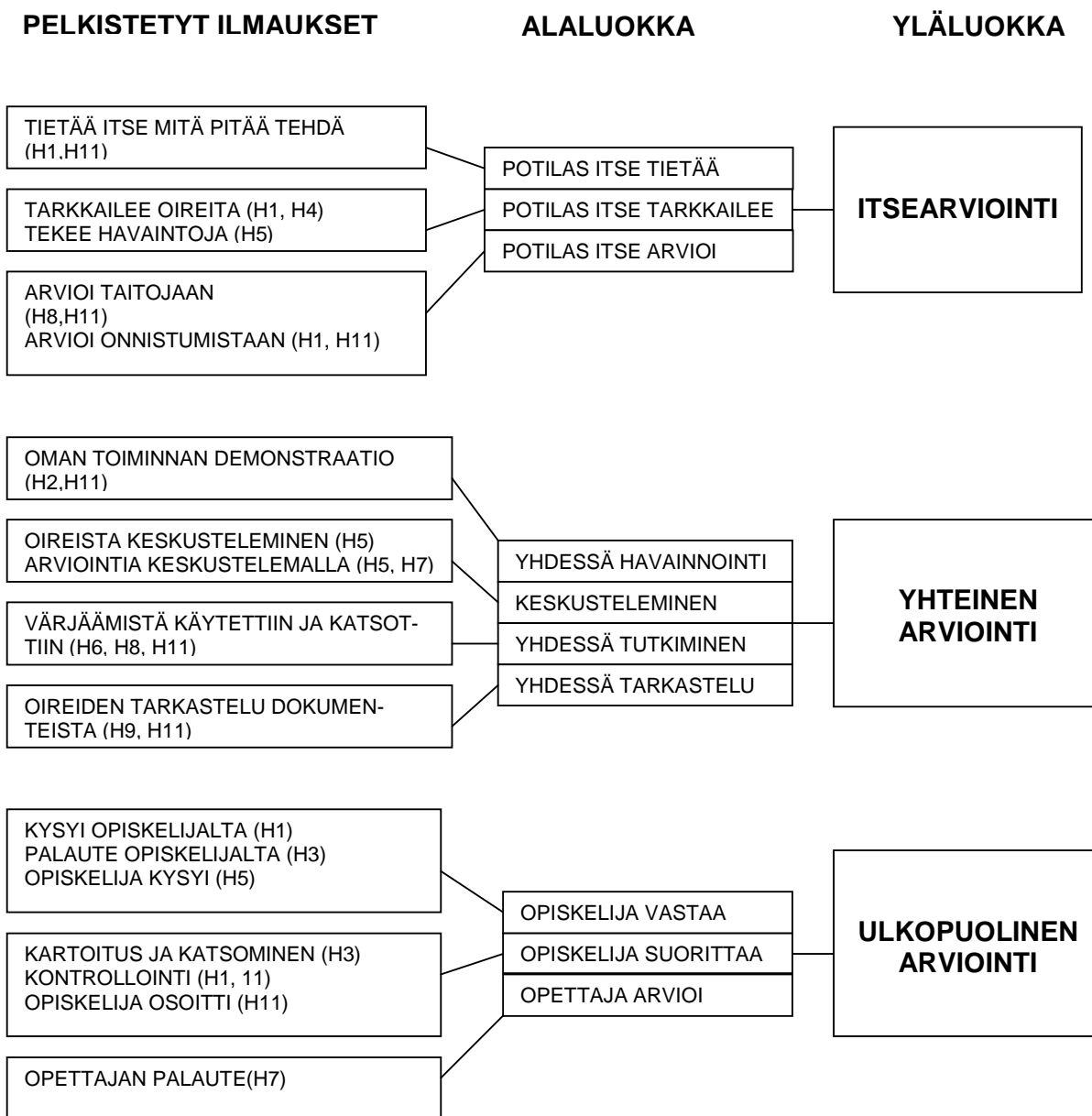
Tutkimuskysymys 3

Mitä potilaat kertovat suun omahoidon arviointimenetelmistä?

Esimerkkejä potilaiden (H1-H5) kertomasta oman hoidon arvioinnista

Esimerkkejä alkuperäisilmauksista	Esimerkkejä pelkistetyistä ilmauksista
(H1) kyllä mä nyt tiedän perusasiat mitä pitää tehdä kun putsaa hampaita.	TIETÄÄ ITSE MITÄ PITÄÄ TEHDÄ
Sen verran et mitä mä oon kysynyt et riittääkö kun mä käytän hammastikkuja ja väliharjoja	KYSYI OPISKELIJALTA
Oon saanu itse seurata jos ikenissä tapahtuu, näkyy jos rupee verta vuotamaan	ITSE TARKKAILLUT SAIRAUDEN OIREITA
Mä oon jonkun verran itse onnistunu siinä hoidossa.	ONNISTUMISEN KOKEMUS OMASSA HOIDOSSA
Ei meillä ollu puhetta väritableteista sitä ei tullu esille, ei mulle ole sellaista värjäystä täällä tehty	EI VÄRJÄYSTÄ
siis mulla on niin luottavainen olo, pääsen sit syksyllä sen kontrollitarkastukseen	, OPISKELIJA KONTROLLOI
(H2) Ei kädestä pitäen näytetty mutta tuli selväksi että miten tein sen, minä näytin.	OMAN TOIMINNAN DEMONSTRAATIO
Ei ollu mitään värjäystä.	EI VÄRJÄYSTÄ
(H3) tänään ei tullu varmaankaan mitään palautetta.	PALAUTE OPISKELIJALTA
No ensin tietysti kartoitettiin se suun tilanne	OPISKELIJA TEKI KARTOITUKSEN
hänhän on käynyt läpi tän ja katsonu onko sitä plakkia	OPISKELIJA KATSOI
(H4) Sitä väriainetta en muista. Sitä ei ollut kyllä olisin muistanut.	EI VÄRJÄYSTÄ
jos vihloimista tuntuu, mä heti alan tarkkailla sitä ja sitten minä tilaan ajan jos heiluu joku niin että sen huomaa ja tuntee niin silloin pyrin tarkistuttamaan	ITSE TARKKAILLUT OIREITA
(H5) Plakkiväriainetta ei ole käytetty	EI VÄRJÄYSTÄ
mulla pikkuisen vuosi ikenestä verta niin sitä on seurattu, ja siitä on puhuttu	OIREISTA KESKUSTELEMINEN
sit kysytti joka kerta et oletko jo ostanut niitä tarvikkeita ja ootko käyttäny.	OPISKELIJA ON KYSYNYT
Hampaita ei siis värjätty et enemmän keskustelupohjalla	ARVIONTIA KESKUSTELEMALLA
sitä näkee hampaista että jos niitä ei hoida niin hampaathan on ihan töhnässä.	OSAA TEHDÄ HAVAINTOJA
Mut ei mun tarvinnut näyttää miten teen ja harjaan mä kerroin mitä teen.	ARVIONTI KESKUSTELEMALLA

OMAHOIDON ARVIOINTIMENETELMÄT



LIITE 6

Tutkimuskysymys 4

Millaiseksi potilaat arvioivat suun terveysosaamisensa asteikolla 4-10?

Potilaiden antamat arvioinnit

- (H1)vuosia sitten **seiskan** luokkaa, nyt **yhdeksän**,
 (H2)**kasin** antaisin, kyllä niin kuin *tietää* kaikki enempi vaan pitäisi tehdä
 (H3)nyt **kahdeksan ja puoli**, kuvittelin tietäväni enemmän
 (H4)aika hyvin
 (H5)kyllä mun tiedot parani, **kasista ysiin**,
 (H6)En osaa sanoa, mutta on saanut lisää tietoa
 (H7)suunhoidon tasossa ja tiedoissakin tuli parannusta,
 mielelläni antaisin **kiittävän**.
 (H8)mun taidotkin ovat nousseet ihan uudelle tasolle.
 (H9)alussa sellaista **seiskaa** ja nyt lopussa jotain **ysiä**.
 (H10)tieto on varmaan **ysipuolen** luokkaa mut mitä mä teen on jotain
kasi puolen luokkaa
 (H11)Ei oman osaamisen arviointia

Esimerkkejä alkuperäisilmauksista:

H 1

Siis niinku itselle niin *kyl mä annan itselleni yheksän*, mut jos mä mietin sillo **vuosia sitten kun aloitettiin niin hyvä jos se on ollu seiskan luokkaa**, mut siit on niin hirveesti aikaa ja tää systeemi on muuttunu, *ja oon ottanu niinku todesta tän asian, eikä aina luota et se hammaslääkäri hoitaa sen.*

H 2

Kyllä minä **kasin antaisin** kyllä niin kuin tietää kaikki **enempi vaan pitäisi tehdä** sitä hommaa, ei kiirettä saa olla.

H 3

Must tuntuu et aluksi oli semmonen et mä **kuvittelin tietäväni enemmän** mut sit kun niitä asioita käytiin läpi niin mä huomasin että näinhän se on et tieto lisää tuskaa et *eihän se sit ollutkaan ihan sata prosentista mitä mä olin kuvitellu*, ja se että niitä asioita käydään läpi ja sit kun se on **niin henkilökohtaista** ni must tuntuu et se motivaatio tulee just siitä, ja **nyt** se on joku **kahdeksan ja puoli** **ei se vielä kukaan sata prosenttinen oo**, välillä on niin väsyny et vähäsen niinku tost oikasee, *se ei oo tiedosta vaan se on siitä tekemisestä*

ARVOSANAT **ALUSSA** 7, 8

ARVOSANAT **LOPUSSA** 9, 8, 8.5, 9, 9, 9.5 (8.5 aktiivisuus)